



CalOptima Health busca candidatos para participar en su Comité asesor de miembros

La junta directiva de CalOptima Health aprecia las sugerencias y recomendaciones de la comunidad sobre asuntos relacionados con los programas de CalOptima Health. Por este motivo, la junta directiva de CalOptima Health invita a los miembros y defensores de la comunidad a participar a través de un grupo asesor llamado **Comité asesor de miembros (Member Advisory Committee, MAC)**.

El MAC asesora a la junta directiva y al personal de CalOptima Health. El comité está compuesto por 17 miembros que representan a los diversos beneficiarios que sirve CalOptima Health. La responsabilidad del comité es:

- Ofrecer consejos y recomendaciones a la junta directiva de CalOptima Health sobre asuntos relacionados con los programas de CalOptima Health, según lo indicado por la misma junta directiva.
- Participar en el estudio, investigación y análisis de los temas asignados por la junta directiva o sugeridos por el comité.
- Actuar como intermediario entre las partes interesadas y la junta directiva.
- Colaborar con la junta directiva para obtener la opinión pública sobre temas relacionados con los programas de CalOptima Health.
- Analizar temas importantes y proponer recomendaciones ante la junta directiva de CalOptima Health para su aprobación y consideración.
- Promover la participación comunitaria en nombre de CalOptima Health y la junta directiva.

En este momento, CalOptima Health busca candidatos para participar en el MAC. Los siguientes puestos están disponibles para los miembros elegibles de OneCare:

- **miembro de Medi-Cal o miembro familiar autorizado**
- **miembro de OneCare o miembro familiar autorizado**

Los miembros de Medi-Cal y OneCare designados por la junta directiva son elegibles para recibir una compensación de \$50 y el reembolso de millas por cada reunión a la que asistan.

El comité invita a las personas interesadas con conocimiento y apoyo de Medi-Cal o Medicare a presentar una solicitud. Para presentar una solicitud o nominar a alguien para el MAC, envíe por correo postal, fax o correo electrónico la solicitud adjunta del candidato con una biografía o currículum a:

CalOptima Health
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
Atención: Cheryl Simmons
Secretaria de la Junta Directiva

Por fax: **1-714-571-2479** o correo electrónico: csimmons@caloptima.org

Si tiene cualquier pregunta, llame al **1-714-347-5785**.



COMITÉ ASESOR DE MIEMBROS
Solicitud para miembros

Instrucciones: Conteste todas las preguntas. Puede escribir sus respuestas a máquina o con letra de molde legible. Si tiene alguna pregunta acerca de la solicitud, llame al 1-714-347-5785.

Nombre: _____ Teléfono principal: _____
Dirección: _____ Teléfono celular: _____
Ciudad, estado, código postal: _____ Fax: _____
Correo electrónico: _____

Por este conducto presento mi solicitud para ocupar el próximo puesto en el Comité asesor de miembros (Member Advisory Committee, MAC), para el periodo hasta 2028, y estoy consciente de que se me pagará una compensación de \$50 por cada reunión a la que asista si soy elegido para uno de los siguientes puestos:

- Beneficiario de Medi-Cal o representante familiar del miembro autorizado (periodo hasta 2028)**
- Representante del miembro de OneCare o familiar del miembro autorizado (periodo hasta 2028)**

Puesto actual (ejemplo: título, estudiante, voluntario, jubilado, etc.): _____

1a ¿Cuál es su experiencia directa o indirecta trabajando con la población de CalOptima Health a la que desea representar en el MAC?

1b. Incluya cualquier experiencia comunitaria pertinente.

2a ¿Cuál es su conocimiento y familiaridad con la diversidad cultural y/o la población con necesidades especiales en el condado de Orange?

2b. Mencione experiencia pertinente relacionada con su trabajo con distintas poblaciones.

3. ¿Cuál es su conocimiento actual de los sistemas de atención administrada y/o CalOptima Health?

4a. Explique por qué desea participar en el MAC de CalOptima Health.

4b. Explique por qué sería un representante calificado para participar en el MAC.

5. Señale cuáles de los idiomas principales de CalOptima Health habla con fluidez:

- inglés español vietnamita persa coreano chino árabe

6. En caso de ser seleccionado, ¿está dispuesto a comprometerse a asistir a las reuniones mensuales del MAC, así como formar parte de al menos un subcomité? Sí No

7. Proporcione referencias (profesional, comunitaria o personal):

Nombre: _____	Nombre: _____
Relación: _____	Relación: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad, estado, código postal: _____	Ciudad, estado, código postal: _____
Teléfono: _____	Teléfono: _____
Correo electrónico: _____	Correo electrónico: _____

¿Está dispuesto a comprometerse a actuar como defensor en nombre de todos los miembros y/o proveedores de CalOptima Health durante su participación en el MAC? Sí No

En caso de ser seleccionado como un representante del MAC, ¿está dispuesto a comprometerse a completar los cursos anuales de cumplimiento requeridos dentro del plazo previsto? Sí No

AVISO DE LA LEY DE REGISTROS PÚBLICOS

De conformidad con la ley de California, este formulario, la información que contiene y cualquier información adicional que se envíe con éste, como resúmenes biográficos y currículums, son registros públicos, con la excepción de su dirección, dirección de correo electrónico y números de teléfono, así como la misma información de las referencias proporcionadas. Estos documentos se pueden presentar ante la Junta Directiva para su consideración en una reunión pública, mismos que se publicarán en su momento y sin la información de contacto, como parte de los materiales de la Junta que están disponibles en sitio web de CalOptima Health, e, incluso, si no se presentan ante la Junta, estarán disponibles a petición para el público en general.

