



CalOptima Health 尋找兒童全面保健模式家庭諮詢委員會候選人 Family Advisory Committee Candidates

兒童全面保健模式 (Whole-Child Model, WCM) 的成立是為了在 2018 年把加州兒童服務中心 (California Children's Services, CCS) 為符合 Medi-Cal 資格的兒童和青少年提供的服務納入管理式醫療計劃福利。兒童全面保健模式的一項規定要求健康計劃建立家庭諮詢委員會。

CalOptima Health 董事會歡迎會員和社區對 CalOptima Health 計劃提出意見和建議。作為其中的一部分，CalOptima Health 鼓勵會員和社區倡議者參與兒童全面保健模式家庭諮詢委員會 (Whole-Child Model Family Advisory Committee, WCM FAC)。

WCM FAC 由會員、接受 CCS 服務會員的家人以及為他們服務的社區倡議者者組成。WCM FAC 向董事會報告並被要求：

- 根據董事會的指示和適用法律的允許，就 CalOptima Health 兒童全面保健模式相關問題向董事會和員工提供意見和建議
- 研究、調查和分析董事會分配的問題或員工或 WCM FAC 提出的問題
- 協助相關人士和董事會進行溝通，並協助董事會和員工就 CalOptima Health 兒童全面保健模式相關議題獲取公眾意見
- 就問題向董事會提出建議，供其審議和批准，並幫助 CalOptima Health 的兒童全面保健模式和董事會進行社區宣傳。

CalOptima Health 目前正在尋找候選人擔任 WCM FAC 的授權家庭成員。每次參加會議將獲得 \$50 的津貼。有以下座位可供選擇：

- 四 (4) 個授權家庭成員席位，任期從 2025 年 7 月 1 日開始，到 2027 年 6 月 30 日結束。
- 一個授權家庭成員席位是用於履行現在的任期的，截至 2026 年 6 月 30 日。

申請人必須符合下列條件之一：

- 授權代表（包括父母、養父母和照顧者）
接受 CCS 服務的 CalOptima Health 會員
- 一名 18-21 歲的正在接受 CCS 服務，現在的 CalOptima Health 會員
- 年齡超過 21 歲的，在超齡之前一直在接受 CCS 服務，現在的 CalOptima Health 會員

有興趣且具有 CCS 知識或經驗的個人應盡快發送完整的申請、個人簡介或簡歷以及披露授權的表格。招募將持續開放，直到席位填滿為止。請將文件寄至：

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

或透過傳真發送至 714-571-2479 或發送電子郵件至 csimmons@caloptima.org

WCM FAC

會員申請表

如有疑問，請致電 **714-347-5785**。

您可以免費獲得本資訊的其他語言的版本。撥打免付費電話 1-888-587-8808 聯繫我們的客戶服務部門。

TDD/TTY 用戶可以撥打免付費電話 **1-800-735-2929**。



CalOptima Health

兒童全面保健模式家庭諮詢委員會 會員申請

說明：請清楚地打印或以正楷填寫訊息。此申請表是給目前的加州兒童服務中心 (California Children's Services, CCS) 的會員及其家庭成員使用的。請附上列有您的資格的資訊的履歷或簡介，並附上簽署的授權表。如有疑問，請致電 714-347-5785。

姓名：_____ 首選電話號碼：_____

地址：_____ 手機號碼：_____

城市，州，郵政編碼：_____ 傳真：_____

日期：_____ 電子郵件：_____

請參閱以下的資格標準：

- ☐ 目前接受 CCS 服務的 CalOptima Health 會員的授權代表，包括父母、養父母和照顧者；
- ☐ 目前正在接受 CCS 服務的 18 至 21 歲的 CalOptima Health 會員；
- ☐ 現在是 CalOptima Health 會員，且年齡超過 21 歲並在超齡前接受過 CCS 服務

現有提供五個席位，任期是由 2025 年 7 月 1 日開始至 2027 年 6 月 30 日。有一個席位是用於履行現在的任期的，任期截至 2026 年 6 月 30 日。

