



# MassHealth 会员顾问委员会 (MAC) 申请表

## 背景

**申请目的:** 您填写本申请表是因为您有意参加 MassHealth 会员顾问委员会 (MAC)。MAC 将就政策制定和计划实施相关主题向 MassHealth 提出建议, 以提高 MassHealth 会员的医疗质量和获取医疗服务的机率。选出的 MAC 会员预计任期为两年。有关 MAC 的更多信息, 请参阅“MAC 机会通知” (NOO) 和“常见问题解答” (FAQ) 文件, 或访问 [MassHealth 会员顾问委员会 \(MAC\) | Mass.gov](https://www.mass.gov/info-details/masshealth-member-advisory-committee-mac) (<https://www.mass.gov/info-details/masshealth-member-advisory-committee-mac>) 网站。

**如何查找和获取申请表:** 该申请表可在 COMMBUYS ([www.commbuys.com](http://www.commbuys.com)) 和 MAC 网页 ([MassHealth 会员顾问委员会 \(MAC\) | Mass.gov](https://www.mass.gov/info-details/masshealth-member-advisory-committee-mac)) 上获取。该申请表还提供西班牙语、海地克里奥尔语、葡萄牙语、简体中文和越南语版本。该申请表有纸质和电子格式。如果您需要本文件或任何发送给您的 MAC 信息或申请材料副本, 请联系采购协调员 Shukri Osman, 电邮: [shukri.osman@mass.gov](mailto:shukri.osman@mass.gov), 电话: (781) 531-4363。您也可以要求合理的便利设施, 例如用其他格式获取材料。



**回答受到保护:** MassHealth [隐私方法通知](https://www.mass.gov/lists/hipaa-forms-for-masshealth-members#masshealth---notice-of-privacy-practices) 描述 MassHealth 如何使用和披露您的信息。您可以在以下网站查找隐私方法通知: <https://www.mass.gov/lists/hipaa-forms-for-masshealth-members#masshealth---notice-of-privacy-practices>。根据法律要求, 本 MAC 申请表可能会公开披露。如果作为公共记录请求的一部分请求您提交申请表, MassHealth 将删除您的姓名以及我们认为可用于识别您身份的任何信息。

有关 MassHealth 将如何删除可识别身份信息的更多信息, 请参阅 MAC 常见问题解答。

**您的申请不会影响您的福利。** 您无需填写本申请表即可获得 MassHealth 福利。您提交或不提交本申请表的决定不会对您的 MassHealth 福利、资格或服务产生任何影响。

## 说明

请回答以下问题。

### 第 1 部分: 如何与我联系

1. 名: \_\_\_\_\_
2. 姓: \_\_\_\_\_
3. 愿意使用的名字: \_\_\_\_\_
4. 电话号码: \_\_\_\_\_
5. 电子邮件地址 (如有): \_\_\_\_\_
6. 愿意采用的通讯方法 (请为所有申请人提供您的联系信息):
  - a. 电话 \_\_\_\_\_
  - b. 电子邮件 \_\_\_\_\_
  - c. 邮件 (请提供邮寄地址) \_\_\_\_\_

## 第 2 部分:我的 MassHealth 经历

7. 请选择目前最适当地描述您的选项:

- a. 我是**目前的** MassHealth 会员。
- b. 我是**以前的** MassHealth 会员。

我最后享有 MassHealth 的日期: (月份/年份 (如知道)) \_\_\_\_\_

注释: 您必须在过去五年内享有 MassHealth, 才有资格参加 MAC。

c. 我是目前或以前的 MassHealth 会员的监护人或家庭看护者。

I. 请描述:

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

II. 请分享您担任其监护人或家庭看护者的会员姓名:

\_\_\_\_\_

III. 您担任其监护人或家庭看护者的会员目前是 MassHealth 会员吗? 请选择:

是  否  不知道

## 第 3 部分:有关我的更多信息

**请注意: 回答本部分是自愿性的, 不会影响您获得 MassHealth 福利或服务的资格。**

MassHealth 提出这些问题是为了进一步实现 MassHealth 的目标, 即选择一组 MAC 会员, 这些会员作为一个整体, 反映 MassHealth 所服务社区的多样性。这包括反映不同年龄、文化、语言、社区、种族、族裔、健康、残障、性取向和性别认同、经历、地理社区、住房状况、护理环境 (包括设施 (例如护理设施)、家庭或社区环境) 以及参加 MassHealth 计划的个人。

