



CalOptima Health 는 회원 자문 위원회(Member Advisory Committee)에 참여할 후보자를 모집합니다.

CalOptima Health 이사회는 CalOptima Health 프로그램과 관련된 문제에 관한 지역사회의 의견과 조언을 환영합니다. 이러한 이유로 CalOptima Health 이사회는 **회원 자문 위원회(MAC)**라는 자문 그룹을 통해 회원과 지역사회 옹호자들이 참여하도록 권장합니다.

MAC 는 CalOptima Health 이사회와 직원에게 조언을 제공합니다. 위원회는 CalOptima Health 가 서비스하는 다양한 지지층을 대표하는 17 명의 위원으로 구성되어 있습니다. 위원회의 임무는 다음과 같습니다:

- CalOptima Health 이사회의 지시에 따라 CalOptima Health 프로그램 관련 문제에 대해 CalOptima Health 이사회에 조언과 권장사항을 제공합니다.
- 이사회가 할당하거나 위원회에서 제안한 문제에 대한 연구, 조사 및 분석에 참여합니다.
- 이해 관계자들과 이사회 사이의 중간 역할을 합니다.
- CalOptima Health 프로그램과 관련된 문제에 대해 위원회가 여론을 수집하도록 지원합니다.
- CalOptima Health 이사회의 승인과 고려를 위해 연구 문제에 대한 권장 사항을 제시합니다.
- CalOptima Health 와 이사회를 위한 지역사회 봉사 활동을 촉진합니다.

현재 CalOptima Health 는 MAC 에 참여할 후보자를 찾고 있습니다. 자격을 갖춘 OneCare 회원들 위해 다음 후보자 자리가 있습니다:

- **MEDI-CAL 수혜자 또는 승인된 가족 구성원**
- **OneCare 회원 또는 승인된 가족 구성원**

위원회가 임명한 Medi-Cal 회원과 OneCare 회원은 참석하는 회의당 \$50 의 수당과 마일리지 환불을 받을 자격이 있습니다.

위원회는 Medi-Cal 및 Medicare 에 대한 지식과 지원을 갖춘 관심있는 개인의 신청을 권장합니다. 회원 자문 위원회에 신청하거나 개인을 추천하려면 첨부된 후보자 신청서를 **약력이나 이력서**와 함께 우편, 팩스 또는 이메일로 다음 주소로 보내주시요:

CalOptima Health
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

Attn: Cheryl Simmons
Office of the Clerk of the Board

팩스: 번호 **714-571-2479** 또는 이메일: csimmons@caloptima.org

질문이 있으시면 번호 **714-347- 5785** 로 전화하십시오.



회원 자문 위원회

회원 지원서

지침: 모든 질문에 답해 주십시오. 답변을 적거나 타입할 수 있습니다. 지원서에 대해 질문이 있는 경우 번호 1-714-347-5785 로 전화하십시오.

이름: _____ 전화번호: _____

주소: _____ 휴대전화: _____

시, 주, ZIP 번호: _____ 팩스: _____

이메일: _____

저는 다음 회원 자문 위원회(MAC) 직위 2026 년 또는 2027 년 임기를 위한 지원서를 제출하며, 다음 직위 중 하나에 선출될 경우 참석한 각 회의에 대해 50 달러의 수당이 지급된다는 사실을 이해합니다.

Medi-Cal Beneficiary(수혜자) 또는 승인된 가족 구성원 대리인(임기 2028 년까지)

OneCare 회원 대리인 또는 승인된 가족 구성원(임기 2028 년까지)

현재 직위(예: 직함, 학생, 자원봉사자, 은퇴자 등): _____

1a. MAC 에서 대표하고자 하는 CalOptima Health 구성원들과 함께 하면서 직접 또는 간접적으로 어떤 경험을 했습니까?

1b. 관련되는 지역사회 경험을 포함하십시오.

2a. 오렌지 카운티의 다양한 문화 및/또는 특수 요구 사항을 지닌 인구에 대한 귀하의 이해와 친숙도는 어떻습니까?

2b. 다민족 집단과 함께 일한 관련 경험을 포함하십시오.

3. 현재 관리형 의료 시스템 및/또는 CalOptima Health 에 대해 어떻게 이해하고 계십니까?

4a. CalOptima Health 의 MAC 에서 봉사하고 싶은 이유를 설명해 주십시오.

4b. 자신이 MAC 에서 봉사할 자격을 갖춘 대표인이 될 수 있는 이유를 설명해 주십시오.

5. CalOptima Health 의 임계 언어 중 유창하게 구사하는 언어를 알려주십시오.

영어 스페인어 베트남어 페르시아어 한국어 중국어 아랍어

6. 선발될 경우, 매월 MAC 회의에 참석하고 최소한 한 개의 하위 위원회에서 활동할 수 있습니까? 네 아니오

7. 추천인(References) (직업적, 지역사회 또는 개인):

이름: _____

이름: _____

관계: _____

관계: _____

주소: _____

주소: _____

시, 주, ZIP 번호: _____

시, 주, ZIP 번호: _____

전화번호: _____

전화번호: _____

이메일: _____

이메일: _____

MAC 에서 봉사하는 동안 모든 CalOptima Health 회원 및/또는 의료 제공자를 대신하여 옹호하는 데 동의하십니까? 네 아니오

MAC 의 대표로 선정될 경우, 지정된 기간 내에 필수 연간 규정 준수 과정을 완료하는 데 동의하십니까? 네 아니오

공공 기록법 공지서

캘리포니아 법에 따라 이 양식, 여기에 포함된 정보 및 이와 함께 제출된 약력 요약 및 이력서와 같은 추가 정보는 귀하의 주소, 이메일 주소 및 전화번호와 제공된 모든 추천인의 동일한 정보를 제외하고 공개 기록입니다. 이러한 문서는 이사회에 제출되어 공개 회의에서 심의될 수 있으며, 그때 이사회 자료의 일부로 연락처 정보가 제거된 상태로 공개되며, CalOptima Health 웹사이트에서 제공되며 이사회에 제출되지 않더라도 대중이 요청하면 제공될 수 있습니다.

