

CalOptima Health 에서 Whole-Child Model(아동 전체 모델) 가족 자문 위원회 후보자를 찾습니다

Whole-Child Model(WCM)은 2018 년에 Medi-Cal 자격이 있는 어린이와 청소년을 위한 California Children's Services(CCS, 캘리포니아 아동 서비스)에서 다루는 서비스를 관리형 치료 플랜 혜택으로 가져오기 위해 설립되었습니다. Whole-Child Model 의 조항에 따라 건강 플랜은 가족 자문 위원회를 설립해야 합니다.

CalOptima Health 이사회는 CalOptima Health 프로그램과 관련하여 회원과 지역사회의 의견과 권장 사항을 환영합니다. 그 일환으로 CalOptima Health 는 회원과 지역사회 옹호자가 Whole-Child Model Family Advisory Committee(WCM FAC, 아동 전체 모델 가족 자문 위원회)에 참여하도록 권장합니다.

WCM FAC 는 회원, CCS 서비스를 받는 회원의 가족, 그리고 이들에게 서비스를 제공하는 지역사회 옹호자로 구성됩니다. WCM FAC 는 이사회에 보고하며 다음과 같은 업무를 요청받습니다:

- 이사회의 지시에 따라 그리고 해당 법률에 따라 허용되는 대로 CalOptima Health 의 Whole-Child Model 과 관련된 문제에 대해 이사회와 직원에게 조언과 권장 사항을 제공합니다.
- 이사회에서 지정하거나 직원 또는 WCM FAC 에서 생성한 문제를 연구, 조사 및 분석합니다.
- 관계자와 이사회 간의 소통을 돕고 이사회와 직원이 CalOptima Health 의 Whole-Child Model 과 관련된 문제에 대한 여론을 받을 수 있도록 돕습니다.
- 이사회에 문제에 대한 권장 사항을 제공하여 검토하고 승인하도록 하며 CalOptima Health 의 Whole-Child Model 과 이사회에 대한 지역사회 홍보를 돕습니다.

CalOptima Health 는 현재 WCM FAC 에서 승인된 가족 구성원으로 일할 후보자를 모집하고 있습니다. 참석한 회의마다 50 달러의 수당이 지급됩니다. 다음 자리들이 가능합니다:

- 2025 년 7 월 1 일부터 2027 년 6 월 30 일까지 임기가 있는 4 개의 승인된 가족 구성원 자리.
- 2026 년 6 월 30 일까지 기존 임기를 채우기 위한 승인된 가족 구성원 자리 1 개.

지원자는 다음 중 하나여야 합니다:

- CCS 서비스를 받고 있는 CalOptima Health 회원의 부모, 위탁 부모 및 보호자 포함한 승인된 대리인
- CCS 서비스를 받고 있는 18~21 세의 현재 CalOptima Health 회원
- 만 21 세까지 CCS 서비스를 받았던 현재 CalOptima Health 회원

CCS 에 대한 지식이나 경험이 있고 관심 있는 개인은 완성된 지원서, 약력 또는 이력서 및 공개 양식을 가능한 빨리 보내야 합니다. 모집은 자리가 채워질 때까지 계속 진행됩니다. 자료는 다음 주소로 보내십시오:

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

팩스번호 714-571-2479 번 또는 이메일 csimmons@caloptima.org 로 보내실 수도 있습니다.

질문이 있으시면 714-347-5785 번으로 전화하십시오.



전체 아동 모델 가족 자문 위원회 회원 신청서

지침: 명확하게 정자로 입력해 주십시오. 이 신청서는 현재 캘리포니아 아동 서비스(California Children's Services, CCS) 회원과 그 가족을 대상으로 합니다. 귀하의 자격을 나열한 이력서나 자기소개서를 첨부하시고 서명된 허가서도 포함해 주십시오. 질문은 714-347-5785 로 문의해 주십시오.

