



CalOptima Health Tìm Ứng Viên Tham Gia vào Ủy Ban Cố Vấn Thành Viên

Hội đồng Quản trị của CalOptima Health hoan nghênh ý kiến đóng góp và đề xuất từ cộng đồng về những vấn đề liên quan đến các chương trình của CalOptima Health. Vì lý do này, Hội đồng Quản trị của CalOptima Health khuyến khích các thành viên và những người đại diện trong cộng đồng tham gia đóng góp ý kiến thông qua một nhóm cố vấn được gọi là **Ủy Ban Cố Vấn Thành Viên (Member Advisory Committee, MAC)**.

Ủy Ban Cố Vấn Thành Viên tư vấn cho Hội đồng Quản trị và nhân viên của CalOptima Health. Ủy ban có 17 thành viên đại diện cho những địa hạt khác nhau mà CalOptima Health đang phục vụ. Trách nhiệm của ủy ban là:

- Đưa ra lời khuyên và đề xuất cho Hội đồng Quản trị của CalOptima Health về những vấn đề liên quan đến các chương trình của CalOptima Health theo sự hướng dẫn của Hội đồng Quản trị của CalOptima Health
- Tham gia tìm hiểu, nghiên cứu và phân tích những vấn đề do Hội đồng Quản trị chỉ định hoặc ủy ban đưa ra.
- Đóng vai trò là cầu nối giữa các bên có liên quan và Hội đồng Quản trị.
- Hỗ trợ Hội đồng Quản trị thu thập ý kiến của cộng đồng về những vấn đề liên quan đến các chương trình của CalOptima Health.
- Đưa ra những đề xuất về các vấn đề cần nghiên cứu lên Hội đồng Quản trị của CalOptima Health để Hội đồng chấp thuận và xem xét.
- Hỗ trợ CalOptima Health và Hội đồng Quản trị tiếp cận với cộng đồng

Tại thời điểm này, CalOptima Health đang tìm kiếm các ứng viên để tham gia vào Ủy Ban Cố Vấn Thành Viên. Những thành viên hội đủ điều kiện của OneCare có thể ứng cử vào những vị trí sau đây:

- **Người Thụ Hưởng Medi-Cal hoặc Thành Viên Gia Đình Được Ủy Quyền**
- **Thành Viên OneCare hoặc Thành Viên Gia Đình Được Ủy Quyền**

Các Thành viên Medi-Cal và Thành viên OneCare được Hội đồng Quản trị chỉ định có thể nhận được khoản tiền hỗ trợ \$50 và tiền hỗ trợ việc đi lại cho mỗi buổi họp mà họ đến tham dự.

Ủy ban khuyến khích những cá nhân quan tâm, có kiến thức và ủng hộ chương trình Medi-Cal và Medicare nộp đơn cho những vị trí này. Để ghi danh hoặc đề cử một cá nhân vào Ủy Ban Cố Vấn Thành Viên, xin gửi qua đường bưu điện, fax hoặc email mẫu đơn dành cho ứng viên cùng với **bản lý lịch hoặc bản tóm tắt hồ sơ cá nhân** đến:

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

Fax: **714-571-2479** hoặc gửi email đến: csimmons@caloptima.org

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, xin gọi số **714-347-5785**.



**Đơn ghi danh làm Thành viên
ỦY BAN CỐ VẤN THÀNH VIÊN**

Hướng dẫn: Vui lòng trả lời tất cả các câu hỏi. Quý vị có thể viết hoặc đánh máy câu trả lời của mình. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào liên quan đến đơn ghi danh này, xin gọi số 1-714-347-5785.

Tên: _____ Số điện thoại: _____
Địa chỉ: _____ Số di động: _____
Thành phố, Tiểu bang, Mã số vùng: _____ Số fax: _____
Email: _____

Tôi muốn nộp đơn ghi danh cho vị trí sau đây trong Ủy Ban Cố Vấn Thành Viên (Member Advisory Committee, MAC) với nhiệm kỳ đến năm 2028 hiểu rằng tôi sẽ được trả khoản tiền hỗ trợ \$50 cho mỗi buổi họp mà tôi tham dự nếu tôi được chọn vào một trong các vị trí sau đây:

Người thụ hưởng Medi-Cal hoặc đại diện thành viên gia đình được ủy quyền (nhiệm kỳ đến hết năm 2028)

Đại diện thành viên OneCare hoặc thành viên gia đình được ủy quyền (nhiệm kỳ đến hết năm 2028)

Vị trí hiện tại (thí dụ: chức danh, sinh viên, tình nguyện viên, đã nghỉ hưu, v.v...): _____

1a. Kinh nghiệm làm việc trực tiếp hoặc gián tiếp với thành viên CalOptima Health mà quý vị muốn đóng góp khi tham gia vào Ủy Ban Cố Vấn Thành Viên là gì?

1b. Xin liệt kê bất kỳ kinh nghiệm cộng đồng nào có liên quan.

