Washington State Department of Health

Подразделение по охране здоровья молодежи

Заявление на членство в Youth Advisory Council

**Уведомление о публичном раскрытии информации.** *Информация, предоставленная в рамках этого заявления или при участии в Youth Advisory Council (YAC, Молодежный консультативный совет), регулируется законодательством о*[*доступе к публичной информации*](https://apps.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=42.56) *(на английском языке) и не является анонимной. В случае запроса на доступ к публичной информации мы не станем разглашать персональные данные (например, имя, адрес электронной почты и номер телефона) членов YAC, не достигших 18 лет. Мы вправе разглашать личную информацию только тех членов YAC, которые достигли 18 лет. Мы будем анонимно документировать действия, например обмен рекомендациями, мыслями, опытом и проблемами, членов YAC всех возрастных категорий. Предоставление личных данных в рамках этого заявления или мероприятий Youth Advisory Council осуществляется по желанию. Если у вас есть вопросы или вы хотите получить дополнительную информацию, свяжитесь с Департамент здравоохранения по электронному адресу* [*adolescenthealthunit@doh.wa.gov*](mailto:adolescenthealthunit@doh.wa.gov)*.*

**Youth Advisory Council: что это такое?**

Washington State Department of Health (DOH, Департамент здравоохранения штата Вашингтон) ищет молодых людей (около 20 человек), которые хотели бы принять участие в деятельности нового Youth Advisory Council (YAC). Задача YAC — делиться мыслями, идеями и советами по темам и материалам, касающимся здоровья подростков и молодых людей. YAC будет обеспечивать актуальность и доступность наших программ общественного здравоохранения и проектов для молодежи.

Нам в DOH необходимы проницательность, знания, опыт и вклад молодых людей. Они знают, какие проблемы волнуют их поколение больше всего, и могут предложить наиболее подходящие решения.

**Каков наш график?**

Декабрь 2022 г. — январь 2023 г. Подача заявлений на членство в Youth Advisory Council.  
Февраль 2023 г. Рассмотрение и отбор заявлений.  
Март и апрель 2023 г. Уведомление новых членов совета и установочная встреча.

**Кто может подать заявление?**

**Мы поощряем молодежь разного происхождения стать членами YAC! Ниже приводится более подробная информация о требованиях к лицам, которые могут подать заявление.**

* Место жительства в штате Вашингтон.
* Возраст от 13 до 22 лет на момент подачи заявления.
* Заявителям, не достигшим 18 лет:
  + требуется разрешение родителей или опекунов, чтобы принять участие;
  + необходимо иметь доверенного взрослого, который бы предоставлял эмоциональную или техническую поддержку во время собраний (взрослым не обязательно посещать собрания).
* Проявлять заинтересованность в том, чтобы улучшать и вносить вклад в услуги и доступ к системе общественного здравоохранения для юных жителей штата Вашингтон.
* Иметь доступ к Интернету и возможность пользоваться платформой Zoom, социальными сетями и электронной почтой.

**Чем занимаются члены YAC?**

**Члены совета должны делиться своим уникальным опытом, мнениями и мыслями, связанными с охраной здоровья молодежи. Ниже приводится более подробная информация о наших требованиях к членам YAC.**

* Помогать сотрудникам DOH создавать открытое для всех безопасное пространство, в котором рады приветствовать молодых людей с разносторонними интересами, а также их мнения и мысли.
* Сохранять конфиденциальность — не разглашать конфиденциальную или личную информацию за пределами собраний.
* Посетить первое собрание весной 2023 года и еще хотя бы 80 % остальных собраний.
* Участвовать в обсуждениях и мероприятиях, касающихся ключевых тем охраны здоровья молодежи, предложенных сотрудниками DOH или YAC.
* Предоставлять обратную связь, касающуюся материалов охраны здоровья молодежи, в том числе публикаций в социальных сетях, коммуникационных материалов и программных документов.
* Представлять DOH YAC на мероприятиях сообщества, в частности в школах и школьных округах, на конференциях и собраниях DOH.
* Отвечать на сообщения сотрудников DOH не позднее, чем через одну неделю.
* Незамедлительно сообщить сотрудникам DOH о том, что вы не можете больше принимать участие в собраниях YAC или столкнулись с трудностями или проблемами.

