

CalOptima Health Đang Tìm Ứng Viên Cho Ủy Ban Cố Vấn Gia Đình của Chương Trình Chăm Sóc Trẻ Em Toàn Diện

Trong năm 2018, Chương Trình Chăm Sóc Trẻ Em Toàn Diện (Whole-Child Model, WCM) được thành lập để đưa các dịch vụ được Chương Trình Dịch Vụ Trẻ Em của California (California Children's Services, CCS) đài thọ cho trẻ em và thanh thiếu niên hội đủ điều kiện với Medi-Cal vào phúc lợi của chương trình chăm sóc có quản lý. Điều khoản của Chương Trình Chăm Sóc Trẻ Em Toàn Diện yêu cầu chương trình y tế phải thành lập ủy ban cố vấn gia đình.

Hội đồng Quản trị của CalOptima Health hoan nghênh những ý kiến đóng góp và đề xuất từ thành viên và cộng đồng về những chương trình của CalOptima Health. Để thực hiện việc này, CalOptima Health khuyến khích các thành viên và những người đại diện trong cộng đồng tham gia vào Ủy Ban Cố Vấn Gia Đình của Chương Trình Chăm Sóc Trẻ Em Toàn Diện (WCM FAC).

Ủy Ban Cố Vấn Gia Đình của Chương Trình Chăm Sóc Trẻ Em Toàn Diện gồm có các thành viên, gia đình của các thành viên đang nhận dịch vụ CCS và những người đại diện trong cộng đồng đang phục vụ cho họ. Ủy Ban Cố Vấn Gia Đình của Chương Trình Chăm Sóc Trẻ Em Toàn Diện báo cáo cho Hội đồng Quản trị và được yêu cầu:

- Đưa ra lời khuyên và đề xuất cho Hội đồng Quản trị và nhân viên về những vấn đề liên quan đến Chương Trình Chăm Sóc Trẻ Em Toàn Diện của CalOptima Health theo hướng dẫn của Hội đồng Quản trị và như luật hiện hành cho phép
- Nghiên cứu, tìm hiểu và phân tích những vấn đề mà Hội đồng Quản trị giao phó hoặc do nhân viên hoặc Ủy Ban Cố Vấn Gia Đình của Chương Trình Chăm Sóc Trẻ Em Toàn Diện chỉ ra
- Hỗ trợ việc liên lạc giữa các bên liên quan và Hội đồng Quản trị, và giúp Hội đồng Quản trị và nhân viên tiếp nhận những ý kiến từ công chúng về các vấn đề có liên quan đến Chương Trình Chăm Sóc Trẻ Em Toàn Diện của CalOptima Health
- Đưa ra đề xuất về các vấn đề lên Hội đồng Quản trị để xem xét và chấp thuận, và trợ giúp Chương Trình Chăm Sóc Trẻ Em Toàn Diện và Hội đồng Quản trị của CalOptima Health trong các hoạt động tiếp cận với cộng đồng.

CalOptima Health hiện đang tìm các ứng viên để phục vụ với tư cách là thành viên gia đình được ủy quyền trong Ủy Ban Cố Vấn Gia Đình của Chương Trình Chăm Sóc Trẻ Em Toàn Diện. Sẽ được nhận khoản tiền hỗ trợ \$50 cho mỗi buổi họp đến tham dự. Hiện có các vị trí sau đây:

- **Bốn (4) vị trí Thành viên Gia đình được Ủy quyền với nhiệm kỳ bắt đầu từ ngày 1 tháng 7 năm 2025 kéo dài đến ngày 30 tháng 6 năm 2027.**
- **Một vị trí Thành viên Gia đình được Ủy quyền để hoàn thành nhiệm kỳ hiện tại kéo dài đến ngày 30 tháng 6 năm 2026.**

Các ứng viên phải thuộc một trong những nhóm sau đây:

- Người đại diện được ủy quyền – bao gồm cha mẹ, cha mẹ nuôi và người chăm sóc – của một thành viên CalOptima Health hiện đang nhận các dịch vụ CCS
- Thành viên hiện tại của CalOptima Health từ 18 đến 21 tuổi hiện đang nhận các dịch vụ CCS
- Thành viên hiện tại của CalOptima Health trên 21 tuổi đã nhận được các dịch vụ CCS trước khi không còn đủ tuổi để hội đủ điều kiện tham gia chương trình

