



CalOptima Health 尋求候選人參與其 會員諮詢委員會

CalOptima Health 董事會歡迎社區就 CalOptima Health 計畫相關問題提出意見和建議。因此，CalOptima Health 董事會鼓勵會員和社區代表參與名為會員諮詢委員會 (**Member Advisory Committee, MAC**) 的諮詢小組。

MAC 為 CalOptima Health 董事會和員工提供建議。該委員會有 17 名成員，代表 CalOptima Health 所服務的各個選區。該委員會的職責是：

- 按照 CalOptima Health 董事會的指示，就有關 CalOptima Health 計畫的問題向 CalOptima Health 委員會提供意見和建議
- 參與董事會分配或委員會產生的問題的學習、研究和分析。
- 充當相關方和董事會之間的聯絡人。
- 協助董事會就與 CalOptima Health 計畫相關的問題取得公眾意見。
- 向 CalOptima Health 委員會提出有關研究問題的建議，供其批准和考慮。
- 促進 CalOptima Health 和董事會的社區外展。

目前，CalOptima Health 正在尋找參加 MAC 的候選人。以下席位供符合資格的 OneCare 會員：

- **OneCare 會員或授權的家庭成員**

董事會指定的 Medi-Cal 會員和 OneCare 會員有資格獲得每次參加會議的 \$50 津貼。

委員會鼓勵對 Medi-Cal 和 Medicare 有了解和支持，並感興趣的個人申請。若要申請或提名會員諮詢委員會成員，請將所附候選人申請連同個人簡介或履歷郵寄、傳真或電子郵件至：

CalOptima Health
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
Attn: Cheryl Simmons
Office of the Clerk of the Board

傳真: 714-571-2479 或電郵: csimmons@caloptima.org

如果您有任何疑問，請撥打 714-347-5785。



會員諮詢委員會
會員申請表

說明：請回答所有問題。您可以寫下或打出您的答案。如果您對申請有任何疑問，請致電 1-714-347-5785。

姓名：_____ 電話：_____

地址：_____ 手機：_____

城市，州，郵政編碼：_____ 傳真：_____

電子郵件：_____

我特此提交以下會員諮詢委員會 (Member Advisory Committee, MAC) 席位的申請，任期至 2026 年或 2027 年，並了解，如果我被選為以下席位之一，我每次參加會議都會獲得 50 美元的津貼：

- OneCare 會員或授權家庭成員代表（任期至 2026 年）
- OneCare 會員代表或授權家庭成員（任期至 2027 年）

目前職位（例如頭銜、學生、義工、退休人士等）：_____

1a. 您與您希望在 MAC 上代表的 CalOptima Health 群眾有什麼直接或間的接觸合作的經驗？

1b. 包括任何相關的社區經驗。

2a. 您對橙縣的多元文化和/或特殊需求群衆的理解和熟悉程度如何？

2b. 包括與不同人群合作的相關經驗。

3. 您目前對管理式醫療系統和/或 CalOptima Health 有何了解？

4a. 請解釋您為什麼希望在 CalOptima Health 的 MAC 任職。

4b. 請解釋為什麼您會成為在 MAC 任職的合格代表。

5. 請具體說明您能流利使用哪種 CalOptima Health 主要使用的語言：

英語 西班牙語 越南語 波斯語 韓語 中文 阿拉伯語

6. 如果被選中，您是否能夠承諾參加每月一次的 MAC 會議並在至少一個小組委員會中任職？ 是
 否

7. 推薦人（專業、社群或個人）：

姓名：_____ 姓名：_____

關係：_____ 關係：_____

地址：_____ 地址：_____

城市，州，郵政編碼：_____ 城市，州，郵政編碼：_____

電話：_____ 電話：_____

電子郵件：_____ 電子郵件：_____

您是否同意在 MAC 服務期間代表所有 CalOptima Health 會員和/或醫療服務者？ 是 否

如果被選為 MAC 代表，您是否同意在指定時間範圍內完成所需的年度法規課程？ 是 否

公共記錄法通知

根據加州法律，此表格及其包含的資訊以及隨其提交的任何進一步的資訊（例如個人簡介和簡歷）均屬於公共記錄，但您的地址、電子郵件地址和電話號碼以及任何參考資料的相同信息除外。這些文件可能會提交給董事會，供其在公開會議上審議，屆時這些文件將作為董事會材料的一部分發布（刪除聯絡資訊），這些資料可在 CalOptima Health 網站上獲取，即使沒有提交給董事會的，將根據要求向公眾提供。