이름: _____

기본 전화: _____

주소: _____

휴대전화: _____

도시, 주, 우편번호: _____

팩스: _____

날짜: _____

이메일: _____

아래의 자격 기준을 확인하십시오:*

- 현재 CCS 서비스를 받고 있는 CalOptima Health 회원의 부모, 위탁 부모 및 보호자를 포함한 공인 대리인
- 현재 CCS 서비스를 받고 있는 18~21 세 CalOptima Health 회원;
- 21 세 이상의 현 CalOptima Health 회원으로, 연령 제한이 되기 전에 CCS 서비스를 받은 사람

2025년 7월 1일부터 2027년 6월 30일까지의 임기로 5 자리를 모집합니다. 2026년 6월 30일까지의 기존 임기를 채우기 위한 한 자리를 모집합니다.

* 전체 아동 모델 가족 자문 위원회(Whole-Child Model Family Advisory Committee, WCM FAC) 회원 또는 가족 회원 자리에 관심 있는 후보자는 Orange 카운티에 거주해야 하며 CalOptima Health Medi-Cal 및/또는 CCS/WCM 에 등록되어 있어야 하거나 등록된 CalOptima Health Medi-Cal 및 CCS/WCM 회원의 가족 구성원이어야 합니다. 회원 자격으로 회의에 참석하면 회의당 50 달러의 수당이 지급되고 직접 참석 시 왕복 마일리지가 제공됩니다.

CalOptima Health Medi-Cal/CCS 상태(예: 회원, 가족, 위탁 부모, 보호자 등):

귀하가 가족 구성원/양육 부모/보호자이신 경우, 해당 구성원이 누구이며, 귀하와 해당 구성원의 관계는 무엇인지 알려주십시오.

회원 이름: _____

관계: _____

귀하가 CalOptima Health 회원(예: Medi-Cal)이었는지 또는 다른 소비자 권익 옹호 경험이 있는지 알려주십시오: _____

귀하가 왜 CCS 에 가입된 어린이와 그 가족의 다양한 문화 및/또는 특수 요구 사항을 대표하는 데 적합한 사람인지 설명해 주십시오. 다음 인구 집단과 함께 일한 관련 경험을 포함하십시오. _____

CCS 에 대한 귀하의 지식이나 경험에 대해 간략하게 설명해 주십시오: _____

WCM FAC 에서 일하고 싶은 이유를 설명해 주십시오: _____

WCM FAC 에서 서비스를 담당할 자격을 갖춘 대표자가 될 수 있는 이유를 설명하십시오: _____

다음 CalOptima Health 기본 언어 중 유창하게 구사하는 언어들을 선택해 주십시오.

영어 스페인어 베트남어 페르시아어 한국어 중국어 아랍어

선정될 경우, WCM FAC 분기별 회의에 참석하고, 하나 이상의 소위원회에서 활동할 것을 약속할 수 있습니까? 네 아니요

WCM FAC 임기 중 CalOptima Health 회원 및/또는 의료 제공자를 대표하여 대변하는 것에 동의하십니까? 예 아니요

WCM FAC 의 대표로 선정되는 경우, 지정된 시간 내에 필수 준수 과정을 완료하는 것에 동의하십니까? 예 아니요

모든 자문위원회 대표는 **CalOptima Health** 이사회가 임명하며 **CalOptima Health** 행동 강령을 준수해야 합니다.

두 명의 추천인(직업적, 커뮤니티적 또는 개인적)을 제공해 주십시오:

이름: _____

이름: _____

관계: _____

관계: _____

주소: _____

주소: _____

도시, 주, 우편번호: _____

도시, 주, 우편번호: _____

전화번호: _____

전화번호: _____

이메일: _____

이메일: _____

아래의 공공 기록법 고지와 다음 페이지의 제한적 개인정보 면책서에 서명해 주십시오. 또한 CalOptima Health 에서 현재 회원 상태를 확인할 수 있도록 첨부된 보호된 건강 정보의 사용 또는 공개에 대한 허가 양식에 서명해야 합니다.