Đơn ghi danh làm Thành viên

Ủy Ban Cố Vấn Gia Đình của Chương Trình Chăm Sóc Trẻ Em Toàn Diện

Những cá nhân quan tâm có kiến thức hoặc kinh nghiệm về chương trình CCS nên gửi đơn ghi danh đầy đủ, bản lý lịch hoặc bản tóm tắt hồ sơ cá nhân, và các mẫu đơn cho phép tiết lộ thông tin sớm nhất có thể. Việc tìm ứng viên sẽ vẫn được tiến hành cho đến khi tìm được đủ ứng viên cho các vị trí. Xin gửi hồ sơ đến:

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

hoặc fax đến **714-571-2479** hoặc email csimmons@caloptima.org

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



CalOptima Health

Ủy Ban Cố Vấn Gia Đình của Chương Trình Chăm Sóc Trẻ Em Toàn Diện Đơn ghi danh làm Thành viên

Hướng dẫn: Xin đánh máy hoặc viết rõ ràng. Đơn ghi danh này dành cho các thành viên và người nhà của thành viên hiện đang tham gia vào chương trình Dịch vụ Trẻ em của California (California Children's Services, CCS). Xin đính kèm tiểu sử hoặc sơ yếu lý lịch liệt kê những khả năng chuyên môn của quý vị cùng với các mẫu đơn chấp thuận đã ký tên. Để được giải đáp các thắc mắc, xin gọi số 714-347-5785.

Tên: _____ Số điện thoại Chính: _____

Địa chỉ: _____ Số Di động: _____

Thành phố, Tiểu bang, Mã số vùng: _____

Số fax: _____

Ngày: _____ Email: _____

Xin xem các tiêu chuẩn để hội đủ điều kiện ở bên dưới:*

- Người đại diện được ủy quyền, bao gồm cha mẹ, cha mẹ nuôi và người chăm sóc, của một thành viên CalOptima Health và thành viên này hiện đang nhận các dịch vụ của chương trình Dịch vụ Trẻ em của California (California Children's Services, CCS);
- Thành viên CalOptima Health từ 18 đến 21 tuổi hiện đang nhận các dịch vụ của CCS;
- Thành viên hiện tại của CalOptima Health trên 21 tuổi đã nhận được các dịch vụ của CCS trước khi không còn đủ tuổi để hội đủ điều kiện tham gia chương trình

Hiện có năm vị trí trống cho nhiệm kỳ bắt đầu từ ngày 1 tháng 7 năm 2025 đến ngày 30 tháng 6 năm 2027. Một vị trí trống để phục vụ cho nhiệm kỳ hiện tại đến ngày 30 tháng 6 năm 2026.

* Những ứng viên quan tâm đến vị trí thành viên hoặc người nhà của thành viên trong Ủy Ban Cố Vấn Gia Đình của Chương Trình Chăm Sóc Trẻ Em Toàn Diện (WCM FAC) phải sinh sống tại Quận Cam và được ghi danh vào chương trình CalOptima Health Medi-Cal và/hoặc CCS/WCM hoặc phải là người nhà của một thành viên được ghi danh vào chương trình CalOptima Health Medi-Cal và/hoặc CCS/WCM. Vị trí thành viên hội đủ điều kiện để nhận khoản tiền hỗ trợ và phụ cấp đi đường tính theo dặm là \$50 cho mỗi buổi họp khi đến tham dự trực tiếp.

Tình trạng tham gia vào chương trình CalOptima Health Medi-Cal/CCS (thí dụ như là thành viên, người nhà, cha mẹ nuôi, người chăm sóc, v.v...):

Nếu quý vị là người nhà/cha mẹ nuôi/người chăm sóc, xin cho chúng tôi biết thành viên là ai và mối quan hệ của quý vị với thành viên:

Tên của Thành viên: _____ Mối quan hệ: _____

Xin cho chúng tôi biết liệu quý vị đã từng là thành viên của CalOptima Health (hay còn gọi là Medi-Cal) hoặc có bất kỳ kinh nghiệm nào trong việc vận động cho thành viên: _____

Xin giải thích lý do vì sao quý vị là người đại diện tiêu biểu cho các nhu cầu đa dạng về văn hóa và/hoặc đặc biệt của trẻ em và/hoặc các gia đình có con nhỏ trong chương trình CCS. Xin trình bày bất kỳ kinh nghiệm làm việc nào có liên quan đến những nhóm người này: _____

