

## CalOptima Health به دنبال کاندیداهای کمیته مشاوره خانواده برنامه جامع مراقبت کودک است

برنامه جامع مراقبت کودک (Whole-Child Model WCM) راه اندازی شد تا خدمات تحت پوشش خدمات کودکان کالیفرنیا (California Children's Services, CCS) برای کودکان و جوانان واجد شرایط Medi-Cal را به مزایای طرح مراقبت مدیریت شده در سال 2018 وارد کند. یکی از الزامات برنامه جامع مراقبت کودک برنامه‌های بهداشتی را مستلزم به ایجاد یک کمیته مشاوره خانواده می‌نماید.

هیئت مدیره CalOptima Health از نظرات و توصیه‌های اعضا و جامعه در مورد مسائل مربوط به برنامه‌های CalOptima Health استقبال می‌کند. به عنوان بخشی از این موضوع، CalOptima Health اعضا و حامیان جامعه را تشویق می‌کند تا در کمیته مشاوره خانواده برنامه جامع مراقبت کودک (Whole-Child Model Family Advisory Committee, WCM FAC) مشارکت کنند.

WCM FAC از اعضا، خانواده‌های اعضای که خدمات CCS را دریافت می‌کنند و حامیان جامعه که به آنها خدمت می‌کنند تشکیل شده است. WCM FAC به هیئت مدیره گزارش می‌دهد و از آن خواسته می‌شود که کارهای زیر را به انجام رسانند:

- ارائه مشاوره و توصیه به هیئت مدیره و کارکنان در مورد مسائل مربوط به برنامه جامع مراقبت کودک CalOptima Health طبق دستور هیئت مدیره و طبق قوانین مجاز قابل اجرا
- مطالعه، تحقیق و تجزیه و تحلیل مسائل تعیین شده توسط هیئت مدیره یا مطرح شده توسط کارکنان یا WCM FAC
- کمک به ارتباطات بین افراد ذینفع و هیئت مدیره، و کمک به هیئت مدیره و کارکنان در دریافت نظرات عمومی جامعه در مورد مسائل مربوط به برنامه جامع مراقبت کودک CalOptima Health.
- ارائه توصیه‌هایی در مورد مسائل و مشکلات به هیئت مدیره برای بررسی و تأیید آنها، و همچنین کمک به ارتباط بهتر جامعه با برنامه جامع مراقبت کودک CalOptima Health و هیئت مدیره

CalOptima Health در حال حاضر به دنبال کاندیداهایی برای خدمت به عنوان اعضای مجاز خانواده در WCM FAC است. به ازای هر جلسه مبلغ \$50 پاداش پرداخت خواهد شد. موقعیت‌های زیر موجود هستند:

- **چهار (4) موقعیت برای اعضای مجاز خانواده برای دوره با شروع از 1 ژوئیه 2025 و تا 30 ژوئن 2027.**
- **یک موقعیت برای اعضای مجاز خانواده برای تکمیل دوره کنونی تا 30 ژوئن 2026.**

منقضیان باید یکی از شرایط زیر را داشته باشند:

- نماینده مجاز - شامل والدین، سرپرست و قیم - یک عضو CalOptima Health که خدمات CCS را دریافت می‌کند
- یکی از اعضای فعلی CalOptima Health بین سنین 18-21 ساله که خدمات CCS را دریافت می‌کند
- یکی از اعضای فعلی CalOptima Health بالای 21 سال که تا زمان رسیدن به سن قانونی خدمات CCS را دریافت می‌کرد

افراد علاقه مند با دانش یا تجربه در مورد CCS باید درخواست تکمیل شده، بیوگرافی یا رزومه و فرم‌های افشا اطلاعات را در اسرع وقت ارسال کنند. جذب نیرو تا زمان پر شدن تمام کرسی‌ها ادامه خواهد داشت. لطفا مدارک 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

یا از طریق فکس به شماره 714-571-2479 یا به این ایمیل به ارسال کنید [csimmons@caloptima.org](mailto:csimmons@caloptima.org)

جهت کسب اطلاعات بیشتر با شماره 714-347-5785 تماس حاصل فرمایید.



## فرم درخواست عضویت در کمیته مشورتی خانواده الگوی فرزند کامل

دستورالعمل‌ها: لطفاً به وضوح تایپ یا چاپ کنید. این درخواست برای اعضای فعلی خدمات کودکان California (California Children's Services، CCS) و اعضای خانواده آنهاست. لطفاً رزومه یا شرح حالی که صلاحیت‌های شما را ذکر کرده است پیوست کنید و فرم‌های مجوز امضاء شده را نیز همراه آن ارسال نمایید. برای هرگونه پرسشی لطفاً با شماره 714-347-5785 تماس بگیرید.

