



## تبحث CalOptima Health عن مرشحين للمشاركة في برنامجها اللجنة الاستشارية للأعضاء

يرحب مجلس إدارة CalOptima Health بالمدخلات والتوصيات المقدمة من المجتمع فيما يتعلق بالقضايا المتعلقة ببرامج CalOptima Health. لهذا السبب، يشجع مجلس CalOptima Health الأعضاء والمدافعين عن المجتمع على المشاركة من خلال مجموعة استشارية تُعرف باسم **اللجنة الاستشارية للأعضاء (MAC)**.

تقدم لجنة MAC المشورة لمجلس إدارة وموظفي CalOptima Health. تضم اللجنة 17 عضوًا يمثلون مختلف الدوائر التي تخدمها CalOptima Health. مهمة اللجنة هي:

- تقديم المشورة والتوصيات إلى مجلس CalOptima Health بشأن القضايا المتعلقة ببرامج CalOptima Health وفقًا لتوجيهات مجلس CalOptima Health
- المشاركة عن طريق الدراسة والبحث والتحليل للقضايا التي يكلفها المجلس أو التي تطرحها اللجنة.
- العمل كحلقة وصل بين الأطراف المعنية ومجلس الإدارة.
- مساعدة مجلس الإدارة في الحصول على الرأي العام بشأن القضايا المتعلقة ببرامج CalOptima Health.
- البدء في تقديم توصيات بشأن القضايا للدراسة إلى مجلس CalOptima Health للموافقة عليها والنظر فيها.
- تسهيل التواصل المجتمعي مع CalOptima Health ومجلس الإدارة

في هذا الوقت، تبحث CalOptima Health عن مرشحين للمشاركة في MAC. المقاعد التالية متاحة لأعضاء OneCare المؤهلين:

- **عضو OneCare أو أحد أفراد العائلة المخولين**

**أعضاء Medi-Cal المعينون من قبل مجلس الإدارة وأعضاء OneCare مؤهلون للحصول على راتب قدره 50 دولارًا لكل اجتماع يتم حضوره.**

تشجع اللجنة الأفراد المهتمين الذين لديهم المعرفة والدعم في Medi-Cal و Medicare على التقديم. لتقديم طلب أو ترشيح فرد لعضوية اللجنة الاستشارية للأعضاء، يرجى إرسال طلب المرشح المرفق بالبريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني مع السيرة الذاتية أو خلاصة السيرة الذاتية إلى:

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

بالفاكس: **714-571-2479** أو بالبريد الإلكتروني: [csimmons@caloptima.org](mailto:csimmons@caloptima.org)

إذا كان لديك أي أسئلة يرجى الاتصال على الرقم **714-347-5785**



# CalOptima Health

## اللجنة الاستشارية للأعضاء تقديم الأعضاء

التعليمات: الرجاء الإجابة على جميع الأسئلة. يمكنك كتابة أو طباعة إجاباتك. إذا كان لديك أي أسئلة بخصوص التطبيق، اتصل بالرقم  
1-714-347-5785.

الاسم: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_  
العنوان: \_\_\_\_\_ النقال: \_\_\_\_\_  
المدينة، الولاية، الرمز البريدي: \_\_\_\_\_ الفاكس: \_\_\_\_\_  
البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

أقدم بموجب هذا طلبي لشغل مقعد اللجنة الاستشارية للأعضاء (MAC) التالي لمدة تمتد إما إلى عام 2026 أو 2027 وأدرك أنه سيتم دفع راتب لي قدره \$50 عن كل اجتماع أحضره إذا تم اختياري لأحد المقاعد التالية:

ممثل عضو OneCare أو الممثل المعتمد لأفراد الأسرة (المدة حتى عام 2026)

ممثل عضو OneCare أو أحد أفراد الأسرة المعتمدين (المدة حتى عام 2027)

المنصب الحالي (على سبيل المثال، المسمى الوظيفي، طالب، متطوع، متقاعد، وما إلى ذلك): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

a1. ما هي تجربتك المباشرة أو غير المباشرة في العمل مع تركيبة سكان CalOptima Health الذين ترغب في تمثيلهم في MAC؟

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b1. قم بتضمين أي تجربة مجتمعية ذات صلة.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

a2. ما هو فهمك وإماتك بالمجموعات السكانية المتنوعة ثقافياً و/أو ذوي الاحتياجات الخاصة في مقاطعة أورانج؟

---

---

---

b2. قم بتضمين الخبرة ذات الصلة المتعلقة بالعمل مع مجموعات سكانية متنوعة.