Xin mô tả ngắn gọn về những hiểu biết hoặc kinh nghiệm của quý vị với chương trình CCS:

Xin giải thích lý do vì sao quý vị muốn được phục vụ trong Ủy Ban Cố Vấn Gia Đình của Chương Trình Chăm Sóc Trẻ Em Toàn Diện (WCM FAC): _____

Xin miêu tả lý do quý vị muốn trở thành người đại diện đủ tiêu chuẩn để phục vụ trong Ủy Ban Cố Vấn Gia Đình của Chương Trình Chăm Sóc Trẻ Em Toàn Diện: _____

WCM FAC
Đơn ghi danh làm Thành viên

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

Nếu được chọn, quý vị có thể cam kết sẽ tham dự cuộc họp hàng quý của Ủy Ban Cố Vấn Gia Đình của Chương Trình Chăm Sóc Trẻ Em Toàn Diện, cũng như phục vụ trong ít nhất một tiểu ban không? Có Không

Quý vị có đồng ý rằng trong quá trình quý vị phục vụ trong Ủy Ban Cố Vấn Gia Đình của Chương Trình Chăm Sóc Trẻ Em Toàn Diện, quý vị sẽ vận động thay 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 Gia Đình của Chương Trình Chăm Sóc Trẻ Em Toàn Diện, quý vị có đồng ý rằng quý vị sẽ hoàn thành các khóa học bắt buộc về việc tuân thủ trong khung thời gian được chỉ định không? Có Không

Tất cả những người đại diện trong ủy ban cố vấn đều do Hội Đồng Quản Trị của CalOptima Health bổ nhiệm và phải tuân theo Quy tắc về Ứng xử của CalOptima Health.

Xin cung cấp thông tin của hai người để tham khảo (về 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: _____

Xin ký tên vào **Thông báo về Đạo luật Hồ sơ Công khai** bên dưới và phần **Từ bỏ Quyền riêng tư Có giới hạn** ở trang tiếp theo. Quý vị cũng cần ký tên vào mẫu đơn **Cho phép Sử dụng hoặc Tiết lộ Thông tin Sức khỏe Được giữ kín** để cho phép CalOptima Health xác minh tình trạng thành viên hiện tại.

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 bản 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 để 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 là một phần tài liệu của Hội Đồng có sẵn trên trang mạng của CalOptima, và ngay cả khi không được trình bày trước Hội Đồng, sẽ được cung cấp theo yêu cầu của công chúng.

Chữ ký: _____

Ngày: _____

Tên viết in hoa: _____

TỪ BỎ QUYỀN RIÊNG TƯ CÓ GIỚI HẠN

Theo luật của tiểu bang và liên bang, việc một người hội đủ điều kiện để nhận Medi-Cal hoặc chương trình Dịch vụ Trẻ em của California (California Children's Services, CCS) là vấn đề riêng tư mà CalOptima Health chỉ có thể tiết lộ khi cần thiết để quản lý chương trình Medi-Cal và CCS, trừ khi thành viên hội đủ điều kiện cho phép thực hiện những việc tiết lộ khác. Vì vị trí Người đại diện cho Thành viên trong Ủy Ban Cố Vấn Gia Đình của Chương Trình Chăm Sóc Trẻ Em Toàn Diện yêu cầu người được bổ nhiệm phải là thành viên hoặc người nhà của một thành viên đang nhận CCS, sự hội đủ điều kiện để nhận Medi-Cal và CCS của thành viên đó sẽ được chia sẻ với công chúng. Thành viên hoặc người đại diện của thành viên (thí dụ như cha mẹ, cha mẹ nuôi, người giám hộ, v.v...) nên đánh dấu vào ô thích hợp ở bên dưới và ký tên vào phần từ bỏ này để cho phép đề cử tên của mình, hoặc tên của người nhà hoặc tên của người chăm sóc vào ủy ban cố vấn.

