

## **CalOptima busca candidatos para participar en su Comité Asesor Familiar del Modelo de Desarrollo Infantil Integral**

Se autorizó el Modelo de Desarrollo Infantil Integral (Whole-Child Model, WCM) para incorporar los servicios cubiertos de los Servicios para Niños de California (California Children's Services, CCS) para niños y jóvenes elegibles para Medi-Cal al beneficio del plan de atención administrada de Medi-Cal. El Modelo de Desarrollo Infantil Integral tiene una medida que exige que los planes de salud establezcan un comité asesor familiar.

La Junta Directiva de CalOptima agradece las aportaciones y recomendaciones de sus miembros y la comunidad con respecto a los programas de CalOptima. Por lo tanto, CalOptima invita a los miembros y defensores de la comunidad a participar en el Comité Asesor Familiar (Family Advisory Committee, FAC) del WCM.

El WCM FAC estará compuesto por miembros y familiares de los miembros que reciben servicios de CCS, y defensores de la comunidad que les brindan servicios. El comité rendirá cuentas a la Junta y se le pedirá que:

- Proporcione asesoría y recomendaciones a la Junta y al personal sobre cuestiones relacionadas con el Modelo de Desarrollo Infantil Integral de CalOptima, según lo indique la Junta y en conformidad con la ley aplicable.
- Participe en el estudio, la investigación y el análisis de asuntos asignados por la Junta o generados por el personal o el comité asesor familiar.
- Actúe como enlace entre las partes interesadas y la Junta, y ayude a la Junta y al personal a obtener la opinión pública sobre cuestiones relacionadas con el Modelo de Desarrollo Infantil Integral de CalOptima.
- Haga recomendaciones sobre cuestiones para el estudio a la Junta de CalOptima para su aprobación y consideración, y facilite la extensión comunitaria para el Modelo de Desarrollo Infantil Integral de CalOptima y la Junta.

CalOptima busca a candidatos que brinden servicio como miembros o familiares de los miembros en su WCM FAC. Están disponibles los siguientes puestos con duración de dos años:

Puestos de miembros o familiares de los miembros:

- Tres (3) puestos de miembros autorizados o representantes de familia de un miembro en una de las siguientes categorías:
  - representantes autorizados, los cuales pueden ser padres, padres de niños bajo crianza temporal y cuidadores de un miembro de CalOptima que actualmente sea beneficiario de los servicios de CCS;
  - miembros de CalOptima de 18 a 21 años que actualmente sean beneficiarios de los servicios de CCS; o

- miembros actuales de CalOptima de más de 21 años que pasaron por los servicios de CCS.

Las personas interesadas con conocimiento o experiencia en CCS deben enviar la solicitud completada, una biografía o currículum y los formularios de divulgación apropiados lo más pronto posible. El proceso de selección se mantendrá abierto hasta que se cubran los puestos. El candidato seleccionado al comité será elegible para recibir una remuneración de \$50 por asistir a cada una de las juntas.

Envíe su solicitud a:

- CalOptima, Attn: Cheryl Simmons, 505 City Parkway West, Orange, CA 92868 o por fax al: **1-714-571-2479**, o a [csimmons@caloptima.org](mailto:csimmons@caloptima.org).

Si tiene alguna pregunta, llame al **1-714-347-5785**. Usuarios de la línea TDD/TTY pueden llamar gratuitamente al **1-800-735-2929**. Contamos con personal que habla su idioma.

Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros gratuitamente al **1-888-587-8088**. Usuarios de la línea TDD/TTY pueden llamar gratuitamente al **1-800-735-2929**.



## **Comité Asesor Familiar del Modelo de Desarrollo Infantil Integral (WCM FAC) Solicitud de Miembro**

Instrucciones: escriba de manera clara en letra de imprenta o de molde. Esta solicitud es para los miembros actuales de los Servicios para Niños de California (California Children's Services, CCS) y sus familiares. Adjunte un currículum o una biografía que describa sus competencias e incluya los formularios de autorización firmados. Si tiene preguntas, llame al **1-714-347-5785**.

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono principal: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono alterno: \_\_\_\_\_

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

Fecha: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

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

CalOptima busca a candidatos que brinden servicio como miembros o familiares de los miembros en su WCM FAC. Están disponibles los siguientes puestos con duración de dos años:

#### **Puestos de miembros o familiares de los miembros:**

- A. Tres (3) puestos de miembros autorizados o representantes de familia de un miembro en una de las siguientes categorías:
- i. representantes autorizados, los cuales pueden ser padres, padres de niños bajo crianza temporal y cuidadores de un miembro de CalOptima que actualmente sea beneficiario de los servicios de CCS;
  - ii. miembros de CalOptima de 18 a 21 años que actualmente sean beneficiarios de los servicios de CCS; o
  - iii. miembros actuales de CalOptima de más de 21 años que pasaron por los servicios de CCS.

\* Los candidatos interesados en los puestos para miembros o familiares del WCM FAC deben residir en el condado de Orange y mantener la inscripción en CalOptima Medi-Cal y/o Servicios para Niños de California/Modelo de Desarrollo Infantil Integral o debe ser familiar de un miembro inscrito en CalOptima Medi-Cal y los Servicios para Niños de California/Modelo de Desarrollo Infantil Integral.

