

COMITÉ CONSULTIVO DEL CONSUMIDOR SOLICITUD DE MEMBRESÍA

NOTA: El uso de este formulario no constituye el consentimiento para divulgar información confidencial que pueda estar protegida de la divulgación, de conformidad con el código de bienestar e instituciones secciones 4514 y 5328, u otra ley estatal o federal aplicable.

Para obtener ayuda para llenar este formulario, consulte las instrucciones adjuntas.

Su información personal:

1. Nombre:

2. Dirección:

3. Número de teléfono celular:

4. Número de teléfono alternativo:

5. Dirección de correo electrónico:

6. Nombre de su centro regional o Centro de desarrollo:

7. Su grupo de autodefensa local:

8. ¿Es usted un...?

Hombre

Mujer

Otro

9. Su grupo de edad:

18-25

26-36

más de 36

10. ¿Sirve o pertenece a otros consejos, comités u organizaciones?

Si es así, por favor díganos cuáles son?

11. Por favor, obtenga una carta de recomendación de alguien que nos puede decir por qué DDS debe seleccionarlo a usted como miembro.

12. ¿Por qué desea ser miembro del Comité Consultivo de Consumidores de DDS?

13. Si desea o necesita que alguien le apoye en las reuniones del CAC, ¿tiene a alguien en mente?

Nombre:

Número de teléfono:

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD DE CAC PARA DDS

Si desea ayuda para llenar esta solicitud, pregunte a sus amigos, familia, proveedor de atención, personal del programa diurno, coordinador del servicio del centro regional, personal del centro de desarrollo del estado, defensor, o cualquier otra persona que usted piense que le ayudará.

1. Escriba su nombre bajo **Nombre**.
2. Ponga la dirección donde vives bajo **Dirección**.
3. Ponga su número de teléfono celular (con el código de área) bajo **Celular**.
4. Ponga su número de teléfono alternativo (con el código de área) bajo **Número de teléfono alternativo**.
5. Ponga su dirección de correo electrónico en **Dirección de correo electrónico**.
6. Ponga el nombre de su centro regional bajo **Nombre de su centro regional**.
7. Si usted es miembro de People First a nivel local, u otra organización de defensa, ponga el nombre del grupo en **Grupo local de defensa**.
8. Compruebe si se identifica como hombre, mujer u otro.
9. Compruebe el grupo de edad al que usted pertenece.
10. Ponga los nombres de cualquier consejo, comités y organizaciones a los que pertenezca, como el Consejo Regional Center, el Comité Consultivo Regional, etc.
11. Antes de enviar su solicitud, el DDS desea que reciba una carta de recomendación de un persona o grupo del que forme parte en su comunidad, diciéndonos por qué usted sería genial para este Comité.
12. Queremos saber por qué quiere ser miembro del Departamento del Comité Consultivo del Consumidor de los Servicios de Desarrollo. Por favor, utilice este espacio para contarnos. Puede agregar más papel si lo necesita. Si utiliza más papel, asegúrese de incluirlo cuando envíe su solicitud a DDS.
13. Si sabe quién le apoyará en las reuniones del CAC, ponga su nombre y número de teléfono.
14. Envíe por correo o correo electrónico su solicitud y carta de recomendación a:

Oficina de Derechos Humanos y Servicios de Defensa
Departamento de servicios de Desarrollo
1600 9th Street, Room 240, MS 2-15
Sacramento, CA 95814
(916) 654-1888

Correo electrónico: CAC@dds.ca.gov

También puede completar e imprimir su [aplicación en línea](#) En:
<https://www.dds.ca.gov/ConsumerCorner/CAC.cfm>