簽名

日期

有限隱私豁免

根據州和聯邦法律，一個人是否有資格參加 Medi-Cal 或 OneCare 的事實屬於私人事務，只有 CalOptima Health 在管理 Medi-Cal 或 OneCare 計劃所需時才可以披露，除非其他披露得到合格會員的授權。由於會員諮詢委員會中客戶代表的職位要求指定人員必須是會員，因此會員的 Medi-Cal 資格將向公眾披露。會員應勾選下面的方框並簽署此豁免書，以允許其姓名被提名為顧問委員會成員。

ONECARE 會員或授權家庭會員申請人

我了解，透過在下方簽名併申請在 MAC 任職，我即公開了我參加 Medi-Cal 和 OneCare 計劃的資格，該事實受到州或聯邦法律的保護。我不同意披露受州或聯邦法律保護的任何其他資訊。

會員（正楷姓名）

會員（簽名）

日期

受保護的健康信息 (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI)
使用和披露的授權

聯邦 HIPAA 隱私權條例要求您填寫此表格，以授權 CalOptima Health 使用或向其他人或組織披露您的受保護的健康信息 (PHI)。請填寫、簽署表格並將其寄回給 CalOptima Health。

申請日期：_____ 電話：_____

會員姓名：_____ 會員號碼 (CIN): _____

授權：

我, _____, 特此授權 CalOptima Health 使用或披露我的健康信息，如下所述。

請描述根據本授權將使用或披露的健康信息（請具體說明）：Medi-Cal 或 OneCare 受益人身份以及會員選擇披露的與其申請加入 CalOptima Health 會員諮詢委員會 (MAC) 相關的任何資訊。

被授權接收健康資訊的個人或組織：公衆

描述每個所請求的使用或披露的目的（請具體說明）：允許加入 CalOptima Health 會員諮詢委員會 (MAC) 作為受益人代表。

失效日期：

該授權應立即生效，並於以下日期失效：所申請職位的任期結束之日。

撤銷權利：我了解我有權隨時以書面撤銷此授權。要撤銷此授權，我了解我必須以書面形式提出請求，並明確聲明我要撤銷此特定授權。此外，我必須簽署我的請求，然後將我的請求郵寄或遞送至：

CalOptima Health
Cheryl Simmons
Office of the Clerk of the Board
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

我了解撤銷不會影響 CalOptima Health 或任何醫療服務者根據本授權使用或披露健康資訊的能力。

**** 撤銷此授權將立即終止參與 MAC。**

限制：

我了解，因我簽署本授權書而使用或披露的某些資訊（例如 Medi-Cal 或 OneCare 受益人身分和姓名）可能會根據《加州公共記錄法》進一步使用或披露。 CalOptima Health 維護的《公共記錄法》中排除的資訊將不會被使用或披露，除非獲得我的另一次授權，或除非法律特別允許或要求此類使用或披露。

會員權利：

- 我了解我必須收到此授權書的副本。
- 我了解我可能會收到額外的授權書副本。
- 我了解我可以拒絕簽署此授權書。
- 我了解我可以隨時撤回此授權。
- 我了解治療或付款均不會取決於我拒絕或同意簽署本授權書。

簽名：

透過在下面簽名，我確認收到此授權書的副本。

會員簽名： _____ 日期： _____

將填妥的申請表、您的個人簡介或履歷表以及簽署的授權表提交至

CalOptima Health
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
Attn: Cheryl Simmons
Office of the Clerk of the Board

如有問題，致電 **1-714-347-5785**