

**CalOptima Health busca  
candidatos interesados en participar en el  
Comité Asesor Familiar del Modelo de Desarrollo Infantil Integral**

El Comité Asesor Familiar del Modelo de Desarrollo Infantil Integral (The Whole-Child Model, WCM) fue establecido en 2018 para brindar los servicios cubiertos por el programa de Servicios para Niños de California (California Children's Services CCS) a niños y jóvenes elegibles para Medi-Cal en un beneficio de plan de atención médica administrada. Un componente del Modelo de Desarrollo Infantil Integral exige que los planes de salud formen un comité asesor familiar.

La junta directiva de CalOptima Health aprecia las sugerencias y recomendaciones de los miembros y la comunidad sobre los programas de CalOptima Health. Como parte de esto, CalOptima Health invita a los miembros y defensores comunitarios a participar en el Comité Asesor Familiar del Modelo de Desarrollo Infantil Integral (Whole-Child Model Family Advisory Committee, WCM FAC).

El WCM FAC está integrado por miembros, familiares de los miembros que reciben servicios de CCS y defensores comunitarios que les brindan servicios. El WCM FAC presenta informes a la Junta directiva y se encarga de:

- Asesorar y dar recomendaciones a la Junta directiva y personal sobre asuntos relacionados con el Modelo de Desarrollo Infantil Integral de CalOptima Health, según lo indique la Junta directiva y conforme lo permita la ley correspondiente.
- Examinar, investigar y analizar los temas asignados por la Junta directiva o generados por el personal o el WCM FAC.
- Mejorar la comunicación entre la Junta directiva y las partes implicadas, y ayudar a la Junta directiva y personal a recibir comentarios públicos sobre asuntos relacionados con el Modelo de Desarrollo Infantil Integral de CalOptima Health.
- Dar recomendaciones a la Junta directiva sobre asuntos para su consideración y aprobación, así como ayudar con la promoción comunitaria del Modelo de Desarrollo Infantil Integral y de la Junta directiva.

CalOptima Health busca actualmente candidatos para participar como miembro familiar autorizado en el WCM FAC. Se pagará una compensación de \$50 por cada reunión a la que asista. Los siguientes puestos están vacantes:

- **Cuatro (4) puestos de miembro familiar autorizado durante el periodo que comienza el 1.º de julio de 2025 y termina el 30 de junio de 2027.**
- **Hay un puesto de miembro familiar autorizado para cumplir el resto del periodo existente hasta el 30 de junio de 2026.**

Los candidatos deben cumplir con uno de los siguientes requisitos, ser:

- Representante autorizado, como padre, madre, padres de crianza o cuidadores, de un miembro de CalOptima Health que reciben servicios de CCS.
- Miembro actual de CalOptima Health entre 18 y 21 años que reciben servicios de CCS.
- Miembro actual de CalOptima Health mayores de 21 años que hayan recibido servicios de CCS antes de alcanzar la mayoría de edad.

Las personas interesadas y con conocimiento o experiencia con CCS deben enviar una solicitud completa, biografía o currículum, así como los formularios de divulgación lo antes posible. El periodo de selección permanecerá abierto hasta que se hayan cubierto los puestos. Por favor, envíe los documentos a:

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

O envíelos por fax al **714-571-2479** o por correo electrónico a [csimmons@caloptima.org](mailto:csimmons@caloptima.org).

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



## Comité Asesor Familiar del Modelo de Desarrollo Infantil Integral Solicitud para miembros

**Instrucciones: Escriba a máquina o con letra de molde legible. Esta solicitud es para los miembros que participan actualmente en los Servicios para Niños de California (California Children's Services, CCS) y sus familiares. Incluya un currículum o biografía que detalle sus habilidades y los formularios de autorización firmados correspondientes. Si tiene alguna pregunta, llame al 714-347-5785.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono principal: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Consulte los requisitos de elegibilidad a continuación: \*

- Representantes autorizados, como padre, madre, padres de crianza o cuidadores, de un miembro de CalOptima Health que esté recibiendo servicios de CCS actualmente.
- Miembros de CalOptima Health entre 18 y 21 años que estén recibiendo servicios de CCS.
- Miembros actuales de CalOptima Health mayores de 21 años que hayan recibido servicios de CCS antes de alcanzar la mayoría de edad.

**Hay cinco vacantes disponibles durante el periodo que comienza el 1.º de julio de 2025 y termina el 30 de junio de 2027. Hay una vacante disponible para cumplir el resto del periodo existente hasta el 30 de junio de 2026.**

\* Los candidatos interesados en los puestos para miembros o familiares del Comité Asesor Familiar del Modelo de Desarrollo Infantil Integral (Whole-Child Model Family Advisory Committee, WCM FAC) deben vivir en el condado de Orange y estar inscritos en CalOptima Health Medi-Cal y/o CCS/WCM, o ser familiares de un miembro inscrito en CalOptima Health Medi-Cal y CCS/WCM. El puesto de miembro incluye una compensación de \$50 por cada reunión a la que asista en persona y el reembolso de millaje de ida y vuelta.

Estado de CalOptima Health Medi-Cal/CCS (por ejemplo, miembro, familiar, padre de crianza, cuidador, etc.):

---

Si usted es un miembro de la familia / padre de crianza / cuidador, díganos quién es y cuál es su relación con el miembro:

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

---

---

Por favor, infórmenos si ha sido miembro de CalOptima Health (es decir, Medi-Cal) o si cuenta con experiencia en actividades de defensa del consumidor: \_\_\_\_\_

Explique por qué considera que sería un buen representante para las diversas culturas y/o las necesidades especiales de los niños y/o las familias de los niños que participan en CCS.