---

---

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

---

Si usted es un familiar, padre de niños bajo crianza temporal o cuidador, díganos quién es el miembro y cuál es su relación con el miembro:

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

Díganos si ha sido miembro de CalOptima (es decir, Medi-Cal) o si tiene alguna experiencia en defensa del consumidor: \_\_\_\_\_

---

---

---

Explique por qué sería un buen representante de las diversas necesidades culturales o especiales de niños o familias de niños en CCS. Incluya cualquier experiencia relevante con estas poblaciones: \_\_\_\_\_

---

---

Proporcione una breve descripción de su conocimiento o experiencia con los Servicios para Niños de California: \_\_\_\_\_

---

---

Explique por qué desea brindar servicios en el WCM FAC: \_\_\_\_\_

---

---

---

Describa por qué sería un representante calificado para brindar servicios en el WCM FAC: \_\_\_\_\_

---

---

---

Además de inglés, ¿habla o lee alguno de los idiomas principales de CalOptima para el Modelo de Desarrollo Infantil Integral (es decir, español, vietnamita, coreano, persa, chino o árabe)? De ser así, ¿cuáles? \_\_\_\_\_

Si es seleccionado, ¿está dispuesto a comprometerse a asistir (al menos) a las reuniones trimestrales de WCM FAC, así como a participar en al menos un subcomité?  Sí  No

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: \_\_\_\_\_

Firme el **Aviso de la Ley de Registros Públicos** a continuación y la **Exención de Privacidad Limitada** en la página siguiente. También necesita firmar el formulario adjunto de **Autorización para el uso o divulgación de información de salud protegida** para permitir que CalOptima verifique 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 currículos, son registros públicos, con la excepción de su dirección, dirección de correo electrónico y números de teléfono, y 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 la página de Internet de CalOptima, e incluso si no se presentan a la Junta, estarán disponibles a petición para el público en general.**

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

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

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

### 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 solo puede divulgar, según sea necesario, para administrar el programa Medi-Cal y CCS, a menos que el miembro elegible autorice otras divulgaciones. Debido a que el puesto de representante de los 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 reciba CCS, la elegibilidad del miembro para Medi-Cal y CCS se divulgará al público en general. El miembro o su representante (por ejemplo, padre, padre de niños bajo crianza temporal, tutor, etc.) debe marcar la casilla correcta a continuación y firmar esta exención para permitir que su nombre o el del familiar o el del cuidador sea nominado para el comité asesor.

**CANDIDATO MIEMBRO** — Entiendo que al firmar a continuación y presentar una solicitud para participar en WCM FAC, divulgo mi elegibilidad para el programa Medi-Cal y CCS, la cual, de otra manera, está protegida por la ley estatal o federal. No estoy de acuerdo en divulgar ninguna otra información protegida por la ley estatal o federal.

**CANDIDATO FAMILIAR** — Entiendo que al presentar una solicitud para participar en WCM FAC, es probable que mi estado como familiar de una persona elegible para los beneficios de Medi-Cal y CCS se haga público. Autorizo la divulgación de la elegibilidad de mi familiar (nombre del miembro: \_\_\_\_\_) para el programa Medi-Cal y CCS, la cual de otra manera está protegida por la ley estatal o federal. No estoy de acuerdo en divulgar ninguna otra información protegida por la ley estatal o federal.

Miembro de Medi-Cal/CCS (nombre en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Nombre del candidato en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Firma del candidato: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN DE USO Y 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 use o divulgue su información de salud protegida (Protected Health Information, PHI) a otra persona o agencia. Llene, firme y devuelva este formulario a CalOptima.

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Número CIN del miembro: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN:

Yo, \_\_\_\_\_, por medio de la presente autorizo a CalOptima 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): **información relacionada con la identidad, las actividades administrativas del programa y/o los servicios prestados a mí o a mi hijo(a) que se revela en respuesta a mis propias divulgaciones y/o preguntas relacionadas con la misma.**

Persona u organización autorizada para recibir la información de salud: **público en general**

Describa cada propósito del uso o divulgación solicitados (sea específico): **para permitir que el personal de CalOptima responda a preguntas o cuestiones planteadas por mí que puedan requerir referencia a mi información de salud que está protegida por ley de ser divulgada durante las reuniones públicas del Comité Asesor Familiar del Modelo de Desarrollo Infantil Integral de CalOptima.**

### FECHA DE VENCIMIENTO:

Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y se vence: **al final del plazo 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:

Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros gratuitamente al **1-888-587-8088**. Usuarios de la línea TDD/TTY pueden llamar gratuitamente al **1-800-735-2929**.

CalOptima  
Customer Service Department  
505 City Parkway West  
Orange, CA 92868

Entiendo que una revocación no afectará la capacidad de CalOptima 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 cosa que ocurra en el contexto de una reunión pública, incluidas las reuniones del Comité Asesor Familiar del Modelo de Desarrollo Infantil Integral, es una cuestión de registro público que requiere que se divulgue a petición bajo la Ley de Registros Públicos de California. La información relacionada o relevante a la información divulgada de conformidad con esta autorización que no sea divulgada en la reunión pública permanece protegida de la divulgación bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA), y no será divulgada por CalOptima sin una autorización separada, a menos que la divulgación sea permitida por HIPAA sin autorización, o exigida por la ley.

**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.

**COPIAS ADICIONALES:**

¿Recibió copias adicionales?     Sí                       No

**FIRMA:**

Al firmar a continuación, reconozco que recibo una copia de esta autorización.

Firma del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**En caso de un representante autorizado:**

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

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

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

Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros gratuitamente al **1-888-587-8088**. Usuarios de la línea TDD/TTY pueden llamar gratuitamente al **1-800-735-2929**.



***Base para que la autoridad legal firme esta autorización por parte de un representante personal***

Si un representante personal firmó este formulario en nombre del miembro, debe adjuntarse a este formulario una copia de la Carta poder para la atención médica, una orden judicial (como nombramiento como custodio, o como albacea o administrador de los bienes de un miembro fallecido), u otra documentación legal que demuestre la autoridad del representante personal para actuar en nombre de la persona.