2a. Quý vị hiểu và quen thuộc như thế nào với nền văn hóa đa dạng và/hoặc các nhóm dân cư có nhu cầu đặc biệt ở Quận Cam?

2b. Xin liệt kê kinh nghiệm làm việc với các nhóm dân cư đa dạng.

3. Hiện tại quý vị hiểu như thế nào về các hệ thống chăm sóc được quản lý và/hoặc CalOptima Health?

4a. Xin giải thích lý do tại sao quý vị muốn phục vụ trong Ủy Ban Cố Vấn Thành Viên của CalOptima Health.

4b. Xin giải thích lý do vì sao quý vị là người đại diện đủ tiêu chuẩn để phục vụ trong Ủy Ban Cố Vấn Thành Viên.

5. Xin nêu rõ quý vị nói thông thạo ngôn ngữ nào trong số các ngôn ngữ chính của CalOptima Health sau đây:

Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Việt Tiếng Trung Đông Tiếng Hàn Quốc
 Tiếng Trung Quốc Tiếng Ả Rập

6. Nếu được chọn, quý vị có thể cam kết tham dự cuộc họp Ủy Ban Cố Vấn Thành Viên hàng tháng cũng như phục vụ trong ít nhất một tiểu ban không? Có Không

7. Người đề tham khảo (công việc, cộng đồng hoặc cá nhân):

Tên: _____ Tên: _____

Mối quan hệ: _____ Mối quan hệ: _____

Địa chỉ: _____ Địa chỉ: _____

Thành phố, Tiểu bang, Mã số vùng: _____ Thành phố, Tiểu bang, Mã số vùng: _____

Số điện thoại: _____ Số điện thoại: _____

Email: _____ Email: _____

Quý vị có đồng ý rằng trong quá trình quý vị phục vụ trong Ủy Ban Cố Vấn Thành Viên, quý vị sẽ đại diện cho tất cả các thành viên và/hoặc nhà cung cấp dịch vụ của CalOptima Health không? Có Không

Nếu được chọn làm người đại diện trong Ủy Ban Cố Vấn Thành Viên, quý vị có đồng ý rằng quý vị sẽ hoàn thành các khóa học bắt buộc hàng năm về việc tuân thủ trong khung thời gian được chỉ định không?

Có Không

THÔNG BÁO VỀ ĐẠO LUẬT HỒ SƠ CÔNG KHAI

Theo luật California, mẫu đơn này, thông tin chứa trong mẫu đơn và bất kỳ thông tin nào khác được gửi cùng với mẫu đơn, chẳng hạn như tóm tắt tiểu sử và sơ yếu lý lịch, là hồ sơ công khai, ngoại trừ địa chỉ, địa chỉ email và số điện thoại của quý vị, cũng như thông tin tương tự của bất kỳ người đề tham khảo nào được cung cấp. Những tài liệu này có thể được trình lên Hội Đồng Quản Trị để họ xem xét tại một cuộc họp công khai, vào lúc đó những tài liệu này sẽ được công bố, với thông tin liên lạc được xóa đi, như một phần tài liệu của hội đồng có sẵn trên trang mạng của CalOptima Health và, ngay cả khi không được trình bày trước Hội Đồng, sẽ được cung cấp theo yêu cầu của công chúng.

Chữ Ký

Ngày

TỪ BỎ QUYỀN RIÊNG TƯ CÓ GIỚI HẠN

Theo luật tiểu bang và liên bang, việc một người hội đủ điều kiện để nhận Medi-Cal hoặc OneCare là vấn đề riêng tư mà CalOptima Health chỉ có thể tiết lộ khi cần thiết để quản lý các chương trình Medi-Cal hoặc OneCare, trừ khi thành viên hội đủ điều kiện cho phép thực hiện những việc tiết lộ khác. Vì vị trí Người Đại Diện cho Người Tiêu Dùng trong Ủy Ban Cố Vấn Thành Viên yêu cầu người được bổ nhiệm phải là thành viên nên sự hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal của thành viên đó sẽ được chia sẻ với công chúng. Thành viên nên đánh dấu vào ô bên dưới và ký vào giấy từ bỏ này để cho phép đề cử tên của mình vào ủy ban cố vấn.

- NGƯỜI THỤ HƯỞNG MEDI-CAL HOẶC NGƯỜI GHI DANH LÀ THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH ĐƯỢC ỦY QUYỀN**
- THÀNH VIÊN ONECARE HOẶC NGƯỜI GHI DANH LÀ THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH ĐƯỢC ỦY QUYỀN**

Tôi hiểu rằng bằng việc ký tên bên dưới và ghi danh phục vụ trong Ủy Ban Cố Vấn Thành Viên, tôi đang tiết lộ sự hội đủ điều kiện để nhận các chương trình Medi-Cal và OneCare của mình, dù thực tế là thông tin này được bảo vệ theo luật tiểu bang hoặc liên bang. Tôi không đồng ý tiết lộ bất kỳ thông tin nào khác được luật pháp của tiểu bang hoặc liên bang bảo vệ.

