



APLICACIÓN PARA SERVIR EN
**AD HOC COMISIÓN ASESORA DE REDISTRIBUCIÓN DE DISTRITOS
 CIUDADANOS**

ENTREGUE ANTES DE 12 DE MARZO 2021 @ 5:00 P.M.

I. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre _____ Apellido: _____

Dirección de _____ Código
 Residencia: _____ Ciudad: _____ Postal: _____

Dirección de _____ Código
 Correo: _____ Ciudad: _____ Postal: _____

Ciudad: _____ Código
 Postal: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono: _____

Esta usted registrado para ☐ Si ☐ No **Usted debe de estar registrado para votar y vivir en este**
 votar? **Condado**

Distrito Supervisado: ☐ Distrito 1 ☐ Distrito 2 ☐ Distrito 3 ☐ Distrito 4 ☐ Distrito 5

II. EXPERIENCIA ANTERIOR

1. Comente cualquier fortaleza, experiencia, perspectiva y talento(s) que usted crea puedan contribuir significativamente en la representación de su comunidad (por favor use el espacio que esta abajo, papel adicional no será permitido).

a) Experiencia de trabajo:

b) Experiencia en la comunidad y organizaciones:

c) Razón porque está aplicando:

d) Educación (no hay un requisito de educación específica):

2. Por favor identifique la población o comunidades donde usted compartira común interes social o económico (por ejemplo, estilo de vida, identidad de genero, económico, demográfico, educación, idioma, estato migratorio, vivienda, geografía, distrito escolar, seguridad pública o/y ambiente).

III. CONFLICTOS DE INTERES

1. Es usted electo oficial o algún miembro de la familia, o miembro del personal pagado por la campaña de elecciones del Condado de Stanislaus?	☐ Si ☐ No
2. Tiene usted algún interes financiero o profesional, o asociación relacionada con esta posición?	☐ Si ☐ No
3. Ha sido usted alguna vez sentenciado, permanencio en la cárcel, o puesto en probatoria después de alguna felonía, o delito menor? (esto no necesariamente lo descalificaria)	☐ Si ☐ No
Si contestó "Si" a alguna de estas preguntas por favor proporcione una breve explicación:	

IV. REFERENCIAS

1. Nombre: _____ Teléfono: _____
2. Nombre: _____ Teléfono: _____
3. Nombre: _____ Teléfono: _____

V. CERTIFICACIÓN

Yo certifico que las declaraciones que hice en esta aplicación son verdaderas, completas y correctas a mi conocimiento y creencias. Yo entiendo que cualquier declaración hecha esta sujeta a verificación y que alguna mala interpretación, fraude, o omisión de material tal vez resulte en negación de un nombramiento.

Yo verbalmente autorizo a los representantes del Condado de Stanislaus a contactar cualquier organización (incluyendo empleadores y escuelas) y personas mencionadas, para el proposito de establecer y verificar mis calificaciones y historia laboral en conexión con esta aplicación. Yo entiendo y reconozco que esta información será usada confidencialmente con el propósito de una decisión para un nombramiento.

Imprima su nombre: _____ **Fecha:** _____

Firma: _____

Si usted tiene algunas preguntatas, por favor contacte a Damian J. Martinez en la oficina de Director Ejecutivo del Condado de Stanislaus a 209-353-6435 y/o a martinezda@stancounty.com.

Por favor regrese su aplicación completa y firmada en persona, por correo, correo electrónico o fax:

Clerk of the Board of Supervisors
1010 10th Street, Suite 6700
Modesto, CA 95354
Fax: 209-525-4420
Email: kingl@stancounty.com

Si usted tiene algunas preguntas, por favor contacte a Damian J. Martinez en la oficina de Director Ejecutivo del Condado de Stanislaus a 209-353-6435 y/o a martinezda@stancounty.com.