



CalOptima Health 는 회원 자문 위원회(Member Advisory Committee)에 참여할 후보자를 찾고 있습니다

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 회원은 다음 후보자 자리가 있습니다:

• OneCare 회원 또는 승인된 가족 구성원

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

위원회는 Medi-Cal 및 Medicare 에 대한 지식과 지원을 갖춘 관심 있는 개인의 신청을 권장합니다. 회원 자문 위원회에 신청하거나 개인을 추천하려면 첨부된 후보자 신청서를 약력이나 이력서와 함께 우편, 팩스 또는 이메일로 다음 주소로 보내주십시오:

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

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

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



회원 자문 위원회
회원 신청서

지침: 모든 질문에 답변해 주셔야 합니다. 답변은 수기로 작성하거나 타이핑하시면 됩니다. 신청서와 관련한 질문이 있는 경우, 1-714-347-5785 로 전화해 주십시오.

이름: _____ 전화번호: _____
주소: _____ 휴대전화 번호: _____
시, 주, 우편번호: _____ 팩스: _____
이메일: _____

본인은 2026 년 또는 2027 년까지 임기인 다음 회원 자문 위원회(Member Advisory Committee, MAC) 의석의 신청서를 제출하며, 다음 의석 중 하나에 선정되는 경우, 회의에 참석할 때마다 \$50 의 급료를 받게 될 것임을 이해합니다.

- OneCare 회원 또는 승인받은 가족 대리인(2026 년까지 임기)
- OneCare 회원 대리인 또는 승인받은 가족 대리인(2027 년까지 임기)

현재 지위(예: 직위, 학생, 자원봉사자, 은퇴 등): _____

1a. 귀하가 MAC 에서 대변하고자 하는 CalOptima Health 집단과의 직접 또는 간접적인 협력 경험은 무엇입니까?

1b. 관련 지역사회 경험을 적어 주십시오.

2a. 오렌지 카운티에 있는 다양한 문화 및/또는 장애 인구에 대한 귀하의 친숙도 및 이해는 어떠합니까?

2b. 다양한 인구와 협력한 관련 경험을 적어 주십시오.

3. 관리된 치료 시스템 및/또는 CalOptima Health 에 대해 현재 어떻게 이해하고 있으십니까?

4a. CalOptima Health MAC 의 일원이 되고자 하는 이유를 설명해 주십시오.

4b. 귀하가 MAC 의 일원이 될 수 있는 자격을 갖춘 대리인이라고 생각하는 이유를 설명해 주십시오.

5. 다음 CalOptima Health 기본 언어 중 유창하게 구사하는 언어를 선택해 주십시오.

영어 스페인어 베트남어 페르시아어 한국어 중국어 아랍어

6. 자문 위원으로 선정될 경우, 월례 MAC 회의에 참석 외에도 하나 이상의 소위원회에서 활동하실 수 있습니까? 예 아니요

7. 추천인 (전문가, 커뮤니티 또는 개인):

이름: _____ 이름: _____

관계: _____ 관계: _____

주소: _____ 주소: _____

시, 주, 우편번호: _____ 시, 주, 우편번호: _____

전화번호: _____ 전화번호: _____

이메일: _____ 이메일: _____

MAC 임기 중 CalOptima Health 회원 및/또는 의료 제공자를 대표하여 대변하는 것에 동의하십니까?
 예 아니요

MAC 대리인으로 선정되는 경우, 지정된 시간 내에 필수 연례 법률 준수 교육 과정을 완료하는 것에 동의하십니까? 예 아니요

공공 기록법(PUBLIC RECORDS ACT) 고지

캘리포니아주 법률에 따라, 본 양식 및 양식에 포함된 정보, 양식과 함께 제출하는 그 외 정보, 예를 들어 인적 사항 요약, 이력서 등은 공공 기록입니다. 여기에는 귀하의 주소, 이메일 주소, 전화번호, 및 보증인의 해당 정보는 포함되지 않습니다. 해당 문서는 이사회에 제공되어 공청회에서 이사회가 고려할 수도 있습니다. 그러한 경우, 문서는 연락처 정보를 지우고, CalOptima Health 웹사이트에서 열람할 수 있는 이사회 자료의 일부로 공개될 것입니다. 이사회에 제공하지 않는 경우에도, 일반 시민의 요청이 있는 경우 제공됩니다.

