



# Board of Commissioners

Courthouse, Room 110  
225 W. Olive Street  
Newport, Oregon 97365  
(541) 265-4100  
FAX (541) 265-4176

## APPLICATION

### Lincoln Community Health Council

Consejo de Salud de la Comunidad de Lincoln

\_\_\_\_ NEW APPLICANT  
NUEVA APLICACIÓN

*Please check one:*  
*Por favor marque uno:*

\_\_\_\_ APPLICATION FOR REAPPOINTMENT  
APLICACIÓN PARA REHACER LA CITA

\* \* \* \* \*

NAME: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_  
Please print  
Por favor imprima

HOME ADDRESS: \_\_\_\_\_  
DIRECCION: \_\_\_\_\_  
P.O. Box/Street No. City State Zip Code  
No. Calle Ciudad Estado Codigo Postal

HOME PHONE: \_\_\_\_\_ HOW LONG HAVE YOU LIVED IN LINCOLN COUNTY? \_\_\_\_\_  
NUM. DE TELEFONO EN CASA: ¿POR CUANTO TIEMPO HA VIVIDO EN EL CONDADO DE LINCOLN?

OCCUPATION: \_\_\_\_\_ WORK PHONE: \_\_\_\_\_  
OCUPACION: NUM. DE TELEFONO EN EL TRABAJO:

BUSINESS ADDRESS: \_\_\_\_\_  
DIRECCION DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_  
P.O. Box/Street No. City State Zip Code  
No. Calle Ciudad Estado Codigo Postal

E-MAIL ADDRESS: \_\_\_\_\_  
DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO:

\* \* \* \* \*

1. Please give a brief description of the experience, training, special interest or involvement in the community that supports your nomination to this committee. If you wish, you may attach a resume or other material. Let us know if you plan to use the services of the health center. (50% of the Council must be health center consumers.)

Por favor dé una breve descripción de la experiencia, entrenamiento, interés especial o participación en la comunidad que apoye en su nominación a este comité. Si desea, puede incluir su resumen o algún otro documento. Infórmenos si usted planea hacer uso de los servicios que ofrece el centro de salud. (Un 50 % del Consejo, debe ser usuario del centro de salud.)

---

---

---

---

---

---

---