نام: \_\_\_\_\_  
تلفن اصلی: \_\_\_\_\_  
آدرس: \_\_\_\_\_  
تلفن همراه: \_\_\_\_\_  
شهر، ایالت، کد پستی: \_\_\_\_\_  
فکس: \_\_\_\_\_  
تاریخ: \_\_\_\_\_  
ایمیل: \_\_\_\_\_

لطفاً معیارهای احراز صلاحیت را در زیر مشاهده نمایید:\*

- نمایندگان مجاز، که شامل والدین، والدین رضاعی و مراقبان یکی از اعضای CalOptima Health می‌شود که در حال حاضر خدمات CCS دریافت می‌کند؛
- اعضای CalOptima Health در بازه سنی 18 تا 21 سال که در حال حاضر خدمات CCS دریافت می‌کنند؛
- اعضای فعلی CalOptima Health بالای 21 سال که پیش از رسیدن به سن قانونی خدمات CCS دریافت کرده‌اند.

پنج مسند خالی برای دوره‌ای که از 1 ژوئیه 2025 شروع و تا 30 ژوئن 2027 ادامه دارد، در دسترس است. یک مسند خالی برای تکمیل دوره فعلی تا 30 ژوئن 2026 در دسترس است.

\*کاندیداهای علاقه‌مند به عضویت در کمیته مشورتی خانواده الگوی فرزند کامل (WCM FAC) یا مسند اعضای خانواده باید ساکن Orange County باشند و در CalOptima Health Medi-Cal و/یا CCS/WCM ثبت‌نام کرده باشند، یا باید عضو خانواده یک عضو ثبت‌نام‌شده در CalOptima Health Medi-Cal و CCS/WCM باشند. مسند عضو، واجد شرایط دریافت 50 دلار کمک هزینه در هر جلسه و هزینه مسافت پیموده شده رفت و برگشت برای شرکت حضوری در جلسه است.

وضعیت CalOptima Health Medi-Cal/CCS (برای مثال عضو، عضو خانواده، والدین موقت، مراقب، و غیره):

اگر شما عضو خانواده/والدین رضاعی/مراقب هستید، لطفاً به ما بگویید که عضو مورد نظر کیست و رابطه شما با آن عضو چیست:

نام عضو: \_\_\_\_\_  
رابطه: \_\_\_\_\_

لطفاً به ما بگویید آیا شما عضو CalOptima Health (به عبارتی دیگر Medi-Cal) بوده‌اید یا تجربه‌ای در زمینه حمایت از حقوق مصرف‌کنندگان دارید: \_\_\_\_\_

---

---

---

لطفاً توضیح دهید چرا شما نماینده خوبی برای پیشینه‌ها فرهنگی و/یا نیازهای خاص فرزندان و/یا خانواده‌های فرزندان در CCS خواهید بود. هر تجربه مرتبط با کار با این گروه‌ها را ذکر کنید: \_\_\_\_\_

---

---

---

لطفاً توضیحی مختصر در مورد دانش یا تجربه خود از CCS ارائه دهید: \_\_\_\_\_

---

---

---

لطفاً توضیح دهید چرا می‌خواهید در WCM FAC خدمت کنید: \_\_\_\_\_

---

---

---

توضیح دهید چرا شما نماینده‌ای واجد شرایط برای خدمت در WCM FAC خواهید بود: \_\_\_\_\_

---

---

---

لطفاً مشخص کنید کدام یک از زبان‌های اصلی CalOptima Health را روان صحبت می‌کنید:

انگلیسی  اسپانیایی  ویتنامی  فارسی  کره‌ای  چینی  عربی

اگر انتخاب شوید، آیا قادر به تعهد برای شرکت در مجمع‌های فصلی WCM FAC و همچنین خدمت در حداقل یکی از زیرکمیته‌ها هستید؟  بله  خیر

آیا موافقت می‌کنید که از حقوق همه اعضا و/یا ارائه‌دهندگان CalOptima Health در طول خدمت خود در WCM FAC دفاع کنید؟  بله  خیر

اگر به‌عنوان نماینده در WCM FAC انتخاب شوید، آیا موافقت می‌کنید که دوره‌های آموزشی مورد نیاز رعایت قوانین را در زمان مقرر تکمیل کنید؟  بله  خیر

تمامی نمایندگان کمیته‌های مشاوره توسط هیئت مدیره CalOptima Health منصوب می‌شوند و مشمول آیین نامه رفتاری CalOptima Health هستند.