Mencione cualquier experiencia relevante que tenga trabajando con estas poblaciones: \_\_\_\_\_

Proporcione una breve descripción de su conocimiento o experiencia con CCS: \_\_\_\_\_

Explique por qué desea participar en el WCM FAC: \_\_\_\_\_

Explique por qué sería un representante calificado para participar en el WCM FAC: \_\_\_\_\_

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

inglés  español  vietnamita  persa  coreano  chino  árabe

En caso de ser seleccionado, ¿está dispuesto a comprometerse a asistir a las reuniones trimestrales (cada tres meses) del WCM FAC, así como formar parte de al menos un subcomité?

Sí  No

¿Está dispuesto(a) a comprometerse a actuar como defensor en nombre de todos los miembros y/o proveedores de CalOptima Health durante su participación en el WCM FAC?

Sí  No

En caso de ser seleccionado como un representante del WCM FAC, ¿está dispuesto a comprometerse a completar los cursos de cumplimiento requeridos dentro del plazo previsto?

Sí  No

***Todos los representantes del comité asesor son nombrados por la Junta Directiva de CalOptima Health y deben cumplir con el código de conducta de CalOptima Health.***

Proporcione dos 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: \_\_\_\_\_

Se le solicita firmar el **Aviso de la ley de registros públicos** que aparece a continuación y la **Exención de privacidad limitada** en la siguiente página. También debe firmar el formulario adjunto de **Autorización para el uso y la divulgación de información de salud protegida (PHI)** para permitir que CalOptima Health pueda verificar el estado actual del miembro.

#### **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 el sitio web de CalOptima Health, e, incluso, si no se presentan ante la Junta, estarán disponibles a petición para el público general.**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre en letra de molde:** \_\_\_\_\_

## EXENCIÓN DE PRIVACIDAD LIMITADA

Conforme a las leyes estatales y federales, el hecho de que una persona sea elegible para Medi-Cal y los Servicios para Niños de California (CCS) es un asunto privado que CalOptima Health solo puede divulgar, según sea necesario, para administrar los programas de Medi-Cal y CCS, a menos que el miembro elegible autorice otras divulgaciones. Debido a que el puesto de representante de miembros en el Comité Asesor Familiar del Modelo de Desarrollo Infantil Integral (WCM FAC) exige que la persona designada sea un miembro o familiar de un miembro que recibe CCS, la elegibilidad para Medi-Cal y CCS del miembro se divulgará al público en general. El miembro o su representante (por ejemplo, padre, madre, padre de crianza, tutor, etc.) debe marcar la casilla correspondiente a continuación y firmar esta exención para permitir que su nombre, o el nombre de su familiar o de su cuidador, sea nominado para el comité asesor.

- CANDIDATO MIEMBRO:** Entiendo que al firmar a continuación y solicitar participar en el WCM FAC, divulgo mi elegibilidad para los programas Medi-Cal y CCS, información que, de otro modo, estaría protegida bajo las leyes estatales o federales. No estoy aceptando divulgar ninguna otra información protegida por estas leyes.
- CANDIDATO FAMILIAR DEL MIEMBRO:** Entiendo que al solicitar participar en el WCM FAC, mi situación como familiar de una persona elegible para los beneficios de Medi-Cal y CCS probablemente se vuelva pública. Autorizo la divulgación de la elegibilidad de mi familiar (escriba el nombre del miembro: \_\_\_\_\_) para los programas de Medi-Cal y CCS información que, de otro modo, estaría protegida bajo las leyes estatales o federales. No estoy aceptando divulgar ninguna otra información protegida por estas leyes.

Nombre del miembro de Medi-Cal/CCS (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Nombre del candidato (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma del candidato: \_\_\_\_\_ 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): **La información relacionada con mi identidad, actividades administrativas del programa y/o servicios proporcionados a {mí} {mi hijo(a)}, que se divulga en respuesta a mis propias declaraciones y/o preguntas relacionadas con el tema.**

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 que el personal de CalOptima Health responda a preguntas o problemas presentadas por mí, que puedan requerir hacer referencia a mi información de salud protegida por la ley durante las reuniones públicas del Comité Asesor Familiar del Modelo de Desarrollo Infantil Integral 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  
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.

### RESTRICCIONES:

Entiendo que cualquier asunto tratado durante una reunión pública, incluyendo las reuniones del Comité Asesor Familiar del Modelo de Desarrollo Infantil Integral, se convierte en parte del registro público y debe ser divulgado si se solicita, conforme a la Ley de Registros Públicos de California. La información vinculada o relacionada con la divulgación autorizada que no se comparta en la reunión pública seguirá protegida bajo HIPAA y no será compartida por CalOptima Health sin una autorización separada, a menos que HIPAA permita la divulgación sin autorización o que la ley lo exija.

### 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: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Si es un representante autorizado:

Nombre del representante personal: \_\_\_\_\_

Relación legal con el miembro: \_\_\_\_\_

Firma del representante personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Base para la autoridad legal de firmar esta autorización por un representante personal.

Si un representante personal ha firmado este formulario en nombre del miembro, es necesario incluir una copia del poder notarial para atención médica, una orden judicial (como el nombramiento como albacea o administrador del patrimonio de un miembro fallecido) u otro documento legal que confirme la autoridad del representante personal para actuar en nombre del individuo.

WCM FAC  
Solicitud para miembros

**Envíe esta solicitud completa y su biografía o currículum a:**

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

Teléfono: **714-347-5785** Fax: **714-571-2479** Correo electrónico: [csimmons@caloptima.org](mailto:csimmons@caloptima.org)