* 有興趣成為兒童全面保健模式家庭諮詢委員會 (WCM FAC) 的成員或家庭成員席位的候選人必須居住在橙縣並已加入 CalOptima Health Medi-Cal 和/或 CCS/WCM，或必須是已加入計劃 CalOptima Health Medi-Cal 和 CCS/WCM 的會員的家庭成員。在席會員有資格在每次參加會議時獲得\$50 的津貼以及親自參加會議時所用的往返里程補貼。

CalOptima Health Medi-Cal/CCS 狀態（例如，會員、家人、養父母、照顧者等）：

如果您是家庭成員/養父母/照顧者，請告訴我們該會員是誰以及您與該會員的關係：

會員姓名：_____ 關係：_____

請告訴我們您是否曾是 CalOptima Health 會員（即 Medi-Cal）或有任何消費者權益倡議的經驗： _____

請解釋為什麼您能成為 CCS 中兒童和/或兒童家庭的多元文化和/或特殊需求的好代表。請包括與這些人群合作的任何相關經驗： _____

請簡要描述您對 CCS 的瞭解或經驗： _____

請說明您為何希望在 WCM FAC 任職： _____

描述為什麼您會成為 WCM FAC 服務的合資格的代表： _____

請具體說明您能流利使用哪種 CalOptima Health 主要使用的語言：

☐ 英語 ☐ 西班牙語 ☐ 越南語 ☐ 波斯語 ☐ 韓語 ☐ 中文 ☐ 阿拉伯語

如果被選上，您是否能夠承諾參加每季度的 WCM FAC 會議並在至少一個小組委員會中任職？ ☐ 是 ☐ 否

您是否同意在 WCM FAC 服務期間代表所有 CalOptima Health 會員和/或醫療服務者發言？ ☐ 是 ☐ 否

如果被選為 WCM FAC 代表，您是否同意在指定時間範圍內完成所需的年度法規課程？
☐ 是 ☐ 否

所有諮詢委員會代表均由 CalOptima Health 董事會任命，並遵守 CalOptima Health 行為準則。

請提供兩份參考資料（專業、社區或個人）：

姓名：_____

姓名：_____

關係：_____

關係：_____

地址：_____

地址：_____

城市，州，郵政編碼：_____

城市，州，郵政編碼：_____

電話：_____

電話：_____

電子郵件：_____

電子郵件：_____

請簽署下面的公共記錄法通知和下一頁的**有限隱私棄權書**。您還需要簽署隨附的**使用或披露受保護健康資訊授權表**，以便 CalOptima Health 能夠驗證目前的會員狀態。

公共記錄法通知

根據加州法律，此表格及其包含的資訊以及隨其提交的任何進一步的資訊（例如個人簡介和簡歷）均屬於公共記錄，但您的地址、電子郵件地址和電話號碼以及任何參考資料的相同信息除外。這些文件可能會提交給董事會，供其在公開會議上審議，屆時這些文件將作為董事會材料的一部分發佈（刪除聯絡資訊），這些資料可在 CalOptima 的網站上獲取，即使沒有提交給董事會的，將會根據要求向公眾提供。

簽名：_____

日期：_____

正楷姓名：_____

有限隱私豁免

根據州和聯邦法律，一個人是否有資格參加 Medi-Cal 或加州兒童服務 (CCS) 的事實屬於私人事務，只有 CalOptima Health 在管理 Medi-Cal 或 CCS 計劃所需時才可以披露，除非其他披露得到合資格會員的授權。由於兒童全面保健模式家庭諮詢委員會 (Whole-Child Model Family Advisory Committee, WCM FAC) 的代表的職位要求指定人員必須是正在接受 CCS 的會員或會員的家庭成員，因此會員的 Medi-Cal 和 CCS 的資格將向公眾披露。會員或其代表（例如父母、養父母、監護人等）應勾選下面的相應方框並簽署此棄權書，以允許其或其家庭成員或照顧者的姓名被提名為諮詢委員會成員。