لطفاً دو معرف (افراد متخصص، اعضای جامعه محلی یا شخصی) معرفی کنید:

نام: _____	نام: _____
رابطه: _____	رابطه: _____
آدرس: _____	آدرس: _____
شهر، ایالت، کد پستی: _____	شهر، ایالت، کد پستی: _____
تلفن: _____	تلفن: _____
ایمیل: _____	ایمیل: _____

لطفاً اطلاعیه قانون سوابق عمومی را در زیر و سلب مسئولیت محدود حریم خصوصی را در صفحه بعد امضاء کنید. شما همچنین باید فرم مجوز استفاده یا افشاسازی اطلاعات پزشکی محافظت شده پیوست را امضا کنید تا به CalOptima Health این امکان را بدهید که وضعیت فعلی عضویت شما را تأیید کند.

#### اطلاعیه قانون سوابق عمومی

بر اساس قوانین California، این فرم، اطلاعات موجود در آن و هر اطلاعات دیگری که همراه با آن ارسال شود، مانند خلاصه‌های شرح حال و رزومه‌ها، سوابق عمومی هستند، به جز آدرس شما، آدرس ایمیل و شماره تلفن‌ها و همین اطلاعات مربوط به هر معرف ارائه شده. این اسناد را می‌توان برای بررسی در یک مجمع عمومی به هیئت مدیره ارائه کرد که در آن زمان منتشر خواهد شد، اطلاع تماس از آن حذف شده است و به عنوان بخشی از مطالب هیئت مدیره در وب سایت CalOptima موجود است، و حتی اگر به هیئت مدیره ارائه نشود، بنا به درخواست برای اعضای عمومی در دسترس خواهد بود.

امضاء: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

نام کامل: \_\_\_\_\_

### سلب مسئولیت محدود حریم خصوصی

بر اساس قوانین ایالتی و فدرال، این مسئله که یک شخص واجد شرایط Medi-Cal و خدمات کودکان California (CCS) است، یک موضوع خصوصی است که تنها در صورت لزوم برای مدیریت برنامه Medi-Cal و CCS توسط CalOptima Health افشا می‌شود، مگر اینکه افشای دیگری توسط عضو واجد شرایط مجاز شده باشد. از آنجا که سمت نماینده عضو در کمیته مشورتی خانواده الگوی فرزند کامل (WCM FAC) ایجاب می‌کند که فرد منصوب شده باید عضو یا عضو خانواده یک عضو دریافت‌کننده خدمات CCS باشد، واجد شرایط بودن عضو در Medi-Cal و CCS به عموم مردم افشا خواهد شد. عضو یا نماینده وی (مثلاً والدین، والدین رضاعی، قیم و غیره) باید کادر مناسب زیر را علامت زده و این سلب مسئولیت را امضاء کند تا نام او یا نام عضو خانواده یا مراقب وی برای عضویت در کمیته مشورتی معرفی شود.

متقاضی عضو - من درک می‌کنم که با امضای زیر و درخواست برای خدمت در WCM FAC، واجد شرایط بودن خود را برای برنامه Medi-Cal و CCS اعلام می‌کنم و این واقعیتی که به هر شکل تحت قوانین ایالتی یا فدرال محافظت می‌شود. من موافقت نمی‌کنم که هیچ اطلاعات دیگری که تحت قوانین ایالتی یا فدرال محافظت می‌شود، افشا شود.

متقاضی عضو خانواده — من درک می‌کنم که با درخواست برای خدمت در WCM FAC، وضعیت من به عنوان عضو خانواده شخصی که واجد شرایط دریافت مزایای Medi-Cal و CCS است، احتمالاً به عموم اعلام خواهد شد. من اجازه افشای صلاحیت عضو خانواده خود (نام عضو را درج کنید: \_\_\_\_\_) برای برنامه Medi-Cal و CCS را می‌دهم که به هر شکلی این حقایق تحت حفاظت قانون ایالتی یا فدرال است. من موافقت نمی‌کنم که هیچ اطلاعات دیگری که تحت قوانین ایالتی یا فدرال محافظت می‌شود، افشا شود.

عضو Medi-Cal/CCS (نام کامل): \_\_\_\_\_

نام کامل متقاضی: \_\_\_\_\_

امضاء متقاضی: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

**مجوز استفاده و افشای اطلاعات مراقبتی بهداشتی محافظت شده (Protected Health Information, PHI)**

قوانین حریم خصوصی قانون ترابردی و مسئولیت‌پذیری بیمه درمانی (Health Insurance Portability and Accountability Act، HIPAA) فدرال، ایجاب می‌کند که شما این فرم را تکمیل کنید تا به CalOptima Health اجازه دهید اطلاعات پزشکی محافظت‌شده (PHI) شما را به شخص یا سازمان دیگری بدهد یا افشا کند. لطفاً فرم را تکمیل کرده، امضا کنید و به CalOptima Health بازگردانید.

