

تبحث CalOptima Health عن مرشحين للجنة الاستشارية للأسرة لنموذج الطفل الشامل

تم إعداد نموذج الطفل الشامل (Whole-Child Model, WCM) لجلب الخدمات التي تغطيها خدمات أطفال كاليفورنيا (California Children's Services, CCS) للأطفال والشباب المؤهلين لـ Medi-Cal إلى مزاي خطة الرعاية المُدارة في عام 2018. يتطلب توفير نموذج الطفل الشامل أن تقوم الخطة الصحية بإنشاء لجنة استشارية للأسرة.

يرحب مجلس إدارة CalOptima Health بالمدخلات والتوصيات المقدمة من الأعضاء والمجتمع فيما يتعلق ببرامج CalOptima Health. وكجزء من ذلك، تشجع CalOptima Health الأعضاء والمدافعين عن المجتمع على المشاركة في اللجنة الاستشارية للأسرة لنموذج الطفل الشامل (Whole-Child Model Family Advisory Committee, WCM FAC).

تتكون WCM FAC من أعضاء، وعائلات الأعضاء الذين يتلقون خدمات CCS والمدافعين عن المجتمع الذين يخدمونهم. تقدم WCM FAC تقاريرها إلى مجلس الإدارة ويُطلب منها:

- تقديم المشورة والتوصيات إلى مجلس الإدارة والموظفين بشأن القضايا المتعلقة بنموذج الطفل الشامل الخاص بـ CalOptima Health وفقاً لتوجيهات مجلس الإدارة وكما يسمح به القانون المعمول به
- دراسة، وبحث وتحليل القضايا التي يعينها مجلس الإدارة أو التي ينشئها الموظفون أو WCM FAC
- المساعدة في الاتصالات بين الأطراف المعنية ومجلس الإدارة، ومساعدة مجلس الإدارة والموظفين في الحصول على الرأي العام حول القضايا المتعلقة بنموذج الطفل الشامل الخاص بـ CalOptima Health
- تقديم توصيات بشأن القضايا إلى مجلس الإدارة للنظر فيها، والموافقة عليها، بالإضافة إلى المساعدة في التواصل المجتمعي مع نموذج الطفل الشامل التابع لـ CalOptima Health ومجلس الإدارة.

تبحث CalOptima Health حالياً عن مرشحين للعمل كأفراد عائلة مفوضين في WCM FAC. سيتم دفع منحة قدرها \$50 لكل اجتماع يتم حضوره. المقاعد التالية متوفرة:

- أربعة (4) مقاعد لأفراد العائلة المفوضين تبدأ من 1 يوليو 2025 وتستمر حتى 30 يونيو 2027.
- مقعد واحد لأحد أفراد العائلة المفوضين لشغل المقعد بالفترة الحالية حتى 30 يونيو 2026.

يجب أن يكون المتقدمون واحداً مما يلي:

- ممثل مفوض- بما في ذلك أحد الوالدين، والوالد بالتبني ومقدم الرعاية -لعضو CalOptima Health الذي يتلقى خدمات CCS
- عضو حالي في CalOptima Health يتراوح عمره بين 18 و 21 عاماً ويتلقى خدمات CCS
- عضو حالي في CalOptima Health يزيد عمره عن 21 عاماً وكان يتلقى خدمات CCS الى ان تجاوز حد العمر

يجب على الأفراد المهتمين الذين لديهم معرفة أو خبرة في CCS إرسال طلب مكتمل، وسيرة ذاتية أو خلاصة، ونماذج الإفصاح في أقرب وقت ممكن. سيبقى التوظيف مفتوحاً حتى اكتمال المقاعد. يرجى إرسال المستندات إلى:

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

أو إرسالها عبر الفاكس إلى 714-571-2479 أو البريد الإلكتروني csimmons@caloptima.org

للسئلة، يرجى الاتصال بالرقم 714-347-5785.

اللجنة الاستشارية للأسرة لنموذج الطفل الشامل تقديم الأعضاء

التعليمات: يرجى الكتابة أو الطباعة بشكل واضح. هذا التطبيق مخصص لأعضاء خدمات أطفال كاليفورنيا (California Children's Services, CCS) الحاليين وأفراد أسرهم. يرجى إرفاق خلاصة أو سيرة ذاتية تتضمن مؤهلاتك وتضمن نماذج تفويض موقعة. للأسئلة، يرجى الاتصال بالرقم 714-347-5785.