공공 기록법 고지

캘리포니아주 법률에 따라, 본 양식 및 양식에 포함된 정보, 양식과 함께 제출하는 그 외 정보, 예를 들어 인적 사항 요약, 이력서 등은 공공 기록입니다. 여기에는 귀하의 주소, 이메일 주소, 전화번호, 및 보증인의 해당 정보는 포함되지 않습니다. 해당 문서는 이사회에 제공되어 공청회에서 이사회가 고려할 수도 있습니다. 그러한 경우, 문서는 연락처 정보를 지우고, CalOptima 웹사이트에서 열람할 수 있는 이사회 자료의 일부로 공개될 것입니다. 이사회에 제공하지 않는 경우에도, 일반 시민의 요청이 있는 경우 제공됩니다.

서명: _____

날짜: _____

정자 이름: _____

제한적 개인정보 면책서

주법 및 연방법에 따라, 개인의 Medi-Cal 또는 캘리포니아 아동 서비스(CCS) 자격 여부에 대한 사실은 자격이 있는 회원이 기타 공개를 승인하지 않는 이상, Medi-Cal 및 CCS 프로그램을 운영하는 데 필요한 경우에 CalOptima Health 에 의해서만 공개될 수 있는 개인적인 사안입니다. 전체 아동 모델 가족 자문 위원회(Whole-Child Model Family Advisory Committee, WCM FAC)의 회원 대표 직책은 임명된 사람이 CCS 를 받는 회원 또는 회원의 가족이어야 하므로 회원의 Medi-Cal 및 CCS 자격이 일반 대중에게 공개됩니다. 회원 또는 그 대리인(예: 부모, 양부모, 보호자 등)은 아래의 해당란을 체크하고 이 포기서에 서명해야 본인 또는 가족 구성원이나 보호자의 이름이 자문 위원회 회원으로 지명될 수 있습니다.

- 회원 신청자 - 본인은 아래에 서명하고 WCM FAC 직을 신청함으로써, 주 또는 연방법에 따라 보호되는 사실인 Medi-Cal 및 CCS 프로그램에 대한 본인의 자격을 공개하게 됨을 이해합니다. 본인은 주법이나 연방법에 의해 보호되는 기타 정보를 공개하는 데 동의하지 않습니다.

- 가족 구성원 신청자 - WCM FAC 에서 일하기 위해 지원함으로써 Medi-Cal 및 CCS 혜택을 받을 자격이 있는 사람의 가족 구성원으로서의 내 지위가 공개될 가능성이 있음을 이해합니다. 본인은 내 가족 구성원(회원 이름 기입: _____)의 Medi-Cal 및 CCS 프로그램 자격을 공개하는 것을 승인하며, 그 사실은 주 또는 연방법에 따라 보호됩니다. 본인은 주법이나 연방법에 의해 보호되는 기타 정보를 공개하는 데 동의하지 않습니다.

Medi-Cal/CCS 회원(정자 이름): _____

신청자 정자 이름: _____

신청자 서명: _____ 날짜: _____

보호 대상 건강 정보(PHI)
사용 및 공개 허가서

연방 건강보험 양도 및 책임법(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)에 따르면 CalOptima Health 가 귀하의 보호 대상 건강 정보(Protected Health Information, PHI)를 제삼자 또는 기관에 사용 또는 공개하기 위해서는 귀하가 본 양식을 작성하여 승인해야 합니다. 양식을 작성하고 서명한 후 CalOptima Health 로 보내주십시오.

요청 날짜: _____ 전화번호: _____

회원 이름: _____ 회원 CIN: _____

허가:

본인, _____은(는) CalOptima Health 가 아래 설명한 대로 내 건강 정보를 사용하거나 공개하는 것을 허가합니다.