MassHealth 了解身份是复杂和相互交织的。请在每个问题下方选择与您相关的尽可能多的方框。您还可以在问题 19 中添加更多关于您自己的信息。

8. 我的出生日期: \_\_\_\_\_ 9. 我的邮政编码 (如有): \_\_\_\_\_  
或选择:  “我目前没有住房。”

10. 如果有住房, 请选择您居住的县, 或选择“我不知道”。

- |                                     |                                    |                                    |
|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Barnstable | <input type="checkbox"/> Franklin  | <input type="checkbox"/> Norfolk   |
| <input type="checkbox"/> Berkshire  | <input type="checkbox"/> Hampden   | <input type="checkbox"/> Plymouth  |
| <input type="checkbox"/> Bristol    | <input type="checkbox"/> Hampshire | <input type="checkbox"/> Suffolk   |
| <input type="checkbox"/> Dukes      | <input type="checkbox"/> Middlesex | <input type="checkbox"/> Worcester |
| <input type="checkbox"/> Essex      | <input type="checkbox"/> Nantucket | <input type="checkbox"/> 我不知道      |

11. 您愿意使用哪一种语言?

口语: \_\_\_\_\_ 书面语言: \_\_\_\_\_

12. 您的种族是什么?

- |   |                                |
|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 | <input type="checkbox"/> 白人    |
| <input type="checkbox"/> 亚裔             | <input type="checkbox"/> 其他种族  |
| <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人       | <input type="checkbox"/> 不知道   |
| <input type="checkbox"/> 中东人或北非人        | <input type="checkbox"/> 选择不回答 |
| <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或太平洋岛民   |                                |

13. 您的族裔是什么？

族裔是指您的背景、传统、文化、祖籍或您或您的家人出生的国家。请选择适合您的尽可能多的选项。

- |                                   |                                  |   |
|-----------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 非裔       | <input type="checkbox"/> 多米尼加人   | <input type="checkbox"/> 葡萄牙人                         |
| <input type="checkbox"/> 非裔美国人    | <input type="checkbox"/> 东欧人     | <input type="checkbox"/> 波多黎各人                        |
| <input type="checkbox"/> 美国人      | <input type="checkbox"/> 欧洲人     | <input type="checkbox"/> 俄国人                          |
| <input type="checkbox"/> 印度人      | <input type="checkbox"/> 菲律宾人    | <input type="checkbox"/> 萨尔瓦多人                        |
| <input type="checkbox"/> 巴西人      | <input type="checkbox"/> 危地马拉人   | <input type="checkbox"/> 南美                           |
| <input type="checkbox"/> 柬埔寨人     | <input type="checkbox"/> 海地人     | <input type="checkbox"/> 越南人                          |
| <input type="checkbox"/> 佛得角克里奥尔人 | <input type="checkbox"/> 洪都拉斯人   | <input type="checkbox"/> 我的族裔未列出<br>(请具体说明):<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> 加勒比岛民    | <input type="checkbox"/> 日本人     | <input type="checkbox"/> 不知道                          |
| <input type="checkbox"/> 中美洲人     | <input type="checkbox"/> 韩国人     | <input type="checkbox"/> 选择不回答                        |
| <input type="checkbox"/> 华人       | <input type="checkbox"/> 老挝人     |   |
| <input type="checkbox"/> 哥伦比亚人    | <input type="checkbox"/> 墨西哥人    |   |
| <input type="checkbox"/> 古巴人      | <input type="checkbox"/> 中东人或北非人 |   |

14. 以下哪一项最适当地描述您目前的性别认同？

性别认同是指个人如何定义和理解自己的性别，例如男性、女性、非二元性别、非常规性别、跨性别者或其他性别。请选择适合您的尽可能多的选项。

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 男                         | <input type="checkbox"/> 性别认同未在此处列出，<br>请具体说明：_____ |
| <input type="checkbox"/> 女                         | <input type="checkbox"/> 不知道                        |
| <input type="checkbox"/> 跨性别男性                     | <input type="checkbox"/> 选择不回答                      |
| <input type="checkbox"/> 跨性别女性                     |   |
| <input type="checkbox"/> 性别酷儿/非常规性别/非二元性别/既非男性亦非女性 |   |