Firma

Fecha

EXENCIÓN DE PRIVACIDAD LIMITADA

Conforme a las leyes estatales y federales, el hecho de que una persona sea elegible para Medi-Cal o OneCare es un asunto privado que CalOptima Health solo puede divulgar, según sea necesario, para administrar los programas de Medi Cal o OneCare, a menos que el miembro elegible autorice otras divulgaciones. Debido a que el puesto de representante de miembros en el Comité asesor de miembros exige que la persona designada sea un miembro, la elegibilidad para Medi-Cal del miembro se divulgará al público en general. El miembro debe marcar la casilla correspondiente y firmar esta exención para permitir que su nombre sea nominado para el comité asesor.

- CANDIDATO BENEFICIARIO DE MEDI-CAL O FAMILIAR DEL MIEMBRO AUTORIZADO**
- CANDIDATO MIEMBRO DE ONECARE O FAMILIAR DEL MIEMBRO AUTORIZADO**

Entiendo que al firmar a continuación y solicitar participar en el MAC, divulgo mi elegibilidad para los programas Medi Cal y OneCare, información que, de otro modo, estaría protegida bajo las leyes estatales o federales. No estoy aceptando divulgar ninguna otra información protegida por estas la leyes.

Nombre del miembro (en letra de molde)

Firma del miembro

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)

Las regulaciones de privacidad federales de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) exigen que usted llene este formulario para autorizar que CalOptima Health use o divulgue su información de salud protegida (Protected Health Information, PHI) a otra persona u organización. Llene, firme y devuelva este formulario a CalOptima Health.

Fecha de la solicitud: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del miembro: _____ Número CIN del miembro: _____

AUTHORIZACIÓN:

Yo, _____, por medio de la presente autorizo a CalOptima Health a usar o divulgar mi información de salud como se describe a continuación.

Describa la información de salud que se usará o divulgará de conformidad con esta autorización (sea específico): **Información sobre el estado del beneficiario de Medi-Cal o OneCare y cualquier información que el miembro elija divulgar relacionada con su solicitud de nombramiento para el Comité asesor de miembros (MAC) de CalOptima Health.**

Persona u organización autorizada para recibir la información de salud: **público en general**

Describa cada propósito del uso o divulgación solicitado (sea específico): **para permitir la participación como representante de beneficiarios en el Comité asesor de miembros (MAC) de CalOptima Health.**

FECHA DE VENCIMIENTO:

Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y se vence: **al final del periodo del puesto solicitado.**

Derecho de revocación: entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Para revocar esta autorización, entiendo que debo presentar mi solicitud por escrito e indicar claramente que revoco esta autorización en específico. Además, debo firmar mi solicitud y después enviarla por correo o entregarla a:

CalOptima Health
Cheryl Simmons
Secretaria de la Junta Directiva
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

Entiendo que una revocación no afectará la capacidad de CalOptima Health o de cualquier proveedor de atención médica para usar o divulgar la información de salud en la medida en que haya actuado de conformidad con esta autorización.

*** La revocación de esta autorización dará por terminado la participación en el MAC de forma inmediata.*

RESTRICCIONES:

Entiendo que cierta información (por ejemplo: nombre y estado del beneficiario de Medi-Cal o OneCare) que se usa o divulga como resultado de mi firma en esta autorización, puede ser usada o divulgada adicionalmente conforme a la Ley de Registros Públicos de California. La información excluida de la Ley de Registros Públicos de California que CalOptima Health mantiene no será usada ni divulgada a menos de que se obtenga otra autorización de mi parte, o a menos que el uso o la divulgación esté específicamente permitida o exigida por la ley.

DERECHOS DE LOS MIEMBROS:

- Entiendo que debo recibir una copia de esta autorización.
- Entiendo que puedo recibir copias adicionales de la autorización.
- Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización.
- Entiendo que puedo anular esta autorización en cualquier momento.
- Entiendo que ni el tratamiento ni el pago dependerán de que rechace o acepte firmar esta autorización.

FIRMA:

Al firmar a continuación, reconozco que recibo una copia de esta autorización.

Firma del miembro: _____ Fecha: _____

Envíe la solicitud completa, su biografía o currículum, y los formularios de autorización firmados a:

CalOptima Health
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
Atención: Cheryl Simmons
Secretaria de la Junta Directiva

Si tiene alguna pregunta, llame al **1-714-347-5785**