서명

날짜

제한적 개인정보 면책서

주 및 연방법에 따라, 개인의 Medi-Cal 또는 OneCare 자격 여부에 대한 사실은 해당 회원이 기타 공개를 승인하지 않는 이상, Medi-Cal 또는 OneCare 프로그램을 운영하는 데 필요한 경우에 CalOptima Health에 의해서만 공개될 수 있는 개인적인 사안입니다. 회원 자문 위원회 소비자 대리인 직위는 당사자가 회원임을 필수 조건으로 요구하기 때문에, 회원의 Medi-Cal 자격이 일반 대중에게 공개됩니다. 회원은 아래의 상자에 체크 표시하고 면책서에 서명하여 본인의 이름이 자문 위원회 후보에 오르는 것을 허용해야 합니다.

ONECARE 회원 또는 승인받은 가족 대리인 신청인

본인은 아래에 서명하고 MAC 직을 신청함으로써, 주 또는 연방법에 따라 보호되는 사실인 Medi-Cal 및 OneCare 프로그램에 대한 본인의 자격을 공개하게 됨을 이해합니다. 본인은 주 또는 연방법에 따라 보호되는 기타 정보 공개에 동의하지 않습니다.

회원(정자체 성명)

회원(서명)

날짜

보호 대상 건강 정보(PHI)

사용 및 공개 허가서

연방 의료 정보 보호법(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)에 따르면 CalOptima Health 가 귀하의 보호 대상 건강 정보(Protected Health Information, PHI)를 제삼자 또는 기관에 사용 또는 공개하기 위해서는 귀하가 본 양식을 작성하여 승인해야 합니다. 양식을 작성하고 서명한 뒤, CalOptima Health 에 제출해 주십시오.

요청 날짜: _____ 전화번호: _____

회원 이름: _____

회원 고객번호(Client ID Number, CIN): _____

승인:

본인(_____)은 CalOptima Health 에서 아래에 적힌 본인의 건강 정보 사용 또는 공개를 승인합니다.

본 허가서에 따라 사용 또는 공개되는 건강정보 기재(구체적으로 작성): Medi-Cal 또는 OneCare 수혜 상태 및 회원이 본인의 CalOptima Health 회원 자문 위원회(MAC) 임명 신청과 관련하여 공개하기로 한

모든 정보

건강 정보 수령을 승인받은 개인 또는 조직: 일반 대중

요청받은 사용 또는 공개 목적 설명(구체적으로 기재): CalOptima Health 회원 자문 위원회(MAC)

수혜자 대리인 직의 수행

만료일:

본 허가서는 즉시 효력을 발휘하며 신청한 직무의 임기 종료 시점에 만료됩니다.

철회에 대한 권리: 본인은 언제든지 본 허가서를 철회할 권리가 있음을 이해합니다. 본인은 허가를 철회하려면 본 특정 허가서를 철회한다는 사실을 명확히 명시해 서면으로 요청해야 함을 알고 있습니다. 또한, 본인은 요청서에 서명하고 나서 요청서를 다음 주소로 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 의료서비스 제공자가 본 허가서에 따른 범위에 대해서는 본인의 건강 정보를 계속 사용하거나 공개하는 능력에 영향을 미치지 않는다는 점을 이해합니다.

** 본 승인서를 철회하는 경우, MAC와의 관계는 즉시 종료됩니다.

제한:

본인은 이 허가서에 서명한 결과로써, 사용 또는 공개되는 특정 정보(예: Medi-Cal 또는 OneCare 수혜자 상태 및 이름)가 캘리포니아주 공공 기록법에 따라 추가로 사용 또는 공개될 수 있음을 이해합니다.

CalOptima Health에서 관리하며 공공 기록법에 포함되지 않는 정보는 본인이 추가로 승인하거나, 법에서 구체적으로 그러한 사용 또는 공개를 허가하거나, 법적으로 필요한 경우를 제외하고 사용 또는 공개되지 않습니다.

회원의 권리:

- 본인은 본 허가서의 사본을 반드시 받아야 함을 이해합니다.
- 본인은 본 허가서의 추가 사본을 받을 수도 있음을 이해합니다.
- 본인은 본 허가서에 서명하는 것을 거부할 수도 있음을 이해합니다.
- 본인은 언제든지 본 허가서를 철회할 수 있음을 이해합니다.
- 본인은 본 허가서의 서명을 거부하거나 동의하는 것이 치료나 비용 납부에 영향을 미치지 않음을 이해합니다.

서명:

아래에 서명함으로써, 본인이 본 허가서의 사본을 수령했음을 인정합니다.

회원 서명: _____ 날짜: _____

작성한 신청서, 인적 사항 또는 이력서, 서명한 허가서를 보낼 주소:

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

질문은 1-714-347-5785 로 문의해 주십시오