**В чем заключается процесс отбора?**

**Мы надеемся, что заявок будет много! Ниже представлена более подробная информация о том, каким образом мы выберем 40 участников из числа заявителей.**

* Члены совета должны соответствовать всем критериям и согласиться выполнять все обязанности.
* Наша цель — включить в совет членов разного расового, этнического, культурного, географического и экономического происхождения.
* Приоритет имеют молодые люди, являющиеся частью сообществ, социально отчужденных из-за расовой дискриминации и не имеющих полноценного доступа к услугам общественного здравоохранения.
* Мы будем выбирать членов совета, основываясь на их месте жительства в штате Вашингтон. Таким образом, члены YAC будут привносить видение жителей разных областей штата.

Дополнительные сведения см. на [вебсайте Youth Advisory Council](https://waportal.org/partners/home/adolescent-health/youth-advisors) (на английском языке).

*Информация, собранная в рамках этого опроса, может быть разглашена в соответствии с главой 42.56 Revised Code of Washington (RCW, Свод законов штата Вашингтон с поправками), также известной как* [*Public Records Act (Закон о государственных документах*](https://apps.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=42.56)— *на английском языке).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Заявление на членство в Youth Advisory Council**  Чтобы стать кандидатом на членство в Youth Advisory Council, заполните заявление ниже. Если у вас не получается дать ответ на какой-либо вопрос, напишите на наш электронный адрес [adolescenthealthunit@doh.wa.gov](mailto:adolescenthealthunit@doh.wa.gov). Вы также можете позвонить по номеру 360-688-3064, чтобы заполнить заявление по телефону с помощью сотрудника DOH. | | |
| **Контактная информация**  Эта информация будет использована для связи с вами относительно деятельности YAC, документации вашего участия в совете, а также по поводу дополнительных мероприятий DOH по вовлечению молодежи и других организаций и партнеров. Мы не будем разглашать вашу информацию никому вне официальных мероприятий YAC и DOH. Обратите внимание, что эта информация, тем не менее, регулируется законодательством о доступе к публичной информации. | | |
| Имя и фамилия согласно документам: |  | |
| Предпочитаемое имя: |  | |
| Возраст: |  | |
| Адрес электронной почты: |  | |
| Номер телефона (не обязательно): |  | |
| Я живу в штате Вашингтон | Да ☐Нет | |
| Я был(а) членом YAC в 2022 году | Да ☐Нет | |
| **Расскажите больше о себе и о том, как вы себя идентифицируете, если хотите.**  Мы хотим включить в состав совета молодых людей разнообразного происхождения из всевозможных сообществ, обладающих разными возможностями и проживающих во всех регионах штата Вашингтон. Мы зададим вам несколько вопросов, чтобы познакомиться с вами поближе и узнать больше о вашей уникальной личности. Это поможет нам включить в Youth Advisory Council самых разнообразных людей всевозможного происхождения. Давать ответы на вопросы необязательно. Расскажите о себе столько, сколько считаете нужным, удобным и безопасным. | | |
| Страна, в которой вы живете (указать по желанию) |  | |
| Расовая или этническая принадлежность (указать по желанию) |  | |
| Гендерная принадлежность (указать по желанию)  Примеры: девушка/женщина, парень/мужчина, транссексуал, цисгендер, квир, небинарный,  бердаш, гендерфлюидный |  | |
| Сексуальная ориентация (указать по желанию)  Примеры: гетеросексуал (натурал), гомосексуал, лесбиянка, бисексуал, пансексуал, квир, асексуал, бердаш, под вопросом/не уверен(а) |  | |
| Применимые местоимения (указать по желанию) |  | |
| Школа (указать по желанию) |  | |
| Уровень образования (указать по желанию) |  | |