---

---

---

3. ما هو فهمك الحالي لأنظمة الرعاية المُدارة و/أو CalOptima Health؟

---

---

---

---

a4. يرجى توضيح سبب رغبتك في العمل في MAC الخاص بـ CalOptima Health.

---

---

---

---

b4. يرجى توضيح سبب كونك ممثلاً مؤهلاً للعمل في MAC.

---

---

---

---

5. يرجى تحديد اللغات المعتمدة في CalOptima Health التي تتحدثها بطلاقة:

الإنجليزية  الإسبانية  الفيتنامية  الفارسية  الكورية  الصينية  العربية

6. إذا تم اختيارك، هل أنت قادر على الالتزام باجتماع شهري لـ MAC بالإضافة إلى العمل في لجنة فرعية واحدة على الأقل؟

نعم  لا

7. المراجع (المهنية أو المجتمعية أو الشخصية):

الاسم:	_____	الاسم:	_____
العلاقة:	_____	العلاقة:	_____
العنوان:	_____	العنوان:	_____
المدينة، الولاية، الرمز البريدي:	_____	المدينة، الولاية، الرمز البريدي:	_____
رقم الهاتف:	_____	رقم الهاتف:	_____
البريد الإلكتروني:	_____	البريد الإلكتروني:	_____

هل توافق على أنك ستدافع بالنيابة عن جميع أعضاء و/أو مزودي خدمة CalOptima Health أثناء خدمتك في MAC؟  
 نعم  لا

إذا تم اختيارك كممثل في MAC، هل توافق على أنك ستكمل دورات الامتثال السنوية المطلوبة خلال الإطار الزمني المحدد؟  
 نعم  لا

#### إشعار قانون السجلات العامة

بموجب قانون ولاية كاليفورنيا، يعد هذا النموذج والمعلومات التي يحتوي عليها وأي معلومات أخرى مقدمة معه، مثل ملخصات السيرة الذاتية والسير الذاتية، سجلات عامة، باستثناء عنوانك وعنوان بريدك الإلكتروني وأرقام هواتفك، ونفس المعلومات لأي مراجع مقدمة. قد يتم تقديم هذه المستندات إلى مجلس الإدارة للنظر فيها في اجتماع عام، وفي ذلك الوقت سيتم نشرها، مع إزالة معلومات الاتصال، كجزء من مواد مجلس الإدارة المتوفرة على الموقع الإلكتروني الخاص بـ CalOptima Health، وحتى لو لم يقدم إلى المجلس، وستكون متاحة عند الطلب لأفراد الجمهور.

التوقيع

التاريخ

## التنازل المحدود عن الخصوصية

بموجب قانون الولاية والقانون الفيدرالي، فإن حقيقة أن الشخص مؤهل للحصول على Medi-Cal أو OneCare هي مسألة خاصة لا يجوز لـ CalOptima Health الكشف عنها إلا عند الضرورة لإدارة برامج Medi-Cal أو OneCare، ما لم يتم السماح بالإفصاحات الأخرى من قبل عضو مؤهل. نظرًا لأن منصب ممثل المستهلك في اللجنة الاستشارية للأعضاء يتطلب أن يكون الشخص المعين عضوًا، فسيتم الكشف عن أهلية العضو لبرنامج Medi-Cal لعامة الناس. يجب على العضو تحديد المربع أدناه والتوقيع على هذا التنازل للسماح بترشيح اسمه للجنة الاستشارية.

عضو ONECARE أو مقدم الطلب المعتمد من أفراد العائلة

أدرك أنه من خلال التوقيع أدناه والتقدم للعمل في MAC، فإنني أكشف عن أهليتي لبرنامجي Medi-Cal و OneCare، والمعلومة التي تكون محمية بموجب قانون الولاية أو القانون الفيدرالي. لا أوافق على الكشف عن أي معلومات أخرى محمية بموجب قانون الولاية أو القانون الفيدرالي.