15. 以下哪些选项最适当地描述您当前的性取向？

性取向描述个人如何定义自己对他人的身体和/或情感吸引力。请选择适合您的尽可能多的选项。

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 异性恋             | <input type="checkbox"/> 我的族裔未列出，<br>请具体说明：_____ |
| <input type="checkbox"/> 女同性恋或男同性恋       | <input type="checkbox"/> 不知道                     |
| <input type="checkbox"/> 双性恋             | <input type="checkbox"/> 选择不回答                   |
| <input type="checkbox"/> 性别酷儿、泛性恋或性取向有疑问 |  |

16. 您是否认为自己是残障人士或有慢性医疗保健需求？

- |   |                                |
|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 是<br>请描述：_____ |                                |
| <input type="checkbox"/> 否              | <input type="checkbox"/> 选择不回答 |

17. 您是否住在设施或集体住宿中？

- |                            |                                |
|----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 不知道   |
| <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 选择不回答 |

18. 您是否在家中接受长期服务或支持或其他基于社区的服务？

是

不知道

否

选择不回答

19. 请告诉我们更多关于您和您的生活经历的信息。例如，您可以分享有关您的种族、族裔、性别、性取向、残障、住房状况、健康需求、军人经历等其他信息。您可以选择在下方填写信息，也可以另附一页纸回答。

---

---

---

---

#### 第 4 部分:我的参与

20. MAC 预计每年召开大约六次会议，大约每隔一个月召开一次会议。将要求会员尽可能参加所有会议。大多数会议预计持续约两小时，会议之间可能需要一些额外的准备时间。MAC 会员可以选择亲自参加会议，或通过电话或计算机（例如 Zoom）参加会议。MAC 会员可以决定他们愿意如何参加会议。

您每年能参加六次 MAC 会议吗？

是

否

不确定

21. 预计会员在 MAC 任职两年（也称为“任期”）。您能承诺在 MAC 任职两年吗？

是

否

不确定

#### 第 5 部分:我为什么希望参加

您可以选择在下方填写信息，也可以另附一页纸回答。您可以根据需要添加更多纸页。

22. 您为什么希望成为 MassHealth MAC 会员？

23. 请分享更多有关您的 MassHealth 经历的信息。请包括积极的和具有挑战性的例子

24. 您有哪些优势可以帮助 MAC 取得成功？

25. 请告诉我们至少一件您希望改进或改变 MassHealth 的事情及其原因。

#### 第 6 部分:其他信息

26. 您目前是否参加任何其他 MassHealth 运行的顾问团体？

是。如果回答“是”，请描述是哪些团体（如知道）：

---

---

否

不知道

27. 是否还有任何其他您希望告诉 MassHealth 的信息？

---

---

---

---

28. 如果您未被选为 MAC 会员, 您是否有意了解更多与 MassHealth 合作的其他机会?

是

否

不确定

## 第 7 部分: 签名

---

MassHealth 将使用您在本申请表中的回答考虑您是否可能成为 MassHealth 会员顾问委员会 (MAC) 的会员。

您提交本 MAC 申请表则表示您同意 MassHealth 按照本 MAC 申请表中所述使用您的信息。根据法律要求, 本 MAC 申请表可能会被公开披露。如果作为公共记录请求的一部分请求您提交申请表, MassHealth 将删除您的姓名以及我们认为可用于识别您身份的任何信息。请在下方键入您的姓名或签名。

---

姓名

日期

## 申请表提交说明

---

MAC 申请表提交截止日期为 **2024 年 9 月 27 日下午 5 时**。如果您的申请表在 2024 年 9 月 27 日下午 5 时后收到, 则不会进行审核。请作出相应的安排。

您可以选择通过邮寄或电子邮件提交本申请表。

**如需通过邮寄提交**, 请寄至:

Shukri Osman, Procurement Coordinator  
Office of the General Counsel  
Executive Office of Health and Human Services  
One Ashburton Place, 11<sup>th</sup> Floor  
Boston, MA 02108

**如需通过电子邮件提交 (请注意, 电子邮件本质上是一个不安全的平台), 请将您填妥的申请表送交给采购协调员 Shukri Osman, 电邮: [shukri.osman@mass.gov](mailto:shukri.osman@mass.gov)。**

**感谢您填写本 MAC 申请表! 所有填写本申请表的个人都将通过电子邮件获悉是否被选择参加 MAC。**

**如果您希望通过邮件收到通知, 请勾选本方框 (务必在第 1 部分提供邮寄地址)。**