



DISABILITY LAW COLORADO

Protecting the rights of Coloradans of all ages since 1976

SOLICITUD DE INGRESO AL CONSEJO

Fecha

Nombres

Pronombres preferidos

Dirección residencial

Número de teléfono preferido

Celular

Casa

Trabajo

Dirección de e-mail preferida

Empleador actual o anterior (si corresponde)

Puesto actual o anterior (si corresponde)

Por favor, díganos por qué está interesado(a) en formar parte del Consejo de Disability Law Colorado.

Describa su interés personal y/o profesional y su experiencia en el ámbito de los derechos de las personas con discapacidad.

¿Cuáles son las aptitudes más importantes que aportará al Consejo? (No dude en adjuntar un currículum vitae o biografía).

Si ya formó parte de un Consejo, describa esa(s) organización(es), la duración de su participación y las funciones que desempeñó.

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Nuestros financiadores nos exigen información demográfica agregada sobre nuestro Consejo Directivo, personal y clientes. Las respuestas individuales se mantendrán confidenciales.

Origen étnico (seleccione uno)

Hispano /Latino

No hispano/no latino

Raza (seleccione todas las que correspondan)

Indio americano/nativo de Alaska

Asiática

Negra/afroamericana

Nativo de Hawaii/Islas del Pacífico

Blanca

Dos o más razas: _____

Desconocida o prefiere no decir

Género (seleccione uno)

- Varón
- Mujer
- No binario
- Otros: _____
- Prefiere no decir

Edad (seleccione una)

- 21 años o menos
- 22-39
- 40-59
- 60-79
- 80+
- Prefiere no decir

¿Se identifica como miembro de la comunidad LGTBQIA+? (Seleccione una respuesta)

- Sí
- No
- Prefiere no decir

CONEXIÓN PERSONAL CON LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Como agencia de Protección y Defensa (42 U.S.C. 15044), DLC debe cumplir los siguientes requisitos:

(B) la mayoría de los miembros del consejo deberán ser –

- i. personas con alguna discapacidad, incluso personas con discapacidades del desarrollo; deben reunir los requisitos para recibir servicios o haber recibido o estar recibiendo servicios a través del sistema; o bien*
- ii. padres, familiares, tutores, abogados o representantes autorizados de las personas a las que se refiere el inciso (i).*

Seleccione todo lo que corresponda:

- Tengo una discapacidad del desarrollo.
- Tengo una discapacidad física.
- Tengo una discapacidad sensorial.
- Tengo una lesión cerebral traumática.
- Tengo una discapacidad mental.
- Tengo una discapacidad de otro tipo.
- Recibo beneficios y ayuda de la Seguridad Social a causa de una discapacidad.
- Uso tecnología de apoyo (incluidos dispositivos de movilidad, audífonos, etc.).
- Tengo amplios conocimientos sobre temas de discapacidad en Colorado.

Soy padre/madre, familiar o tutor de alguien que posee:

- una discapacidad del desarrollo.
- una discapacidad física.
- una discapacidad sensorial.

- una lesión cerebral traumática.
- una discapacidad de salud mental.
- una discapacidad de otro tipo.
- recibe beneficios y ayuda de la Seguridad Social a causa de su discapacidad.

RECAUDACIÓN DE FONDOS

- Acepto apoyar a DLC con una contribución económica personal adecuada a mis circunstancias.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Por favor, afirme seleccionando todas las casillas que corresponda.

- No tengo relación con una organización que tenga un contrato con DLC.
- No tengo autoridad significativa en la toma de decisiones en ninguna organización, empresa o entidad gubernamental que preste servicios a personas con discapacidad.
- No soy funcionario del estado, condado o municipio.
- No he sido empleado de DLC en los últimos cinco años.

¿Afirma que está libre de estos conflictos?

- No tengo conflictos.
- Tengo conflictos potenciales que me gustaría discutir con DLC. Los siguientes son mis conflictos:

Nombre (letras de imprenta)

Firma (letras de imprenta, firmado o insertado)