العضو (الاسم المكتوب)

العضو (التوقيع)

التاريخ

تصريح الاستخدام والكشف عن  
المعلومات الصحية المحمية (PHI)

تتطلب لوائح الخصوصية الفيدرالية الخاصة بقانون HIPAA إكمال هذا النموذج للسماح لـ CalOptima Health باستخدام معلوماتك الصحية المحمية (PHI) أو الكشف عنها لشخص أو مؤسسة أخرى. يرجى إكمال النموذج وتوقيعه وإعادته إلى CalOptima Health.

تاريخ الطلب: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_  
اسم العضو: \_\_\_\_\_ رقم التعريف الشخصي للعضو: \_\_\_\_\_

**تفويض:**

أنا، \_\_\_\_\_، أفوض CalOptima Health، بموجب هذا، لاستخدام معلوماتي الصحية أو الكشف عنها كما هو موضح أدناه.

قم بوصف المعلومات الصحية التي سيتم استخدامها أو الكشف عنها بموجب هذا التفويض (يرجى التحديد): حالة المستفيد من Medi-Cal أو OneCare وأي معلومات يختار العضو الكشف عنها فيما يتعلق بطلبه/ها للتعين في اللجنة الاستشارية لأعضاء CalOptima Health (MAC).

الشخص أو المنظمة المخولة بتلقي المعلومات الصحية: عامّة الناس

قم بوصف كل غرض من أغراض الاستخدام أو الكشف المطلوب (يرجى التحديد): للسماح بالخدمة كممثل مستفيد في اللجنة الاستشارية لأعضاء CalOptima Health (MAC).

**تاريخ النفاذ:**

يصبح هذا التفويض ساري المفعول على الفور وينتهي في: انتهاء مدة الوظيفة المتقدم عليها.

الحق في الإلغاء: أدرك أن لدي الحق في إلغاء هذا التفويض كتابيًا في أي وقت. لإلغاء هذا التفويض، أدرك أنه يجب علي تقديم طلبي كتابيًا والتوضيح بوضوح أنني ألغي هذا التفويض المحدد. بالإضافة إلى ذلك، يجب علي التوقيع على طلبي ثم إرسال طلبي بالبريد أو تسليمه إلى:

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

أدرك أن الإلغاء لن يؤثر على قدرة CalOptima Health أو أي مزود رعاية صحية على استخدام المعلومات الصحية أو الكشف عنها إلى الحد الذي تصرف فيه بالاعتماد على هذا التفويض.

\*\* سيؤدي إلغاء هذا التفويض إلى إنهاء المشاركة في شركة MAC على الفور.

**تقييدات:**

أدرك أن بعض المعلومات (مثل حالة المستفيد من Medi-Cal أو OneCare واسمه) المستخدمة أو التي تم الكشف عنها نتيجة لتوقيعي على هذا التفويض قد يتم استخدامها أو الكشف عنها مرة أخرى وفقاً لقانون السجلات العامة في كاليفورنيا. لن يتم استخدام المعلومات المحظورة بموجب قانون السجلات العامة الذي تحتفظ به CalOptima Health أو الكشف عنها ما لم يتم الحصول على تفويض آخر مني أو ما لم يكن هذا الاستخدام أو الكشف مسموحاً به أو مطلوباً على وجه التحديد بموجب القانون.

#### حقوق العضو:

- أدرك أنه يجب ان أحصل على نسخة من هذا التفويض.
- أدرك أنني قد أتلقى نسخاً إضافية من التفويض.
- أدرك أنني قد أرفض التوقيع على هذا التفويض.
- أدرك أنه يجوز لي سحب هذا التفويض في أي وقت.
- أدرك أنه لن يعتمد العلاج أو الدفع على رفضي أو موافقتي على التوقيع على هذا التفويض.

#### التوقيع:

بالتوقيع أدناه، أقر بتلقي نسخة من هذا التفويض.

توقيع العضو: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

أرسل الطلب المكتمل وسيرتك الذاتية أو ملخص سيرتك الذاتية ونماذج التفويض الموقعة إلى:

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

للاستئلة، اتصل بالرقم 1-714-347-5785