Departamento de Salud del Estado de Washington

Salud adolescente y de adultos jóvenes

Solicitud para postularse al Consejo Asesor Juvenil

**Aviso de divulgación pública:** *La información que se comparta con nosotros como parte de esta solicitud o de la participación en el Consejo Asesor Juvenil (YAC, por su sigla en inglés) está sujeta a* [*leyes de divulgación pública*](https://apps.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=42.56) *(en inglés) y no será anónima. En casos de pedidos de divulgación pública, retendremos la información personal (como el nombre, la dirección de correo electrónico y el número telefónico) de todos los miembros del YAC menores de 18 años. No retendremos la información personal de los miembros del YAC mayores de 18 años. Documentaremos de forma anónima las actividades del YAC de los miembros de todas las edades (por ejemplo, el planteamiento de recomendaciones, reflexiones, experiencias e inquietudes). Compartir información personal en esta solicitud o como parte del Consejo Asesor Juvenil es opcional. Para hacer preguntas u obtener más información, comunícate con el Departamento de Salud a* *adolescenthealthunit@doh.wa.gov**.*

**El Consejo Asesor Juvenil: ¿qué es?**

El Departamento de Salud del Estado de Washington (DOH, por su sigla en inglés) busca unos 20 jóvenes que quieran unirse al nuevo YAC. En este YAC, se intercambiarán pensamientos, ideas y consejos sobre temas y materiales vinculados a la salud de los adultos jóvenes y los adolescentes. El trabajo del YAC nos ayudará a garantizar que nuestros programas y proyectos de salud pública sean relevantes y accesibles para los jóvenes.

En el DOH, valoramos las ideas, los conocimientos, las experiencias y las contribuciones de los jóvenes. Ellos saben qué problemas son importantes para ellos y qué soluciones les serán útiles.

**¿Cuál es el cronograma?**

Diciembre de 2022 a enero de 2023: postulaciones para ser parte del Consejo Asesor Juvenil
Febrero de 2023: revisión de las solicitudes y selección
Marzo/abril de 2023: envío de avisos a los nuevos miembros y reunión inaugural

**¿Quiénes pueden postularse?**

**¡Animamos a jóvenes de todos los orígenes a que participen en el YAC! A continuación, encontrarás más información sobre quiénes pueden postularse:**

* Debes vivir en Washington.
* Debes tener entre 13 y 22 años en el momento de la solicitud.
* Solicitantes menores de 18 años:
	+ Necesitas el permiso para participar de tu padre, madre o tutor.
	+ Necesitas tener a un adulto de confianza que te proporcione apoyo emocional o técnico durante las reuniones (no es necesario que los adultos asistan a las reuniones).
* Debes tener interés en contribuir y mejorar el acceso a la salud pública y este tipo de servicios para los jóvenes de Washington.
* Debes tener acceso a Internet y debes poder usar Zoom, las redes sociales y el correo electrónico.

**¿Qué hacen los miembros del YAC?**

**Los miembros tienen la importante tarea de compartir sus propias experiencias, opiniones, pensamientos e ideas sobre la atención médica para los jóvenes. Aquí hay más información sobre qué se espera de los miembros del YAC:**

* Debes ayudar al personal del DOH a crear un espacio seguro e inclusivo que reciba a jóvenes diversos (y sus pensamientos y opiniones).
* Debes mantener la confidencialidad, es decir, no puedes compartir información sensible o personal fuera del espacio de las reuniones.
* Debes asistir a la primera reunión en la primavera de 2023 y, como mínimo, al 80 % de las reuniones restantes.
* Debes participar en los debates y las actividades sobre temas de salud clave para los adolescentes que propongan el personal del DOH o el YAC.
* Debes ofrecer tus comentarios sobre los materiales de salud de los adolescentes, incluidas las publicaciones en redes sociales, las comunicaciones y los documentos de los programas.
* Debes representar al YAC del DOH en los eventos comunitarios, por ejemplo, en las escuelas y los distritos escolares, las conferencias, las reuniones del DOH, etc.
* Debes responder a las comunicaciones del personal del DOH en el plazo de una semana.
* Debes informar al personal del DOH de inmediato en caso de que ya no puedas participar en el YAC o si tienes algún obstáculo o problema para participar.

**¿Cómo es el proceso de selección?**

**¡Esperamos que muchos jóvenes se postulen! Aquí tienes más información sobre cómo elegiremos a los 40 miembros entre los solicitantes:**

* Los miembros deben cumplir todos los requisitos de elegibilidad y aceptar todas las expectativas.
* Nuestro objetivo es incluir a miembros de distintos orígenes raciales, étnicos, culturales, geográficos y económicos.
* Les daremos prioridad a los jóvenes que formen parte de una comunidad marginada debido a la discriminación racial y a la subrepresentación en la salud pública.
* Seleccionaremos a los miembros en función del lugar de Washington donde vivan. De esta manera, los miembros del YAC aportarán sus perspectivas desde distintas partes del estado.

Obtén más información en el [sitio web del Consejo Asesor Juvenil](https://waportal.org/partners/home/adolescent-health/youth-advisors) (en inglés).

