



CalOptima Health

CalOptima Health به دنبال کاندیداهایی برای شرکت در کمیته مشورتی اعضا خود است

هیئت مدیره CalOptima Health از نظرات و توصیه های جامعه در مورد مسائل مربوط به برنامه های CalOptima Health استقبال می کند. به همین دلیل، هیئت مدیره CalOptima Health اعضا و حامیان جامعه را تشویق می کند تا از طریق یک گروه مشورتی به نام کمیته مشورتی اعضا (Member Advisory Committee ، MAC) مشارکت نمایند.

MAC به هیئت مدیره و کارکنان CalOptima Health مشاوره می دهد. این کمیته دارای 17 عضو است که نماینده حوزه های مختلف انتخابیه CalOptima Health هستند. وظیفه کمیته عبارت است از:

- ارائه مشاوره و توصیه به هیئت مدیره CalOptima Health در مورد مسائل مربوط به برنامه های CalOptima Health
- طبق دستورات هیئت مدیره CalOptima Health
- مشارکت در مطالعه، تحقیق و تجزیه و تحلیل موضوعاتی که توسط هیئت مدیره تعیین شده یا توسط کمیته ایجاد شده است.
- به عنوان رابط بین طرف های ذینفع و هیئت مدیره خدمت می کنند.
- به هیئت مدیره در کسب نظر عمومی در مورد مسائل مربوط به برنامه های CalOptima Health کمک کنید.
- توصیه هایی را در مورد موضوعات مورد مطالعه به هیئت مدیره CalOptima Health برای تأیید و بررسی آنها ارائه می دهند.
- تسهیل ارتباط با جامعه برای CalOptima Health و هیئت مدیره

در حال حاضر CalOptima Health به دنبال نامزدهایی برای شرکت در MAC است. کرسی های زیر برای اعضای واجد شرایط OneCare موجود است:

- عضو **Medi-Cal** یا عضو مورد تأیید خانواده
- عضو **OneCare** یا عضو مورد تأیید خانواده

اعضای هیئت مدیره **Medi-Cal** و **OneCare** واجد شرایط دریافت کمک هزینه \$50 به ازای هر جلسه و **بازپرداخت مسافت بیموده شده** برای شرکت در هر جلسه هستند.

این کمیته افراد علاقه مند با دانش و پشتیبانی **Medi-Cal** و **Medicare** را تشویق می کند که درخواست دهند. برای درخواست یا نامزد کردن فردی برای کمیته مشورتی اعضا، لطفاً درخواست نامزدی برای این موقعیت پیوست شده را همراه با بیوگرافی یا رزومه پست، فکس یا ایمیل کنید:

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

فکس: **714-571-2479** یا ایمیل: csimmons@caloptima.org

اگر هرگونه پرسشی دارید، لطفاً با شماره **714-347-5785** تماس بگیرید.



کمیته مشورتی اعضا
فرم عضویت

دستورالعمل: لطفاً به تمام سوالات پاسخ دهید. می‌توانید پاسخ‌های خود را بنویسید یا تایپ کنید. اگر سوالی در مورد برنامه دارید، با شماره 1-714-347-5785 تماس بگیرید.

نام: _____ تلفن: _____
آدرس: _____ تلفن همراه: _____
شهر، ایالت، کدپستی: _____ فکس: _____
ایمیل: _____

بدینوسیله درخواست خود را برای کرسی کمیته مشورتی اعضا (Member Advisory Committee, MAC) برای یک دوره تا سال 2028 ارسال می‌کنم و مطلع هستم که اگر برای یکی از کرسی‌های زیر انتخاب شوم، برای هر جلسه که در این کمیته شرکت می‌کنم، 50 دلار کمک هزینه دریافت می‌کنم:

- عضو ذینفع Medi-Cal یا نماینده مجاز اعضای خانواده (مدت تا سال 2028)
 نماینده عضو OneCare یا نماینده مجاز اعضای خانواده (تا سال 2028)

موقعیت فعلی (به عنوان مثال، عنوان، دانشجو، داوطلب، بازنشسته و غیره): _____

1a. تجربه مستقیم یا غیرمستقیم شما از کار با جامعه CalOptima Health که می‌خواهید در MAC نماینده آنها باشید چیست؟

1b. هر گونه تجربه مرتبط با جامعه را درج کنید.

