|  |  |
| --- | --- |
| Condado de KingFormulario de solicitud para el COMITÉ ciudadano de SUPERVISIÓN de las elecciones(Se puede someter un currículo además de un formulario de solicitud completo) | L:\COMMUNICATIONS\Logos\KClogo_v_bw_m.tiff |

***POR FAVOR TENGA EN CUENTA: La información proporcionada en este formulario será un registro público sujeto a investigación gratis y abierta por cualquier persona de acuerdo con la Ley de Registros Públicos del Estado de Washington (RCW 42.56.250). Sin embargo, revelaremos el nombre del candidato, pero redactamos la dirección, el número de teléfono y el correo electrónico.***

Gracias por su interés en servir en el Comité Ciudadano de Supervisión de las Elecciones (CEOC, por sus siglas en inglés). Los individuos elegidos para servir en una junta o comisión también serán requeridos completar el Formulario de Divulgación Financiera del Programa de Ética del Condado de King dentro de dos semanas de ser nominado para servir en una junta o comisión. Los individuos elegidos para servir en una junta o comisión que está supervisada por una agencia independiente del Condado de King son exentos del requisito de completar la divulgación financiera.

## Nombre:

|  |
| --- |
|  |

## Información de Contacto Preferido:

|  |  |
| --- | --- |
| Dirección |  |
| Ciudad, Estado, Código Postal |  |
| Teléfono de Casa |  |
| Teléfono de Trabajo |  |
| Teléfono Celular |  |
| Correo Electrónico |  |

## Puesto que está solicitando:

|  |
| --- |
|  |

## Si está solicitando para un puesto en que sería el representante de una organización (todos los puestos con excepción de los puestos que representan las minorías de idioma y los votantes registrados), por favor proporciona una declaración escrita por la entidad que le está designando como representante en el CEOC (esto también se puede ser adjunto):

|  |
| --- |
|  |

## Concejo del Condado de King *(Por favor ponga “X” en la caja a la derecha de su distrito)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  | 2 |  | 3 |  | 4 |  | 5 |  | 6 |  | 7 |  | 8 |  | 9 |  | No sé |  |

## Por favor explique por qué siente que usted es el candidato más calificado para este puesto.

|  |
| --- |
|  |

## ¿Ha servido antes en el CEOC? Si la respuesta es sí, por favor escriba las fechas y el número de términos y si ha servido en un puesto de liderazgo:

|  |
| --- |
|  |

**Por favor comparta cómo cumple con las calificaciones requeridas para ser miembro del CEOC como escrito aquí:**

1. **Un conocimiento práctico de las operaciones y la gestión de las elecciones, la demografía, la tecnología y la gestión de organización al nivel local o estatal.**

**2. Un compromiso fuerte con la operación responsable, transparente, bien gestionada y eficiente de las elecciones en el Condado de King.**

**3. La voluntad de comprometer el tiempo necesario para asistir a las reuniones y actividades del comité.**

**4. Una persona nominada o designada al comité no debe ocupar un cargo público ni ser un candidato para elección a un cargo público, aparte de ser un funcionario del comité del recinto. (¿Ya ocupa una oficina electiva?)**

**5. Capacidades adecuadas de comunicación verbal y capacidades interpersonales y si son capaces de trabajar bien en grupo.**

**¿Es usted capaz de (¿y compromete?) cumplir con las responsabilidades de membresía como definido en el documento de Calificaciones y Responsabilidades del CEOC?**

|  |
| --- |
|  |

## INFORMACIÓN PERSONAL (OPCIONAL)

El Concejo del Condado de King y el Executivo del Condado de King compromete a la inclusión y alcance comunitario a todos los residentes del Condado de King para asegurar que todas las juntas y comisiones reflejan la comunidad que servimos. Proporcionando la información abajo es voluntario, pero ayudará a alcanzar esta meta.

**Raza/Etnia**

|  |  |
| --- | --- |
| Raza/Etnia: |  |
| Género: |  |
| Orientación Sexual: |  |

**¿Tiene discapacidades cómo definido por la Ley Estadounidense sobre Discapacidades? *(Por favor ponga “X” en las cajas que aplican a usted)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Yes |  | No |  |

**Gama de Edad:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 30 o menos |  | 31-41 |  | 42-52 |  | 53-63 |  | 64-74 |  | 75 o más |  |

## Persona de Contacto en Caso de Emergencia (OPCIONAL)

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Teléfono de Casa |  |
| Teléfono de Trabajo |  |
| Teléfono Celular |  |

## Acuerdo y Firma

### Al someter esta solicitud, afirmo que los hechos establecidos son ciertos y completos al mejor de mi conocimiento.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre *(tecleado o escrito a mano)* |  |
| Fecha |  |

## Por favor entregue el formulario completo a:

## *(Puede enviar su formulario completo por correo postal o escanear el formulario y enviarlo como documento adjunto por correo electrónico en formato PDF o, después de completar el formulario y tecleando su nombre en la línea para la firma, guarde el formulario completo a su disco duro y adjuntarlo a un mensaje de correo electrónico.)*

Sahar Fathi

Personal Central del Concejo

516 Tercera Avenida, Suite 1200

Seattle, WA 98104

Línea directa: 206-263-0960

Correo electrónico: Sahar.Fathi@kingcounty.gov

**Este material está disponible en formatos alternativos para personas con discapacidades. Por favor contacte a (206) 296-1000 TTY Relevo: 711, o (206) 296-1024**