



INFANTIL Y DE LA PRIMERA INFANCIA PROGRAMA DE CONSULTA DE SALUD MENTAL SOLICITUD PARA EL COMITÉ ASESOR DE REGLAS



¡Gracias por su interés en el Comité Asesor de Reglas del Programa de Consulta de Salud Mental Infantil y de la Primera Infancia (IECMHC)! El Consejo de Aprendizaje Temprano debe adoptar reglas para regir el IECMHC. Este RAC ayudará a desarrollar y dar forma al lenguaje de reglas para respaldar el programa IECMHC.

¿QUÉ ES UN COMITÉ ASESOR DE REGLAS?

Un Comité Asesor de Reglas (RAC, por sus siglas en inglés) es un grupo de partes interesadas internas y externas que se unen para ayudar a implementar reglas en respuesta a una legislación nueva o actualizada. Los RAC están compuestos por personal de las agencias estatales y miembros de los grupos afectados por la reglamentación.

Para este RAC de IECMHC, buscamos un grupo diverso de personas que participen en el programa, como Centros de Aprendizaje Temprano y Agencias de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil de todo el estado; organizaciones comunitarias, con énfasis en organizaciones culturalmente específicas; proveedores de Oregón Pre-Kindergarten (OPK) y Preschool Promise (PSP), con énfasis en la diversidad; naciones tribales; sindicatos de cuidado infantil; y padres y familias de niños pequeños que experimentan suspensión y expulsión O niños con necesidades especiales. La diversidad de voz incluye, pero no se limita a, raza, etnia, estado socioeconómico, ubicación geográfica, dominio del idioma inglés. Los elegidos para participar en este RAC serán personas que puedan reflejar una amplia perspectiva que represente a las poblaciones atendidas. Los participantes serán reembolsados por el tiempo dedicado a este RAC.

Para presentar una solicitud, simplemente complete la solicitud RAC adjunta a este formulario y envíela en formato PDF al Coordinador de Reglas de la División por correo electrónico a remember.watts@ODE.oregon.gov O envíe copias de los documentos por correo a los Comités Asesores de Reglas C/O ELD, 700 Summer St NE Suite #350, Salem, OR 97301. Todas las solicitudes deben recibirse antes del **viernes 8 de abril de 2022** para que puedan ser consideradas.

¿CUÁNDO Y DÓNDE SERÁN?

Habrán entre dos y cuatro reuniones del RAC de IECMHC que se llevarán a cabo entre fines de abril y en mayo de 2022. Se requerirán dos reuniones; solo iremos más allá de las dos reuniones si no hemos desarrollado la recomendación de la regla finalizada. Las reuniones se realizarán de manera virtual. La programación se finalizará con los participantes del RAC.

¿TIENE PREGUNTAS ADICIONALES?

No dude en comunicarse con el coordinador de reglas de la división, Remy Watts, al (971) 701-1535 O remy.watts@ode.oregon.gov. ¡Esperamos con interés trabajar con usted!



INFANTIL Y DE LA PRIMERA INFANCIA PROGRAMA DE CONSULTA DE SALUD MENTAL SOLICITUD PARA EL COMITE ASESOR DE REGLAS



Este formulario es una solicitud para un Comité Asesor de Reglas (RAC) que informa a la División de Aprendizaje Temprano. Para completar su paquete de solicitud, devuelva este formulario a la oficina de la División a Remy Watts, Coordinador de Reglas. Usted debe ser residente de Oregón para presentar la solicitud, a menos que se indique lo contrario. Comuníquese con Remy Watts, coordinadora de reglas al (971) 701-1535 o remy.watts@ode.oregon.gov si tiene alguna pregunta.

Opciones para devolver el paquete de solicitud:		
Correo: Comité Asesor de Reglas C/O ELD, 700 Summer Street NE, Suite 350, Salem, OR 97301 Correo electrónico: remy.watts@ode.oregon.gov (todos los archivos adjuntos en formato PDF) Nota: Esta solicitud está sujeta a la Ley de Registros Públicos y puede divulgarse a pedido. La información personal será redactada.		
Organización / Compañía: _____		
Grupo asociado:	CCR&R <input type="checkbox"/> Organización basada en la comunidad <input type="checkbox"/> Centro de aprendizaje temprano <input type="checkbox"/> Naciones tribales <input type="checkbox"/> Sindicato o abogado <input type="checkbox"/>	Padre/familia de niños que experimentan S&E <input type="checkbox"/> Padre/familia de niños con necesidades especiales <input type="checkbox"/> Otro: _____
Primer nombre _____	Segundo nombre: _____	Apellido _____
Nombre preferido: _____	Título: (Sr., Sra., Dr.) _____	Sufijo: (Jr, PhD) _____
Dirección de Trabajo o Permanente: _____		
Ciudad: _____	Condado: _____	Código postal: _____
Correo electrónico: _____	Teléfono de casa: _____	
Teléfono de celular: _____	Teléfono del trabajo: _____	
Para asistimos mejor en el cumplimiento de nuestros objetivos de acción afirmativa, agradeceríamos información sobre su identidad de género y antecedentes. Esta información es opcional y se utiliza únicamente para la recopilación de datos. Según las leyes estatales y federales, esta información no se puede utilizar para discriminarlo.		
Identidad de género:	Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Otro: _____
Raza / Grupo étnico:	Afroamericano / de raza negra <input type="checkbox"/> Caucásico / de raza blanca <input type="checkbox"/> Múltiple / Otro: _____	Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/>



INFANTIL Y DE LA PRIMERA INFANCIA
PROGRAMA DE CONSULTA DE SALUD MENTAL
SOLICITUD PARA EL COMITE ASESOR DE REGLAS



Discapacidad: Sí No

Proporcione respuestas breves (de 1 a 3 oraciones) a las siguientes preguntas.

(1) ¿Por qué quiere participar en este RAC?

(2) ¿Tiene algún trabajo previo o experiencia como voluntario que podría ser pertinente para este RAC?