*La información obtenida mediante esta encuesta puede estar sujeta a divulgación de conformidad con el capítulo 42.56 del Código Revisado de Washington (RCW, por su sigla en inglés) (*[*Ley de Registros Públicos*](https://apps.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=42.56) *[en inglés]).*

|  |
| --- |
| **Solicitud para postularse al Consejo Asesor Juvenil**Completa la siguiente solicitud a fin de ser considerado para participar en el Consejo Asesor Juvenil. Si tienes problemas para responder alguna pregunta, envíanos un correo electrónico a adolescenthealthunit@doh.wa.gov. También puedes llamar al 360-688-3064 para completar la solicitud por teléfono con un miembro del personal del DOH. |
| **Información de contacto**Usaremos esta información para comunicarnos contigo e informarte sobre las actividades del YAC, registrar tu participación en el YAC e invitarte a actividades adicionales para jóvenes con el DOH y demás agencias y socios. No compartiremos esta información con nadie fuera de las actividades oficiales del YAC y el DOH. No obstante, ten en cuenta que dicha información está sujeta a las leyes de divulgación pública. |
| Nombre legal completo |  |
| Nombre preferido |  |
| Edad |  |
| Dirección de correo electrónico |  |
| Número de teléfono (opcional) |  |
| Vivo en Washington | [ ] Sí ☐No |
| Fui miembro del YAC en 2022 | [ ] Sí ☐No |
| **Cuéntanos más sobre quién eres y cómo te identificas (¡solo si quieres!)**Queremos incluir a jóvenes de distintos orígenes, comunidades y capacidades, que provengan de todas las áreas de Washington. Para saber más sobre ti, tenemos algunas preguntas que nos ayudarán a obtener más información sobre tu identidad única. Esto ayudará a garantizar que el Consejo Asesor Juvenil incluya personas de todo tipo de contextos y con todo tipo de identidades. Todas estas preguntas son opcionales; comparte la cantidad de información con la que te sientas cómodo(a) y seguro(a). |
| Condado en el que vives (opcional) |  |
| Raza u origen étnico (opcional) |  |
| Identidad de género (opcional)Ejemplos: niña/mujer; niño/hombre; persona transgénero, cisgénero, *queer*, no binaria; persona dos espíritus; género fluido |  |
| Orientación sexual (opcional)Ejemplos: persona heterosexual, homosexual, lesbiana, bisexual, pansexual, *queer*, asexual, persona dos espíritus, me lo estoy preguntando/no estoy seguro(a) |  |
| Pronombres (opcional) |  |
| Escuela (opcional) |  |
| Grado (opcional) |  |
| **¿A quién deberíamos llamar en caso de que tengas una emergencia durante alguna reunión o actividad del YAC?**Esta información es importante para nosotros en caso de que haya una emergencia durante alguna actividad del Consejo Asesor Juvenil, ya sea en línea o en persona, así sabemos a quién llamar para avisarle. Esta información no se compartirá con nadie que no pertenezca al personal del Departamento de Salud y se mantendrá archivada para casos de emergencia. |
| Nombre del contacto en caso de emergencia |  |
| Correo electrónico del contacto en caso de emergencia |  |
| Teléfono del contacto en caso de emergencia |  |
| **¿Cuándo y cómo podrás participar en las reuniones del YAC?** Queremos saber más sobre la frecuencia con la que puedes participar en las reuniones. Cuéntanos si necesitas de algún apoyo para participar en las reuniones del YAC.  |
| ¿Puedes asistir a las reuniones a través de Zoom? |  [ ]  SÍ [ ] NO  |
| Si tu respuesta es negativa, ¿qué plataforma virtual prefieres? |  |
| Esperamos hacer las reuniones cada dos meses, a la hora que sea conveniente para la mayoría de los miembros. Si te seleccionan, ¿podrás asistir a la mayoría de las reuniones (80 % o más)? | [ ]  SÍ [ ] NO |
| ¿De qué manera podemos apoyar mejor tu participación virtual? (Marca todas las opciones que correspondan). [ ] Interpretación/traducción en otro idiomaInterpretación/traducción en el siguiente idioma: \_\_\_\_\_\_\_[ ] Adaptaciones de accesibilidad para una discapacidad Tipo de adaptaciones de accesibilidad para una discapacidad: \_\_\_\_\_\_\_[ ] Accesibilidad/asistencia con la tecnologíaTipo de accesibilidad/asistencia con la tecnología: \_\_\_\_\_\_\_ [ ] Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **¿Por qué te interesaría unirte al Consejo Asesor Juvenil?**Queremos saber el motivo por el que te interesaría participar en el Consejo Asesor Juvenil y la manera en que quieres hacerlo. A continuación, tenemos algunas preguntas para que pienses y respondas. Tus respuestas nos ayudarán a seleccionar a los miembros del YAC. |
| ¿Por qué te interesaría participar en el Consejo Asesor Juvenil del Departamento de Salud? ¿Cuál es tu mayor motivación para postularte? |
| ¿Qué cualidades o experiencias tienes y consideras que contribuirán al trabajo para jóvenes del Departamento de Salud del Estado de Washington? |
| ¿Cuáles consideras que son los dos problemas o brechas relacionados con la salud que afectan a tu comunidad y que crees que se deberían abordar? ¿Por qué? |
| Si no te seleccionan para el YAC, ¿quieres recibir correos electrónicos sobre otras oportunidades de participación de los jóvenes en el DOH u otras agencias estatales como la Autoridad de Atención Médica o la Oficina de la Superintendencia de Instrucción Pública? ☐ SÍ ☐NO |
| Al enviar esta solicitud, aceptas lo siguiente: * compartir tu información con el personal del DOH;
* que se considere tu solicitud para la membresía en el YAC;
* que el personal del DOH se comunique contigo para informarte si te han seleccionado y cuáles son los próximos pasos.

La información obtenida mediante esta encuesta puede estar sujeta a divulgación de conformidad con el capítulo 42.56 del RCW ([Ley de Registros Públicos](https://apps.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=42.56) [en inglés]). Si tienes alguna pregunta sobre la Ley de Registros Públicos o cualquier otra parte de esta solicitud, puedes comunicarte a adolescenthealthunit@doh.wa.gov.**¡Muchas gracias por presentar tu solicitud! Nos comunicaremos con los solicitantes seleccionados en marzo de 2023.** |