تاریخ درخواست: \_\_\_\_\_ شماره تلفن: \_\_\_\_\_  
نام عضو: \_\_\_\_\_ CIN عضو: \_\_\_\_\_

**مجوز:**

اینجانب، \_\_\_\_\_، بدین وسیله به CalOptima Health مجوز می‌دهم که اطلاعات پزشکی من را طبق توضیحات زیر استفاده یا افشا کند.

توضیح دهید که کدام اطلاعات پزشکی تحت این مجوز استفاده یا افشا خواهد شد (لطفاً صریح بیان کنید): اطلاعات مربوط به هویت، فعالیت‌های مدیریتی برنامه و/یا خدمات ارائه شده به {من} {فرزندم} که در پاسخ به افشاگری‌ها و/یا پرسش‌های من در مورد همان اطلاعات افشا می‌شود.  
شخص یا سازمان مجاز به دریافت اطلاعات پزشکی: عموم مردم

تک تک اهداف استفاده یا افشای اطلاعات درخواستی را توضیح دهید (لطفاً صریح بیان کنید): اجازه دادن به کارکنان CalOptima Health برای پاسخگویی به سؤالات یا مسائلی که مطرح می‌کنم و نیاز به ارجاع به اطلاعات پزشکی من باشد که در طول مجمع عمومی کمیته مشورتی خانواده الگوی فرزند کامل CalOptima Health به موجب قانون حفاظت می‌شود

**تاریخ انقضاء:**

این مجوز بلافاصله اجرا می‌شود و تا تاریخ زیر منقضی خواهد شد: پایان دوره سمت درخواستی.

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

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

من درک می‌کنم که ابطال این مجوز تأثیری بر توانایی CalOptima Health یا هر ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی در استفاده یا افشای اطلاعات پزشکی تا جایی که به این مجوز اتکا کرده‌اند، نخواهد گذاشت.

### محدودیت‌ها:

من درک می‌کنم که هر چیزی که در چارچوب یک مجمع عمومی رخ می‌دهد، از جمله جلسات کمیته مشورتی خانواده الگوی فرزند کامل، یک موضوع سابقه عمومی است که بنا به درخواست طبق قانون سوابق عمومی California باید افشا شود. اطلاعات مربوط به یا مرتبط با اطلاعات افشا شده بر اساس این مجوز که در مجمع عمومی فاش نمی‌شود تحت HIPAA در برابر افشا محفوظ باقی می‌ماند و توسط CalOptima Health بدون مجوز جداگانه فاش نمی‌شود، مگر اینکه افشای آن توسط HIPAA بدون مجوز یا مجاز بوده یا به موجب قانون الزامی باشد.

### حقوق عضو:

- من درک می‌کنم که باید یک نسخه از این مجوز را دریافت کنم.
- من درک می‌کنم که ممکن است نسخه‌های بیشتری از این مجوز را دریافت کنم.
- من درک می‌کنم که ممکن است از امضای این مجوز خودداری کنم.
- من درک می‌کنم که ممکن است در هر زمان این مجوز را لغو کنم.
- من درک می‌کنم که نه درمان و نه پرداخت به امتناع یا موافقت من با امضای این مجوز وابسته نخواهد بود.

### امضاء:

با امضای زیر، من دریافت یک نسخه از این مجوز را تأیید می‌کنم.

امضای عضو: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

امضای والدین یا قیم قانونی: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

### در صورت وجود نماینده مجاز:

نام نماینده شخصی: \_\_\_\_\_

رابطه قانونی با عضو: \_\_\_\_\_

امضای نماینده شخصی: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

### مبنای اختیار قانونی برای امضای این مجوز توسط نماینده شخصی

(اگر نماینده شخصی این فرم را از طرف عضو امضا کرده باشد، یک نسخه از وکالتنامه مراقبت‌های بهداشتی (Health Care Power of Attorney)، حکم دادگاه (مانند انتصاب به عنوان قیم، یا به عنوان مدیر ماترک یا مدیر دارایی عضو متوفی)، یا سایر اسناد قانونی که نشان دهنده صلاحیت نماینده شخصی برای اقدام از طرف فرد باشد، باید به این فرم پیوست شود.)

این درخواست را همراه با یک شرح حال یا رزومه به طرق زیر ارسال کنید:

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

تلفن: 714-347-5785 - فکس: 714-571-2479 ایمیل: [csimmons@caloptima.org](mailto:csimmons@caloptima.org)