2a. درک و آشنایی شما با جوامع متنوع فرهنگی و/یا نیازهای ویژه در اورنج کانتی چیست؟

2b. تجربیات مرتبط با کار با جوامع مختلف را درج نمایید.

3. درک فعلی شما از سیستم های مراقبت مدیریت شده و/یا CalOptima Health چیست؟

4a. لطفاً توضیح دهید که چرا می خواهید در CalOptima Health MAC خدمت کنید.

4b. لطفاً توضیح دهید که چرا شما یک نماینده واجد شرایط برای خدمت در MAC هستید.

5. لطفاً مشخص کنید که کدام یک از زبان های آستانه CalOptima Health را روان صحبت می کنید:

انگلیسی اسپانیایی ویتنامی فارسی کره ای چینی عربی

6. در صورت انتخاب، آیا می توانید به شرکت در یک جلسه ماهانه MAC و همچنین خدمت در حداقل یک کمیته فرعی متعهد شوید؟

بله خیر

7. مراجع (حرفه ای، اجتماعی یا شخصی):

نام:	_____	نام:	_____
ارتباط:	_____	ارتباط:	_____
آدرس:	_____	آدرس:	_____
شهر، ایالت، کدپستی:	_____	شهر، ایالت، کدپستی:	_____
تلفن:	_____	تلفن:	_____
ایمیل:	_____	ایمیل:	_____

آیا موافقت می کنید که در طول خدمت خود در MAC از همه اعضای و/یا ارائه دهندگان CalOptima Health حمایت کنید؟
 بله خیر

در صورت انتخاب به عنوان نماینده در MAC، آیا موافقت می کنید که دوره های انطباق سالانه مورد نیاز را در بازه زمانی تعیین شده تکمیل کنید؟
 بله خیر

اعلان اقدام سوابق عمومی

طبق قانون کالیفرنیا، این فرم، اطلاعات موجود در آن و هر گونه اطلاعات دیگری که همراه با آن ارسال می شود، مانند خلاصه زندگی نامه و رزومه، به استثنای آدرس، آدرس ایمیل و شماره تلفن شما، و اطلاعات مشابه هر کدام از مراجع ارائه شده، به عنوان سوابق عمومی شناخته خواهد شد. این اسناد ممکن است برای بررسی در یک جلسه عمومی به هیئت مدیره ارائه شود، در آن زمان پس از حذف اطلاعات تماس، به عنوان بخشی از منابع هیئت مدیره که در وب سایت CalOptima Health در دسترس است، منتشر می شود، و حتی اگر به هیئت مدیره ارائه نشده باشد، در صورت درخواست در دسترس عموم قرار خواهد گرفت.

تاریخ

امضا

معافیت محدود حریم خصوصی

بر اساس قوانین ایالتی و فدرال، این مساله که یک فرد واجد شرایط Medi-Cal یا OneCare است یک موضوع خصوصی است که ممکن است فقط توسط CalOptima Health در صورت لزوم برای اجرای برنامه‌های Medi-Cal یا OneCare افشا شود، مگر اینکه افشای موارد دیگری توسط عضو واجد شرایط مجاز شمرده شود. از آنجایی که موقعیت نماینده مصرف کننده در کمیته مشورتی اعضا ایجاب می کند که فرد منصوب شده باید عضو طرح باشد، واجد شرایط بودن Medi-Cal عضو برای عموم مردم فاش می شود. عضو باید کادر زیر را علامت زده و این معافیت را امضا کند تا نام او بتواند نامزد کرسی کمیته مشورتی شود.

- عضو ذینفع Medi-Cal یا نماینده مجاز اعضای خانواده
- عضو ذینفع ONECARE یا نماینده مجاز اعضای خانواده

من درک می کنم که با امضای زیر و درخواست برای خدمت در MAC، واجد شرایط بودن خود را برای برنامه های Medi-Cal و OneCare که در غیر این صورت تحت قوانین ایالتی یا فدرال محافظت می شود، اعلام می کنم. من با افشای اطلاعات دیگری که توسط قوانین ایالتی یا فدرال محافظت می شود موافقت نمی کنم.