الاسم: _____ رقم الهاتف: _____
العنوان: _____ النقال: _____
المدينة، الولاية، الرمز البريدي: _____ الفاكس: _____
البريد الإلكتروني: _____
يرجى الاطلاع على معايير الأهلية أدناه*:

- الممثلون المعتمدون، بما في ذلك الآباء والأمهات بالتبني ومقدمو الرعاية، لعضو CalOptima Health الذي يتلقى حاليًا خدمات CCS؛
- أعضاء CalOptima Health الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و 21 عامًا والذين يتلقون حاليًا خدمات CCS؛
- أعضاء CalOptima Health الحاليين الذين تزيد أعمارهم عن 21 عامًا والذين تلقوا خدمات CCS قبل التقدم في السن

تتوفر خمسة مقاعد مع فترة تبدأ من 1 يوليو 2025 حتى 30 يونيو 2027. ويتوفر مقعد واحد للوفاء بالفترة الحالية حتى 30 يونيو 2026.

* يجب على المرشحين المهتمين لعضوية اللجنة الاستشارية للأسرة لنموذج الطفل الشامل (Whole-Child Model Family Advisory Committee, WCM FAC) أو مقاعد أفراد الأسرة أن يقيموا في مقاطعة أورانج وأن يكونوا مسجلين في CalOptima Health Medi-Cal أو CCS/WCM أو يجب أن يكونوا أحد أفراد عائلة أحد المسجلين في CalOptima Health Medi-Cal وعضو CCS/WCM. مقعد العضو مؤهل للحصول على راتب قدره \$50 لكل اجتماع وعدد أميال ذهابًا وإيابًا للمشاركة الشخصية.

حالة CalOptima Health Medi-Cal/CCS (على سبيل المثال، عضو، فرد من العائلة، أحد الوالدين بالتبني، مقدم الرعاية، وما إلى ذلك):

إذا كنت أحد أفراد الأسرة/الوالد بالتبني/مقدم رعاية، فيرجى إخبارنا من هو العضو وما هي علاقتك بالعضو:

اسم العضو: _____ العلاقة: _____

من فضلك أخبرنا ما إذا كنت عضوًا في CalOptima Health (أي Medi-Cal) أو لديك أي خبرة في مجال الدفاع عن المستهلك: _____

يرجى توضيح سبب كونك ممثلاً جيداً للاحتياجات الثقافية و/أو الخاصة المتنوعة للأطفال و/أو أسر الأطفال في CCS. قم بتضمين أي خبرة ذات صلة بالعمل مع هؤلاء القطاع من السكان:

يرجى تقديم وصف موجز لمعرفتك أو خبرتك في CCS:

يرجى توضيح سبب رغبتك في العمل في WCM FAC:

قم بوصف سبب كونك ممثلاً مؤهلاً للخدمة في WCM FAC:

يرجى تحديد أي من اللغات الأساسية لدى CalOptima Health تتحدثها بطلاقة:

الإنجليزية الإسبانية الفيتنامية الفارسية الكورية الصينية العربية

إذا تم اختيارك، هل أنت قادر على الالتزام بحضور الاجتماعات الفصلية لـ WCM FAC، بالإضافة إلى العمل في لجنة فرعية واحدة على الأقل؟ نعم لا

هل توافق على أنك ستدافع بالنيابة عن جميع أعضاء و/أو مزودي رعاية CalOptima Health أثناء خدمتك في WCM FAC؟ نعم لا
إذا تم اختيارك كـ ممثّل في WCM FAC، فهل توافق على أنك ستكمل دورات الامتثال المطلوبة خلال الإطار الزمني المحدد؟ نعم لا

يتم تعيين جميع ممثلي اللجنة الاستشارية من قبل مجلس إدارة CalOptima Health ويخضعون لمدونة قواعد السلوك الخاصة بـ CalOptima Health

يرجى تقديم مرجعين (مهني أو مجتمعي أو شخصي):

الاسم: _____ الاسم: _____

العلاقة: _____ العلاقة: _____

العنوان: _____ العنوان: _____

المدينة، الولاية، الرمز البريدي: _____ المدينة، الولاية، الرمز البريدي: _____

الهاتف: _____ الهاتف: _____

عنوان البريد الإلكتروني: _____ عنوان البريد الإلكتروني: _____

يرجى التوقيع على إشعار قانون السجلات العامة أدناه والتنازل المحدود عن الخصوصية في الصفحة التالية. تحتاج أيضاً إلى التوقيع على النموذج المرفق للتفويض لاستخدام المعلومات الصحية المحمية أو الكشف عنها لتمكين CalOptima Health من التحقق من حالة العضو الحالية.

