



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：

- **Medi-Cal 受益人或授權的家庭成員**
- **OneCare 會員或授權的家庭成員**

董事會指定的 Medi-Cal 會員和 OneCare 會員有資格獲得參加每次會議的 \$50 津貼和**里程費用報銷**。

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

說明：請回答所有問題。您可以寫下或輸入您的答案。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 2028 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 的津貼：

- Medi-Cal 受益人或授權家庭成員代表（任期至 2028）
- OneCare 會員代表或授權家庭成員（任期至 2028）

目前職位（例如頭銜、學生、志願工作者、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接的合作經驗呢？

1b. 請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呢？

2b. 請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 服務。

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

公共記錄法聲明

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，屆時這些刪除了聯繫信息的文件將作為董事會材料的一部分發布，這些資料可在 CalOptima Health 網站上獲取，即使沒有提交給董事會的，將根據應公眾的要求提供。

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 的事是屬於個人隱私，只有 CalOptima Health 在管理 Medi-Cal 或 OneCare 計劃所需時才可以披露，除非其他揭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被任命的人員必須是會員，因此會員的 Medi-Cal 資格將向公眾揭露。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諮詢委員會成員。

- MEDI-CAL** 受益人或授權家庭成員申請人
- ONECARE** 會員或授權家庭會員申請人

我明白，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)
使用和揭露的授權

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揭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揭露的健康信息（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：普通大眾

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。

撤銷權：我明白我有權隨時以書面撤銷此授權。要撤銷此授權，我明白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

我明白撤銷不會影響 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：

我明白，因我簽署本授權書而使用或揭露的某些資訊（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揭露。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：

- 我明白我必須收到此授權書的副本。
- 我明白我可能會收到額外的授權副本。
- 我明白我可以拒絕簽署此授權書。
- 我明白我可以隨時撤回此授權。
- 我明白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，請致電 **1-714-347-5785**