



**Access Services**  
PO Box 5728  
El Monte, CA 91734  
213.270.6000  
asila.org

## Comité Asesor de la Comunidad (CAC) de Access Services

### SOLICITUD DE ADHESION

Para obtener más detalles sobre la solicitud, comuníquese con Access Services

El CAC fué creado para ofrecer información y asesoramiento de la comunidad al Consejo de Administración de Access Services y su personal, acerca de su política de operaciones. El CAC tiene un impacto directo sobre las mejoras en el programa de transportes de Access Services. El consejo de administration de Access Services va a designar a quince (15) residentes del condado de Los Angeles integrado por personas con discapacidades o cuando sea necesario, personas con conocimientos sobre discapacidades específicas. Las designaciones se realizarán entre quienes hayan presentado una solicitud y hayan tenido una entrevista personal con CAC Member subcomité de selección De ser necesario, también se pedirá a los miembros del CAC su participación en subcomités y juntas de apelaciones. Las reuniones del CAC tienen lugar el segundo martes de cada mes.

#### 1. Información de contacto

a. ¿Es usted residente del condado de Los Ángeles? Sí  No

b. Nombre completo (Apellido, nombre):

---

c. Número de ID (Si es cliente de Access Services): \_\_\_\_\_

d. Dirección: \_\_\_\_\_

e. Ciudad y código postal:

---

f. Condado: \_\_\_\_\_

g. Teléfono principal #: \_\_\_\_\_ Casa  Trabajo

h. Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

i. Nombre del empleador (si corresponde): \_\_\_\_\_

j. Puesto de trabajo: \_\_\_\_\_

2. Es un requisito asistir al menos a 2 (dos) reuniones del CAC. ¿Ha cumplido usted este requisito? Sí  No

3. Los miembros del CAC deben asistir a una (1) reunión de dos horas de duración del comité mensualmente. Además, a los miembros del CAC se les pide su participación en reuniones del subcomité, grupos de trabajo y juntas de apelaciones. ¿Es usted capaz de cumplir este compromiso? Sí  No

4. Marque cada una de las discapacidades en las que tenga experiencia, educación o conocimientos. Indique en cada caso sus años de experiencia.

	Necesidad funcional	Años de experiencia
<input type="checkbox"/>	Discapacidades ambulatorias (sin silla de ruedas)	
<input type="checkbox"/>	Usuarios de silla de ruedas manual	
<input type="checkbox"/>	Usuarios de silla de ruedas motorizada o scooter	
<input type="checkbox"/>	Personas ciegas	

<input type="checkbox"/>	Personas con ceguera parcial	
<input type="checkbox"/>	Personas con discapacidades cognitivas (por ejemplo: memoria)	
<input type="checkbox"/>	Personas con discapacidades intelectuales	
<input type="checkbox"/>	Personas con discapacidades psiquiátricas	
<input type="checkbox"/>	Personas con discapacidades en comunicación verbal	
<input type="checkbox"/>	Personas sordas o con dificultades de audición	
<input type="checkbox"/>	"Otras". Marque esta casilla si usted tiene experiencia en cualquier otra discapacidad no incluida anteriormente	

Si marco "otras", explique a que discapacidad especifica se refiere:

---



---



---



---



---

5. ¿En que área del condado de Los Ángeles cree usted que está en mejores condiciones de representar?

---



---

6. ¿Sabe usted cómo funciona Access Services o está familiarizado con los servicios que presta Access? Sí  No

En caso afirmativo, incluya una explicación:

---



---



---



---

---

---

9. Enumere algunas referencias personales, si lo desea (opcional).

---

---

---

---

---

---

---

10. ¿En qué formato prefiere usted recibir información?

Copias impresas (con letra de tamaño normal)

Copias impresas (con letra de tamaño grande)

Audio (CD-ROM)

Braille:

Correo electrónico

He leído y comprendido la información de este formulario y por la presente entrego esta aplicación para integrar el Comité Asesor de la Comunidad de Access Services. (CAC). Entiendo que esta solicitud expirara un año después de su presentación.

Nombre en letras de molde:

---

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Envíe su solicitud completa por CORREO o FAX a:

Access Services

Attn: Community Advisory Committee

PO Box 5728

El Monte, CA 91734

Fax Number: 213-270-6055