

Nombre _____

DISABILITY RIGHTS
NORTH CAROLINA

Champions for Equality and Justice



Formulario de solicitud para la Junta

Nuestro Comité de Gobernanza, que revisa las solicitudes, examina a los posibles miembros. Nuestros Estatutos contienen requisitos específicos relacionados con la cantidad de miembros provenientes de cuatro regiones del estado. Los miembros de la Junta de Disability Rights NC deben reflejar de manera colectiva la diversidad del estado en términos de discapacidad, raza o etnia, edad y punto de vista (consumidores de servicios primarios y secundarios). Actualmente, el 100 % de los miembros de nuestra Junta se relaciona de manera personal con la discapacidad, ya sea mediante una persona con discapacidad o un familiar de esa persona, pero aun así esto conlleva el desafío de reflejar la diversidad racial y étnica del estado. No contamos con representación de la comunidad hispana o latina, por lo que esto será prioridad en el próximo proceso de revisión.

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con Human Resources en Disability Rights NC al (919) 856-2195 o envíe un correo electrónico a resumes.hr@disabilityrightsnorthcarolina.org. La solicitud también se encuentra disponible en un formato alternativo y se conservará en el expediente durante un año.

(Nombre) _____ (Apellido) _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____

CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: (____) _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

SEXO: _____ MASCULINO _____ FEMENINO

RANGO DE EDAD: _____ 18 – 39 _____ 40 – 59 _____ 60 y más

¿Cómo se enteró de Disability Rights North Carolina? _____

Soy residente de Carolina del Norte y vivo en el condado de

_____.

Soy una persona que tiene una discapacidad _____ Sí _____ No

Soy familiar de una persona que tiene una discapacidad _____ Sí _____ No

Indique su relación con el familiar (Ejemplo: Soy hijo/hija de un padre/una madre que tiene una discapacidad): _____

La discapacidad es:

____ discapacidad del desarrollo¹

____ enfermedad mental

____ discapacidad física

____ deficiencias sensoriales

____ abuso de sustancias

____ lesión cerebral traumática

Mi raza/etnia es: (Disability Rights NC debe contar con esta información a fin de garantizar la diversidad en su Junta).

Asiático _____

Afroamericano, no de origen hispano/latino _____

Hispano/latino _____

Isleño del Pacífico _____

Indígena norteamericano o nativo de Alaska _____

Caucásico, no de origen hispano/latino _____

Marque la opción a continuación si usted es abogado _____ o contador público certificado _____

Responda las siguientes preguntas:

(Utilice todo el espacio que necesite para brindar respuestas completas)

¹ Las discapacidades del desarrollo son crónicas y se atribuyen a deficiencias mentales o físicas que deben ser evidentes antes de los veintidós años de edad. Suelen durar toda la vida y producen limitaciones significativas en tres o más áreas principales de la vida: cuidado personal, lenguaje receptivo y expresivo, aprendizaje, movilidad, autonomía, capacidad para llevar una vida independiente y tener autosuficiencia económica.

1. ¿Por qué le interesa formar parte de la Junta de Disability Rights NC? Describa su experiencia previa en defensoría/no lucrativa.
2. ¿Qué habilidades, capacitación, recursos y experiencia particulares aportará a la Junta de Disability Rights NC?
3. ¿Puede dedicar el tiempo suficiente a participar en los comités?
4. ¿Se puede comprometer a cumplir con el término completo de un año de la Junta²?
5. ¿Cuál es su visión de Disability Rights NC en un año? ¿En cinco años?

_____ Si no me seleccionan para formar parte de la Junta, me interesaría participar en otro trabajo como voluntario con Disability Rights NC.

Mi medio de comunicación preferido es: _____ correo electrónico _____ teléfono _____ correo postal.

² El mandato inicial para los miembros de la Junta Directiva será de un (1) año. En función del nivel de actividad y el compromiso con la organización, los miembros pueden reunir los requisitos para ser elegidos para un segundo término de tres (3) años y un tercer término de dos (2) años, por un total de seis (6) años de servicio. (Estatutos de Disability Rights NC 03/2011)

Nombre _____

Si me seleccionan para integrar la Junta Directiva de Disability Rights North Carolina, acepto participar en el programa de capacitación y orientación para todos los miembros de la Junta. Además, acepto viajar y participar en reuniones trimestrales de la Junta, las cuales se realizarán en distintas localidades del estado de Carolina del Norte. Conozco la política de apoyo de la Junta. Entiendo que, si me veo imposibilitado de asistir a las reuniones oficiales de Disability Rights NC de manera regular, puedo ser reemplazado, tal como se describe en los Estatutos. También entiendo que se esperará que participe en los comités y que complete otras tareas según sea necesario. Disability Rights NC me reembolsará los costos de viaje de acuerdo con sus políticas. Finalmente, he proporcionado información completa de conformidad con la política de conflictos de intereses de Disability Rights NC.