이 허가에 따라 사용되거나 공개될 건강 정보를 설명하십시오(구체적으로 설명하십시오):
{me} 및 {my child}에게 제공된 신원, 프로그램 행정 활동 및/또는 서비스와 관련된 정보는 내가 직접 공개한 내용 및/또는 이와 관련된 질문에 대한 응답으로 공개됩니다.

건강 정보 수령을 승인받은 개인 또는 조직: 일반 대중

요청된 사용 또는 공개의 각 목적을 설명하십시오(구체적으로 설명해 주십시오):

CalOptima Health 전체 아동 모델 가족 자문 위원회의 공개 회의에서 법률에 따라 공개가 금지된 내 건강 정보를 참조해야 할 수 있는 질문이나 문제에 CalOptima Health 직원이 답변할 수 있도록 허용합니다.

만료일:

이 허가는 즉시 유효하며 다음 날짜에 만료됩니다. 임기종료 시점 지원한 직위의

철회에 대한 권리: 본인은 언제든지 본 허가서를 철회할 권리가 있음을 이해합니다. 본인은 허가를 철회하려면 본 특정 허가서를 철회한다는 사실을 명확히 명시해 서면으로 요청해야 함을 알고 있습니다. 또한, 본인은 요청서에 서명하고 나서 요청서를 다음 주소로 우편으로 보내거나 전달해야 합니다.

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

본인은 철회가 CalOptima Health 또는 기타 의료서비스 제공자가 본 허가서에 따른 범위에 대해서는 본인의 건강 정보를 계속 사용하거나 공개하는 능력에 영향을 미치지 않는다는 점을 이해합니다.

제한:

본인은 전체 아동 모델 가족 자문 위원회의 회의를 포함하여 공개 회의의 맥락에서 발생하는 모든 일이 캘리포니아 공공 기록법에 따라 요청 시 공개해야 하는 공공 기록 사항이라는 것을 이해합니다. 이 허가에 따라 공개된 정보와 관련이 있거나, 공개 회의에서 공개되지 않은 정보는 HIPAA 에 따라 공개로부터 보호되며, CalOptima Health 는 별도의 허가 없이는 공개하지 않습니다. 단, HIPAA 에서 허가 없이 공개를 허용하거나 법률에서 요구하는 경우는 예외입니다.

회원의 권리:

- 본인은 본 허가서의 사본을 반드시 받아야 함을 이해합니다.
- 본인은 본 허가서의 추가 사본을 받을 수도 있음을 이해합니다.
- 본인은 본 허가서에 서명하는 것을 거부할 수도 있음을 이해합니다.
- 본인은 언제든지 본 허가서를 철회할 수 있음을 이해합니다.
- 본인은 본 허가서의 서명을 거부하거나 동의하는 것이 치료나 비용 납부에 영향을 미치지 않음을 이해합니다.

서명:

아래에 서명함으로써, 본인이 본 허가서의 사본을 수령했음을 인정합니다.

회원 서명: _____ 날짜: _____

부모 또는 법적 보호자의 서명: _____ 날짜: _____

공인 대리인의 경우:

개인 대리인 이름: _____

회원과의 법적 관계: _____

개인 대리인의 서명: _____ 날짜: _____

개인 대리인이 이 권한에 서명할 수 있는 법적 권한의 근거

(개인 대리인이 회원을 대신하여 이 양식에 서명한 경우 의료 위임장 사본, 법원 명령(예: 보호자 또는 사망한 회원의 재산 집행자 또는 관리자로 임명) 또는 개인 대리인이 개인을 대신하여 행동할 권한을 입증하는 기타 법적 문서를 이 양식에 첨부해야 합니다.)

이 지원서와 자기소개서 또는 이력서를 다음 주소로 제출하십시오:

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

전화번호: 714-347-5785 팩스: 714-571-2479 이메일: csimmons@caloptima.org