- NGƯỜI NỘP ĐƠN LÀ THÀNH VIÊN** — Tôi hiểu rằng bằng việc ký tên bên dưới và ghi danh phục vụ trong Ủy Ban Cố Vấn Gia Đình của Chương Trình Chăm Sóc Trẻ Em Toàn Diện, tôi đang tiết lộ sự hội đủ điều kiện để nhận chương trình Medi-Cal và CCS của mình, dù thực tế là thông tin này được bảo vệ theo luật của 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.
- NGƯỜI NỘP ĐƠN LÀ NGƯỜI NHÀ** — Tôi hiểu rằng bằng việc ghi danh phục vụ trong Ủy Ban Cố Vấn Gia Đình của Chương Trình Chăm Sóc Trẻ Em Toàn Diện, tình trạng là người nhà của một người hội đủ điều kiện để nhận các phúc lợi Medi-Cal và CCS của tôi có thể được công khai. Tôi chấp thuận tiết lộ sự hội đủ điều kiện của người nhà của tôi, là (xin điền tên của thành viên: _____) với chương trình Medi-Cal và CCS, dù thực tế là thông tin này được bảo vệ theo luật của tiểu bang hoặc liên bang. Tôi

WCM FAC

Đơn ghi danh làm Thành viên

không đồng ý tiết lộ bất kỳ thông tin nào khác được luật pháp của tiểu bang hoặc liên bang bảo vệ.

Thành viên Medi-Cal/CCS (Viết tên In hoa): _____

Viết tên In hoa của Người nộp đơn: _____

Chữ ký của Người nộp đơn: _____ **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 hoàn tất 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 của 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): **Thông tin liên quan đến danh tánh, các hoạt động quản trị của chương trình và/hoặc những dịch vụ được cung cấp cho {tôi} {con của tôi} được tiết lộ nhằm đáp lại việc tiết lộ của tôi và/hoặc những câu hỏi liên quan đến cùng vấn đề.**

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 nhân viên của CalOptima Health giải đáp các thắc mắc hoặc vấn đề do tôi nêu ra, có thể cần tham khảo thông tin sức khỏe của tôi được luật pháp bảo vệ khỏi việc bị tiết lộ, trong những buổi họp công khai của Ủy Ban Cố Vấn Gia Đình của Chương Trình Chăm Sóc Trẻ Em Toàn Diện**

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
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.

HẠN CHẾ:

Tôi hiểu rằng bất kỳ việc gì xảy ra trong bối cảnh của một cuộc họp công khai, bao gồm những cuộc họp của Ủy Ban Cố Vấn Gia Đình của Chương Trình Chăm Sóc Trẻ Em Toàn Diện, đều là hồ sơ được công khai và bắt buộc phải tiết lộ khi có yêu cầu, theo Đạo Luật Hồ Sơ Công Khai của California. Thông tin về, hoặc có liên quan đến, thông tin được tiết lộ theo giấy ủy quyền này mà không được tiết lộ tại cuộc họp công khai vẫn được bảo vệ không bị tiết lộ theo HIPAA và sẽ không được CalOptima Health tiết lộ mà không được sự cho phép riêng, trừ khi việc tiết lộ mà không cần sự cho phép được HIPAA chấp thuận hoặc do luật pháp yêu cầu.

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: _____

Chữ ký của Cha mẹ hoặc Người Giám hộ Hợp pháp: _____ Ngày: _____

Nếu là Người đại diện được Cho phép:

Tên của Người đại diện cho Cá nhân:

Mối quan hệ Pháp lý với Thành viên:

Chữ ký của Người đại diện cho Cá nhân: _____ Ngày: _____

Cơ sở về thẩm quyền pháp lý để Người đại diện cho Cá nhân được ký tên vào giấy Cho phép này

(Nếu người đại diện cho cá nhân đã ký tên vào mẫu đơn này thay cho thành viên, phải đính kèm với mẫu đơn này một bản sao của Giấy ủy quyền cho Người khác đưa ra Quyết định về việc Khám chữa bệnh, lệnh của tòa án (chẳng hạn như bổ nhiệm làm người bảo hộ, hoặc người thi hành hoặc quản lý tài sản của thành viên), hoặc tài liệu pháp lý khác cho thấy thẩm quyền về mặt pháp lý của người đại diện cho cá nhân được hành động thay cho người này.)

Xin nộp đơn ghi danh này, cùng với tiểu sử hoặc sơ yếu lý lịch đến:

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

Số điện thoại: **714-347-5785**

Số fax: **714-571-2479**

Email: csimmons@caloptima.org