Thành Viên (Tên Viết In Hoa)

Thành Viên (Chữ Ký)

Ngày

**CHO PHÉP SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ
THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC GIỮ KÍN (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI)**

Quy Định về Quyền Riêng Tư theo Đạo Luật Về Trách Nhiệm Giải Trình Và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) của Liên Bang yêu cầu quý vị phải điền vào mẫu đơn này để ủy quyền cho CalOptima Health sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe được giữ kín (PHI) của quý vị cho một người hoặc một tổ chức khác. Xin điền, ký tên và gửi lại mẫu đơn cho CalOptima Health.

Ngày Yêu Cầu: _____ Số Điện Thoại: _____

Tên Thành Viên: _____ Số CIN của Thành Viên: _____

CHO PHÉP:

Theo đây, tôi, _____, cho phép CalOptima Health sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi như được mô tả dưới đây.

Xin mô tả thông tin sức khỏe sẽ được sử dụng hoặc tiết lộ theo giấy cho phép này (vui lòng nêu cụ thể): **Tình trạng của người thụ hưởng Medi-Cal hoặc OneCare và bất kỳ thông tin nào mà thành viên chọn tiết lộ liên quan đến đơn ghi danh để được chỉ định vào Ủy Ban Cố Vấn Thành Viên (MAC) của CalOptima Health**

Người hoặc tổ chức được cho phép nhận thông tin về sức khỏe: **Công chúng**

Mô tả từng mục đích sử dụng hoặc tiết lộ được yêu cầu (vui lòng nêu cụ thể): **Cho phép phục vụ với tư cách là đại diện người thụ hưởng trong Ủy Ban Cố Vấn Thành Viên (MAC) của CalOptima Health.**

NGÀY HẾT HẠN:

Giấy cho phép này sẽ có hiệu lực ngay lập tức và sẽ hết hạn vào: **Kết thúc nhiệm kỳ của vị trí nộp đơn xin ghi danh.**

Quyền Thu Hồi: Tôi hiểu rằng mình có quyền thu hồi việc cho phép này bằng văn bản vào bất kỳ thời điểm nào. Để thu hồi việc cho phép này, tôi hiểu rằng mình phải đưa ra yêu cầu bằng văn bản và tuyên bố rõ ràng rằng tôi sẽ thu hồi việc cho phép cụ thể này. Ngoài ra, tôi phải ký tên vào yêu cầu của mình và gửi qua đường bưu điện hoặc chuyển yêu cầu của tôi đến:

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

Tôi hiểu rằng việc thu hồi này sẽ không ảnh hưởng đến khả năng CalOptima Health hoặc bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe trong phạm vi mà họ đã thực hiện dựa trên sự cho phép này.

**** Việc thu hồi sự cho phép này sẽ ngay lập tức chấm dứt sự tham gia vào Ủy Ban Cố Vấn Thành Viên.**

HẠN CHẾ:

Tôi hiểu rằng một số thông tin nhất định (thí dụ như tình trạng và tên của người thụ hưởng Medi-Cal hoặc OneCare) được sử dụng hoặc tiết lộ do tôi ký vào đơn cho phép này có thể tiếp tục được sử dụng hoặc tiết lộ theo Đạo Luật Hồ Sơ Công Khai của California. Thông tin được loại trừ trong Đạo Luật Hồ Sơ Công Khai do CalOptima Health lưu giữ sẽ không được sử dụng hoặc tiết lộ trừ khi tôi ký một mẫu đơn cho phép khác hoặc trừ khi việc sử dụng hoặc tiết lộ đó được pháp luật cho phép hoặc yêu cầu cụ thể.

QUYỀN CỦA THÀNH VIÊN:

- Tôi hiểu rằng mình phải nhận được bản sao của mẫu đơn cho phép này.
- Tôi hiểu rằng mình có thể nhận thêm các bản sao của mẫu đơn cho phép này.
- Tôi hiểu rằng mình có thể từ chối ký vào mẫu đơn cho phép này.
- Tôi hiểu rằng mình có thể rút lại mẫu đơn cho phép này vào bất kỳ thời điểm nào.
- Tôi hiểu rằng việc điều trị và thanh toán sẽ không phụ thuộc vào việc tôi từ chối hay đồng ý ký vào mẫu đơn cho phép này.

CHỮ KÝ:

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi xác nhận đã nhận được một bản sao của mẫu đơn cho phép này.

Chữ Ký của Thành Viên: _____ Ngày: _____

Xin nộp đơn ghi danh đã điền đầy đủ, tiểu sử hoặc sơ yếu lý lịch của quý vị, và các mẫu đơn cho phép đã ký tên đến:

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

Để được giải đáp các thắc mắc, xin gọi số **1-714-347-5785**