إشعار قانون السجلات العامة

بموجب قانون ولاية كاليفورنيا، يعد هذا النموذج والمعلومات التي يحتوي عليها وأي معلومات أخرى مقدمة معه، مثل ملخصات السيرة الذاتية والسير الذاتية، سجلات عامة، باستثناء عنوانك وعنوان بريدك الإلكتروني وأرقام هواتفك، ونفس المعلومات لأي مراجع مقدمة. قد يتم تقديم هذه المستندات إلى مجلس الإدارة للنظر فيها في اجتماع عام، وفي ذلك الوقت سيتم نشرها، مع إزالة معلومات الاتصال، كجزء من مواد مجلس الإدارة المتوفرة على الموقع الإلكتروني الخاص بـ CalOptima Health، وحتى لو لم يقدم إلى المجلس، وستكون متاحة عند الطلب لأفراد الجمهور.

التوقيع: _____ التاريخ: _____

اطبع الاسم: _____

التنازل المحدود عن الخصوصية

بموجب قانون الولاية والقانون الفيدرالي، فإن حقيقة أن الشخص مؤهل للحصول على خدمات Medi-Cal وخدمات الأطفال في كاليفورنيا (California Children's Services, CCS) هي مسألة خاصة لا يجوز الكشف عنها إلا بواسطة CalOptima Health عند الضرورة لإدارة برنامج Medi-Cal وCCS، ما لم يكن هناك أي سبب آخر يتم السماح بالإفصاحات من قبل العضو المؤهل. نظراً لأن منصب ممثل العضو في اللجنة الاستشارية للأسرة لنموذج الطفل الشامل (Whole-Child Model Family Advisory Committee, WCM FAC) يتطلب أن يكون الشخص المعين عضواً أو فرداً من عائلة عضو يتلقى CCS، فسيتم الكشف عن أهلية العضو لبرنامج Medi-Cal وCCS إلى عامة الناس. يجب على العضو أو ممثله (على سبيل المثال، الوالد، الوالد بالتبني، الوصي، وما إلى ذلك) تحديد المربع المناسب أدناه والتوقيع على هذا التنازل للسماح بترشيح اسمه أو اسم أحد أفراد أسرته أو مقدم الرعاية للجنة الاستشارية.

العضو مقدم الطلب — أدرك أنه من خلال التوقيع أدناه والتقدم للعمل في WCM FAC، فإنني أكشف عن أهليتي لبرنامج Medi-Cal وCCS، والتي تكون في الحقيقة محمية عدا ذلك بموجب قانون الولاية أو القانون الفيدرالي. لا أوافق على الكشف عن أي معلومات أخرى محمية بموجب قانون الولاية أو القانون الفيدرالي.

عضو العائلة مقدم طلب - أدرك أنه من خلال التقدم للعمل في WCM FAC، من المحتمل أن تصبح حالتي كفرد من عائلة شخص مؤهل للحصول على مزاي Medi-Cal وCCS عامة. أسمح بالكشف عن أهلية أحد أفراد عائلتي (أدخل اسم العضو: _____) لبرنامج Medi-Cal وCCS، والتي تكون في الحقيقة محمية عدا ذلك بموجب قانون الولاية أو القانون الفيدرالي. لا أوافق على الكشف عن أي معلومات أخرى محمية بموجب قانون الولاية أو القانون الفيدرالي.

عضو Medi-Cal/CCS (الاسم المطبوع): _____

الاسم المطبوع لمقدم الطلب: _____

توقيع مقدم الطلب: _____ التاريخ: _____

تصريح الاستخدام والكشف عن
المعلومات الصحية المحمية (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI)

تتطلب لوائح الخصوصية الفيدرالية الخاصة بقانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) إكمال هذا النموذج للسماح لـ CalOptima Health باستخدام معلوماتك الصحية المحمية (Protected Health Information, PHI) أو الكشف عنها لشخص أو مؤسسة أخرى. يرجى إكمال النموذج وتوقيعه وإعادته إلى CalOptima Health.

تاريخ الطلب: _____ رقم الهاتف: _____
اسم العضو: _____ رقم CIN للعضو: _____

تفويض:

أنا، _____، أفوض CalOptima Health، بموجب هذا، لاستخدام معلوماتي الصحية أو الكشف عنها كما هو موضح أدناه.