عضو (نام خود را درج کنید)

تاریخ

عضو (امضا)

مجوز برای استفاده و افشای
اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PROTECTED HEALTH INFORMATION، PHI)

مقررات فدرال حفظ حریم خصوصی HIPAA از شما می‌خواهد که این فرم را تکمیل کنید تا به CalOptima Health اجازه دهید تا از اطلاعات بهداشتی محافظت‌شده شما (PHI) استفاده کند یا آنها را به شخص یا سازمان دیگری فاش کند. لطفاً فرم را تکمیل، امضا کرده و به CalOptima Health برگردانید.

تاریخ درخواست: _____ تلفن: _____
نام عضو: _____ شماره عضویت یا CIN عضو: _____

مجوز:

من، _____، بدینوسیله به CalOptima Health اجازه می‌دهم تا اطلاعات بهداشتی من را همانطور که در زیر توضیح داده شده است استفاده یا افشا کند.

اطلاعات بهداشتی که تحت این مجوز استفاده یا افشا خواهد شد را شرح دهید (لطفاً با جزئیات مشخص کنید):

وضعیت ذینفع Medi-Cal یا OneCare و هر اطلاعاتی که عضو انتخاب می‌کند که در رابطه با درخواست خود برای عضویت در کمیته مشاوره اعضای CalOptima Health (MAC) افشا کند.

شخص یا سازمان مجاز به دریافت اطلاعات بهداشتی: عموم جامعه

تمام اهداف استفاده یا افشای درخواستی را شرح دهید (لطفاً با جزئیات مشخص کنید): برای مجاز شمرده شدن برای خدمت به عنوان نماینده ذینفع در کمیته مشورتی اعضای CalOptima Health (MAC).

تاریخ انقضا:

این مجوز بلافاصله لازم الاجرا می‌شود و در تاریخ زیر منقضی می‌شود: پایان دوره موقعیت درخواستی.

حق ابطال: من می‌دانم که حق دارم این مجوز را در هر زمان به صورت کتبی لغو کنم. برای لغو این مجوز، می‌دانم که باید درخواست خود را به صورت کتبی ارائه کنم و به وضوح اعلام کنم که این مجوز خاص را لغو می‌کنم. علاوه بر این، من باید درخواست خود را امضا کنم و سپس درخواست خود را به آدرس زیر پست کنم یا تحویل دهم:

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

من می‌دانم که لغو این مجوز بر توانایی CalOptima Health یا هر ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی برای استفاده یا افشای اطلاعات بهداشتی تا حدی که بر اساس این مجوز عمل کرده باشند، تأثیری نخواهد داشت.

** لغو این مجوز بلافاصله به عضویت در MAC خاتمه می‌دهد.

من می دانم که برخی از اطلاعات (مانند نام ذینفع وضعیت Medi-Cal یا OneCare) که در نتیجه امضای این مجوز توسط من استفاده یا افشا شده است، ممکن است مطابق با قانون سوابق عمومی کالیفرنیا همچنان استفاده یا افشا شود. اطلاعات منع شده از قانون سوابق عمومی (Public Records Act) که توسط CalOptima Health نگهداری می شود استفاده یا افشا نمی شوند مگر اینکه مجوز دیگری از من گرفته شود یا اینکه چنین استفاده یا افشایی به طور خاص توسط قانون مجاز یا الزامی باشد.

حقوق اعضا:

- می دانم که باید یک کپی از این مجوز دریافت کنم.
- می دانم که ممکن است نسخه های دیگری از مجوز دریافت کنم.
- می دانم که می توانم از امضای این مجوز امتناع کنم.
- من درک می کنم که میتوانم در هر زمان این مجوز را لغو کنم.
- من درک می کنم که نه درمان و نه پرداخت هزینه درمانی من به امتناع یا موافقت من با امضای این مجوز بستگی ندارد.

امضا:

با امضای زیر، دریافت یک کپی از این مجوز را تایید می کنم.

امضای عضو: _____ تاریخ: _____

درخواست تکمیل شده، بیوگرافی یا رزومه خود و فرم های مجوز امضا شده را به آدرس زیر ارسال کنید:

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

شماره تلفن پاسخگویی به سوالات 1-714-347-5785