- ☐ 會員申請者 — 我瞭解，透過在下方簽名併申請在 WCM FAC 任職，我即公開了我參加 Medi-Cal 和 CCS 計劃的資格，該事實受到州或聯邦法律的保護。我不同意披露受州或聯邦法律保護的任何其他資訊。
- ☐ 家庭成員申請人 — 我瞭解，透過申請加入 WCM FAC，我作為有資格享受 Medi-Cal 和 CCS 福利的人員的家庭成員的身份可能會被公開。我授權披露我的家庭成員（填寫成員姓名：_____）Medi-Cal 和 CCS 計劃的資格，該計劃的事實受到州或聯邦法律的保護。我不同意披露受州或聯邦法律保護的任何其他資訊。

Medi-Cal/CCS 會員（正楷姓名）：_____

申請人正楷姓名：_____

申請人簽名：_____ 日期：_____

**受保護的健康信息的使用和披露的授權
(PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI)**

聯邦受保護的健康信息 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 隱私權條例要求您填寫此表格，以授權 CalOptima Health 使用或向其他人或組織披露您的受保護的健康信息 (Protected Health Information, PHI)。請填妥、簽署表格並將其寄回給 CalOptima Health。

申請日期：_____ 電話號碼：_____

會員姓名：_____ 會員 CIN 號碼：_____

授權：

我, _____, 特此授權 CalOptima Health 使用或披露我的健康信息，如下所述。

請描述根據本授權將使用或披露的健康信息（請具體說明）：與{我}{我的孩子}的身份、計劃管理活動和/或提供給我們的服務相關的信息，這些信息是為了回應我自己的披露和/或與之相關的問題而披露的。

被授權接收健康資訊的個人或組織：普通大眾

描述每個所請求的使用或披露的目的（請具體說明）：允許 CalOptima Health 工作人員在 CalOptima Health 兒童全面保健模式家庭諮詢委員會公開會議期間回答我提出的問題或問題，這些問題或問題可能需要參考我受法律保護不得披露的健康信息

失效日期：

該授權應立即生效，並於以下日期失效：所申請職位的任期結束。

撤銷權：我瞭解我有權隨時以書面撤銷此授權。要撤銷此授權，我瞭解我必須以書面形式提出請求，並明確聲明我要撤銷此特定授權。此外，我必須簽署我的請求，然後將我的請求郵寄或遞送至：

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

我瞭解撤銷不會影響 CalOptima Health 或任何醫療服務者根據本授權使用或披露健康資訊的能力。

限制：

我瞭解，在公開會議（包括兒童全面保健模式家庭諮詢委員會的會議）中發生的任何事情都是公共記錄問題，需要根據加州公共記錄法的要求進行披露。與根據本授權披露的資訊相關但未在公開會議上披露的資訊仍受 HIPAA 保護，不得披露，且未經單獨授權 CalOptima Health 不會披露，除非 HIPAA 未經授權允許披露或法律要求。

會員權利：

- 我瞭解我必須收到此授權書的副本。
- 我瞭解我可能會收到額外的授權副本。
- 我瞭解我可以拒絕簽署此授權書。
- 我瞭解我可以隨時撤回此授權。
- 我瞭解治療或付款均不會取決於我拒絕或同意簽署本授權書。

簽名：

透過在下面簽名，我確認收到此授權書的副本。

會員簽名：_____ 日期：_____

家長或法定監護人簽名：_____ 日期：_____

如果是授權代表：

授權代表姓名：_____

與會員的法定關係：_____

個人代表簽名：_____ 日期：_____

個人代表簽署本授權書的法律依據

（如果個人代表代表會員簽署了本表格，則需提供醫療保健授權書副本、法院命令（例如指定為保管人、或已故會員遺產的執行人或管理人），或證明個人代表有權其他代表個人行事的法律文件必須附在本表格上。

將此申請連同個人簡介或履歷提交至：

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

電話: 714-347-5785
傳真: [714-571-2479](tel:714-571-2479) 或電郵: csimmons@caloptima.org