서명

날짜

제한된 개인정보 보호 포기

주 및 연방법에 따라, 개인이 Medi-Cal 또는 OneCare 에 적격하다는 사실은 CalOptima Health 가 Medi-Cal 또는 OneCare 프로그램을 관리하는 데 필요한 경우에만 공개할 수 있는 사적인 문제입니다. 다만, 적격 회원이 다른 공개를 승인한 경우는 예외입니다. 회원 자문 위원회의 소비자 대표 직위는 임명된 사람이 회원이어야 하므로, 회원의 Medi-Cal 적격성은 일반 대중에게 공개됩니다. 회원은 아래 상자를 체크하고 이 포기서에 서명하여 자문 위원회에 자신의 이름을 지명할 수 있도록 해야 합니다.

- MEDI-CAL BENEFICIARY (수혜자) 또는 승인된 가족 구성원 지원자
- OneCare 회원 또는 승인된 가족 구성원 지원자

아래에 서명하고 MAC 에서 봉사를 신청함으로써 저는 Medi-Cal 및 OneCare 프로그램에 대한 자격을 공개하는 것이며, 그 사실은 주 또는 연방법에 따라 보호됩니다. 저는 주 또는 연방법에 의해 보호되는 다른 정보를 공개하는 데 동의하지 않습니다.

회원 (철자로 쓰기)

회원 (서명)

날짜

보호 건강 정보(PHI)의
사용 및 공개에 대한 허용

연방 HIPAA 개인정보 보호 규정에 따라 CalOptima Health 가 귀하의 보호된 건강 정보(PHI)를 다른 사람이나 조직에 사용하거나 공개하도록 허가하려면 이 양식을 작성해야 합니다. 양식을 작성하고 서명한 후 CalOptima Health 로 반환해 주십시오.

요청 날짜: _____ 전화: _____

회원 이름: _____ 회원 CIN 번호: _____

승인:

저, _____ 는 CalOptima Health 가 아래 설명한 대로 내 건강 정보를 사용하거나 공개하는 것을 허용합니다.

이 허용에 따라 사용되거나 공개될 건강 정보를 설명하십시오 (구체적으로 설명하세요): Medi-Cal 또는 OneCare 수혜자 지위 및 CalOptima Health 회원 자문 위원회(MAC) 임명 지원과 관련하여 회원이 공개하기로 선택한 정보.

건강 정보를 받도록 허용된 개인 또는 조직: 일반 대중

요청된 사용 또는 공개의 각 목적을 설명하십시오 (구체적으로 설명하세요): CalOptima Health 의 회원 자문 위원회(MAC)에서 수혜자 대표로 봉사할 수 있도록 허용합니다.

만료일:

이 허가는 즉시 유효하며 다음 날짜에 만료됩니다: 지원한 직위의 임기 종료일.

철회할 권리: 저는 언제든지 이 허가를 서면으로 철회할 권리가 있음을 이해합니다. 이 허가를 철회하려면 서면으로 요청하고 이 특정 허가를 철회한다는 것을 명확히 명시해야 함을 이해합니다. 또한 저는 요청에 서명한 후 다음 주소로 요청을 우편으로 보내거나 전달해야 합니다:

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

본인은 철회가 CalOptima Health 또는 기타 의료 서비스 제공자가 이 승인에 의거하여 행동한 범위 내에서 건강 정보를 사용하거나 공개하는 능력에 영향을 미치지 않는다는 것을 이해합니다.

*** 이 권한을 철회하는 경우 MAC 참여는 즉시 종료됩니다.*

제한 사항:

본 허가서에 서명한 결과로 사용 또는 공개된 특정 정보(예: Medi-Cal 또는 OneCare 수혜자 상태 및 이름)가 캘리포니아 공공 기록법에 따라 추가로 사용 또는 공개될 수 있음을 이해합니다. CalOptima Health 에서 관리하는 공공 기록법에서 제외된 정보는 다른 허가서를 받거나 그러한 사용 또는 공개가 법률에 의해 구체적으로 허용되거나 요구되지 않는 한 사용 또는 공개되지 않습니다.

회원의 권리:

- 저는 이 허가서 사본을 받아야 한다는 것을 이해합니다.
- 저는 허가서 사본을 추가로 받을 수 있다는 것을 이해합니다.
- 저는 이 허가서에 서명하는 것을 거부할 수 있다는 것을 이해합니다.
- 저는 이 허가서를 언제든지 철회할 수 있다는 것을 이해합니다.
- 저는 치료나 지불이 이 허가서에 서명하는 것을 거부하거나 동의하는 것에 따라 달라지지 않는다는 것을 이해합니다.

서명:

아래에 서명함으로써, 저는 이 허가서 사본을 받았음을 확인합니다.

회원 서명: _____ 날짜: _____

작성된 지원서, 자기소개서 또는 이력서, 서명된 위임서를 다음 주소로 제출하십시오:

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

질문을 위해 1-714-347-5785 번으로 전화