| **Кому следует звонить в случае возникновения чрезвычайной ситуации во время собрания или мероприятия YAC?**  Эта информация необходима на случай возникновения чрезвычайной ситуации во время мероприятия Youth Advisory Council — онлайн или вживую, — чтобы мы знали, к кому обращаться за помощью. Эта информация не будет раскрыта нами никому, кроме сотрудников Department of Health и будет храниться в файле на случай чрезвычайной ситуации. | | |
| Имя контактного лица на случай чрезвычайной ситуации |  | |
| Адрес эл. почты контактного лица на случай чрезвычайной ситуации |  | |
| Телефон контактного лица на случай чрезвычайной ситуации |  | |
| **Когда и каким образом вы можете принимать участие в собраниях YAC?**  Мы хотим знать о том, как часто вы сможете принимать участие в собраниях. Расскажите нам подробнее о том, какого рода помощь вам нужна, чтобы принимать участие в собраниях. | | |
| У вас есть возможность посещать собрания с помощью платформы Zoom? | | ДА НЕТ |
| Если нет, то какая виртуальная платформа вас устроит? | |  |
| Запланировано проведение собраний раз в месяц в наиболее удобное для большинства участников время.  В случае выбора такого времени у вас будет возможность посещать большинство собраний (80 % или больше)? | | ДА НЕТ |
| Каким образом мы можем поддержать ваше виртуальное участие лучше всего? (Отметьте все подходящие варианты.)  Устный или письменный перевод на дополнительный язык  Устный или письменный перевод на следующий язык: \_\_\_\_\_\_\_  Условия для лиц с особыми потребностями  Тип условий для лиц с особыми потребностями: \_\_\_\_\_\_\_\_  Технологическая помощь или особые условия  Тип технологической помощи или особых условий: \_\_\_\_\_\_\_  Другое: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **Почему вы хотите присоединиться к Youth Advisory Council?**  Мы хотим узнать больше о причинах вашего желания принять участие в Youth Advisory Council и о том, каким образом вы хотите это сделать. Ниже приведено несколько вопросов, над которыми вам следует подумать, а затем дать на них ответ. Ваши ответы помогут нам выбрать членов YAC. | | |
| Почему вы хотите принять участие в Youth Advisory Council в рамках деятельности Department of Health? Что для вас является основным мотивирующим фактором при подаче заявления? | | |
| Как вы думаете, какие ваши качества и опыт помогут во время работы по вовлечению молодежи в рамках деятельности Department of Health в штате Вашингтон? | | |
| Расскажите нам о двух проблемах здравоохранения в вашем сообществе, которым, по вашему мнению, следует уделить внимание. Почему вы так считаете? | | |
| Если вас не выберут для участия в YAC, хотели бы вы получать на электронную почту письма о других программах вовлечения молодежи, организуемых DOH или иными государственными организациями, например Health Care Authority (Управление здравоохранения) или Office of the Superintendent of Public Instruction (Инспекция по надзору за общеобразовательными учреждениями)? ☐ ДА ☐НЕТ | | |
| Отправляя это заявление, вы соглашаетесь:   * на передачу своей информации сотрудникам DOH; * на рассмотрение вашего заявления для предоставления вам членства в YAC; * что сотрудники DOH свяжутся с вами, чтобы сообщить о том, были вы выбраны для членства в совете или нет, и о ваших дальнейших действиях.   Информация, собранная в рамках этого опроса, может быть разглашена в соответствии с главой RCW 42.56 ([Public Records Act](https://apps.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=42.56) — на английском языке). Если у вас возникли вопросы относительно Public Records Act или какой-либо другой части этого заявления, свяжитесь с нами по электронному адресу [adolescenthealthunit@doh.wa.gov](mailto:adolescenthealthunit@doh.wa.gov).  **Благодарим за подачу заявки! Мы свяжемся с избранными заявителями в марте 2023 года!** | | |