قم بوصف المعلومات الصحية التي سيتم استخدامها أو الكشف عنها بموجب هذا التفويض (يرجى التحديد): المعلومات المتعلقة بالهوية والأنشطة الإدارية للبرنامج و/أو الخدمات المقدمة إلى {my Child} {me} والتي يتم الكشف عنها رداً على إفصاحاتي و/أو الأسئلة المتعلقة بها.

الشخص أو المنظمة المخولة بتلقي المعلومات الصحية: عامّة الناس

قم بوصف كل غرض من أغراض الاستخدام أو الكشف المطلوب (يرجى التحديد): للسماح لموظفي CalOptima Health بالرد على الأسئلة أو المشكلات التي أثيرها والتي قد تتطلب الإشارة إلى معلوماتي الصحية المحمية من الكشف عنها بموجب القانون أثناء الاجتماعات العامة

للجنة الاستشارية للأسرة لنموذج الطفل الشامل في CalOptima Health

تاريخ النفاذ:

يصبح هذا التفويض ساري المفعول على الفور وينتهي في: انتهاء مدة الوظيفة المتقدم عليها.

الحق في الإلغاء: أدرك أن لدي الحق في إلغاء هذا التفويض كتابياً في أي وقت. لإلغاء هذا التفويض، أدرك أنه يجب علي تقديم طلب كتابياً والتوضيح بوضوح أنني ألغي هذا التفويض المحدد. بالإضافة إلى ذلك، يجب علي التوقيع على طلبي ثم إرسال طلبي بالبريد أو تسليمه إلى:

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

أدرك أن الإلغاء لن يؤثر على قدرة CalOptima Health أو أي مزود رعاية صحية على استخدام المعلومات الصحية أو الكشف عنها إلى الحد الذي تصرف فيه بالاعتماد على هذا التفويض.

تقييدات:

أدرك أن أي شيء يحدث في سياق اجتماع عام، بما في ذلك اجتماعات اللجنة الاستشارية للأسرة لنموذج للطفل الشامل، هو أمر يتعلق بالسجل العام ويجب الكشف عنه عند الطلب بموجب قانون السجلات العامة في كاليفورنيا. تظل المعلومات المتعلقة ذات الصلة بالمعلومات التي تم

الكشف عنها بموجب هذا التفويض والتي لم يتم الكشف عنها في الاجتماع العام محمية من الكشف بموجب HIPAA ولن يتم الكشف عنها بواسطة CalOptima Health دون تصريح منفصل، ما لم يسمح بالإفصاح بواسطة HIPAA بدون تصريح أو مطلوبة بموجب القانون.

حقوق العضو:

- أدرك أنه يجب ان أحصل على نسخة من هذا التفويض.
- أدرك أنني قد أتلقى نسخًا إضافية من التفويض.
- أدرك أنني قد أرفض التوقيع على هذا التفويض.
- أدرك أنه يجوز لي سحب هذا التفويض في أي وقت.
- أدرك أنه لن يعتمد العلاج أو الدفع على رفضي أو موافقتي على التوقيع على هذا التفويض.

التوقيع:

بالتوقيع أدناه، أقر بتلقي نسخة من هذا التفويض.

توقيع العضو: _____ التاريخ: _____

توقيع ولي الأمر أو الوصي القانوني: _____ التاريخ: _____

إذا كان الممثل المعتمد:

اسم الممثل الشخصي: _____

العلاقة القانونية بالعضو: _____

توقيع الممثل الشخصي: _____ التاريخ: _____

القاعدة للسلطة القانونية لتوقيع هذا التفويض من قبل ممثل شخصي

(إذا قام ممثل شخصي بتوقيع هذا النموذج نيابة عن العضو، نسخة من توكيل الرعاية الصحية، أو أمر من المحكمة (مثل التعيين كوصي، أو كمنفذ

أو مدير لتركة العضو المتوفى)، أو المستندات القانونية الأخرى التي تثبت سلطة الممثل الشخصي للتصرف نيابة عن الفرد يجب إرفاقها بهذا

(النموذج.)

أرسل الطلب المكتمل وسيرتك الذاتية أو ملخص سيرتك الذاتية ونماذج التفويض الموقعة إلى:

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

الهاتف: 714-347-5785 الفاكس: 714-571-2479 البريد الإلكتروني: csimmons@caloptima.org