Firma

Fecha

Puede enviar esta solicitud a:

Board Applications
Disability Rights NC
3724 National Drive, Suite 100
Raleigh, NC 27612
o mediante fax al (919) 856-2244

Si desea enviarla por vía electrónica, descargue este documento y guárdelo en su computadora.

Luego, envíelo a Disability Rights NC como documento adjunto en su correo electrónico a resumes.hr@disabilityrightsn.org

DECLARACIÓN DE REVELACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

De conformidad con las políticas establecidas por la Junta Directiva de Disability Rights NC, por el presente certifico que la siguiente es una revelación fiel y completa de mis relaciones, *en caso de que las hubiera*, con los negocios, las agencias, las organizaciones u otros grupos que tengan el potencial para crear un conflicto real o aparente para mí en el desempeño de mis responsabilidades como miembro de la Junta de Disability Rights NC.

[Marque las casillas que correspondan]

1. ____ Soy (o un miembro de mi familia inmediata es) empleado, funcionario o director de las siguientes agencias, negocios u organizaciones principalmente relacionados con la prestación de un servicio a personas con discapacidades. Incluya el nombre de la agencia, organización o negocio; el tipo de servicio prestado; y la relación que crea un conflicto.

2. ____ Soy (o un miembro de mi familia inmediata es) empleado, funcionario o director, o tengo una participación de propiedad del 10 % o más en cualquiera de los siguientes: un negocio con fines de lucro, otra organización sin fines de lucro o una agencia gubernamental que preste algún tipo de servicio a personas con discapacidades. Esta puede ser tanto una relación remunerada o voluntaria. Enumere aquellos intereses que una persona razonable podría considerar o interpretar como que *tienen el potencial* para crear situaciones de conflictos de intereses para mí en el desempeño de mi labor como miembro de la Junta de Disability Rights NC. Incluya el nombre de la agencia, organización o negocio; el tipo de servicio prestado; y la relación que crea un conflicto.

3. ____ Ni yo ni un miembro de mi familia inmediata somos empleados, funcionarios, directores o personas con una participación de propiedad significativa (que toman decisiones sobre el negocio) en ninguno de los otros tipos de negocios, organizaciones, agencias o grupos que prestan cualquier tipo de servicio que pudiera crear un conflicto de intereses aparente o potencial.

Firma

Fecha

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES PARA MIEMBROS DE LA JUNTA

Declaro que he leído y comprendo la política de Conflictos de intereses de Disability Rights NC y que cumpliré con los términos de esta política en todo momento durante mi mandato como miembro de la Junta Directiva de Disability Rights NC. También declaro que actualmente ni yo ni ningún miembro de mi familia, socio, empleador, ni ninguna otra persona con la que esté estrechamente asociado tiene un interés financiero en el negocio de Disability Rights NC ni de ninguna manera está involucrado en una transacción o relación con Disability Rights NC que pudiera crear un conflicto de intereses aparente. Asimismo entiendo y acepto que, en caso de que llegara a mi conocimiento cualquier conflicto de intereses real, potencial o percibido, estoy obligado a revelar tal conflicto a la Junta Directiva de inmediato y debo abstenerme de votar sobre cualquier asunto relacionado con ese conflicto de intereses.

Además, entiendo y acepto que mi elección para formar parte de la Junta Directiva conlleva la responsabilidad legal y fiduciaria de actuar en todos los asuntos que afecten a Disability Rights NC de buena fe con miras a los intereses de la organización sin fines de lucro, colocando aquellos intereses por encima de cualquier interés personal que pudiera tener en cualquier asunto en cuestión. Asimismo entiendo y acepto que en el ejercicio de mis responsabilidades como miembro de la Junta Directiva de Disability Rights NC, ejerceré el grado de diligencia, cuidado y destreza que una persona debidamente prudente ejercería en mi puesto en circunstancias similares.

Fecha_____
Firma