



Solicitud para participar en el Consejo Asesor de Afiliados (MAC) de MassHealth

Información general

Propósito de la Solicitud: Usted está llenando esta Solicitud porque está interesado en participar en el Consejo Asesor de Afiliados (MAC) de MassHealth. El MAC brindará asesoramiento a MassHealth en temas relacionados con la creación de normas y la implementación de programas para mejorar la calidad de la atención y el acceso a ella para los afiliados de MassHealth. Se prevé que los afiliados seleccionados para el MAC colaboren durante un período de dos años. Para obtener más información sobre el MAC, por favor, consulte los documentos *Aviso de oportunidad para participar en el MAC* (NOO) y *Preguntas frecuentes* (FAQ), o visite [MassHealth Member Advisory Committee \(MAC\) | Mass.gov](#) (<https://www.mass.gov/info-details/masshealth-member-advisory-committee-mac>).



Cómo hallar la Solicitud y acceder a ella: Esta Solicitud está disponible en COMMBUYS (www.commbuys.com) y en el sitio web del MAC ([MassHealth Member Advisory Committee \(MAC\) | Mass.gov](#)). Este formulario de Solicitud se proporciona en español, criollo de Haití, portugués, chino simplificado y vietnamita. El formulario de Solicitud está disponible en papel y en formato electrónico. Si necesita que le envíen una copia de este documento o cualquier solicitud o material informativo, por favor, comuníquese con el coordinador de contratación pública, Shukri Osman, en shukri.osman@mass.gov o al (781) 531-4363. Usted también puede requerir una acomodación razonable, como obtener los materiales en otro formato.

Las respuestas están protegidas: El [Aviso de prácticas de privacidad](#) de MassHealth describe de qué manera MassHealth puede usar y revelar la información que usted proporciona. Puede hallar el *Aviso de prácticas de privacidad* en <https://www.mass.gov/lists/hipaa-forms-for-masshealth-members#masshealth---notice-of-privacy-practices->. Esta Solicitud para participar en el MAC puede estar sujeta a divulgación pública según lo exija la ley. Si su solicitud es requerida para los registros públicos, MassHealth eliminará su nombre y toda información que considere que puede utilizarse para identificarlo a usted. Por favor, consulte las *Preguntas frecuentes* sobre el MAC para informarse más sobre cómo eliminará MassHealth sus datos identificatorios.

Su solicitud no afectará sus beneficios. Usted no tiene obligación de llenar esta solicitud para recibir beneficios de MassHealth. Su decisión de presentar o no esta solicitud no tendrá efecto en sus beneficios, su elegibilidad o sus servicios de MassHealth.

Instrucciones

Por favor, responda las siguientes preguntas.

Parte 1: Cómo comunicarse conmigo

- Nombre: _____
- Apellido: _____
- Nombre preferido: _____
- Número de teléfono: _____
- Dirección de correo electrónico (si tiene): _____
- Método de comunicación preferido (por favor, proporcione su información de contacto siempre que corresponda):
 - Llamada telefónica _____
 - Correo electrónico _____
 - Correo postal (por favor, indique su dirección postal): _____

Parte 2: Mi experiencia en MassHealth

7. Seleccione la opción que lo describe mejor en la actualidad:

a. **Soy afiliado actual** de MassHealth.

b. **Fui afiliado** de MassHealth.

La última cobertura que tuve de MassHealth fue en (indique mes y año si lo sabe). _____

Nota: usted debe haber tenido cobertura de MassHealth en los cinco últimos años para ser elegible para participar en el MAC.

c. Soy tutor o cuidador familiar de un afiliado actual o anterior de MassHealth.

I. Por favor, describa:

II. Por favor, indique el nombre del afiliado o de los afiliados de quienes es tutor o cuidador familiar:

III. ¿Es el afiliado de quien usted es tutor o cuidador familiar un afiliado actual de MassHealth?

Por favor, seleccione una opción:

Sí No No lo sé

Parte 3: Más información sobre mí

Por favor, tenga en cuenta: Responder a esta sección es voluntario y no afectará su elegibilidad para obtener beneficios o servicios de MassHealth.

MassHealth le formula estas preguntas para garantizar la meta de seleccionar un grupo de afiliados para el MAC que, en conjunto, reflejen la diversidad de las comunidades a las cuales MassHealth brinda servicios. Esto incluye personas que presenten diversidad en cuanto, por ejemplo, a edad; cultura; idioma; comunidad; raza; etnia; salud; discapacidad; orientación sexual; identidad de género; experiencias; comunidad geográfica; vivienda; entorno de atención (incluidos los centros de atención, como centros de enfermería, su hogar o entornos basados en la comunidad); y participación en programas de MassHealth.

MassHealth entiende que la identidad es compleja y transversal. Por favor, para cada pregunta, elija todas las casillas que considere que son importantes para usted. En la pregunta 19, puede agregar más información sobre usted.

8. Mi fecha de nacimiento: _____ 9. Mi código postal (si tiene): _____
o seleccione: "Actualmente no tengo domicilio fijo".

10. Si tiene domicilio fijo, por favor, seleccione el condado donde vive o seleccione "No lo sé".

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <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"/> No lo sé |

11. ¿Cuál es su idioma de preferencia?

Oral: _____ Escrito: _____

12. ¿Cuál es su raza?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena norteamericana o nativa de Alaska | <input type="checkbox"/> Blanca |
| <input type="checkbox"/> Asiática | <input type="checkbox"/> Otra raza |
| <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| <input type="checkbox"/> De Oriente Medio o del norte de África | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái o de las Islas del Pacífico | |

13. ¿Cuál es su etnicidad?

La etnicidad se refiere a sus antecedentes, herencia, cultura y ancestros, o al país donde usted o su familia nacieron. Elija todas las opciones que sean apropiadas para usted.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Africana | <input type="checkbox"/> Dominicana | <input type="checkbox"/> Portuguesa |
| <input type="checkbox"/> Afroamericana | <input type="checkbox"/> De Europa oriental | <input type="checkbox"/> Puertorriqueña |
| <input type="checkbox"/> Norteamericana | <input type="checkbox"/> Europea | <input type="checkbox"/> Rusa |
| <input type="checkbox"/> Indoasiática | <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Salvadoreña |
| <input type="checkbox"/> Brasileña | <input type="checkbox"/> Guatemalteca | <input type="checkbox"/> Sudamericana |
| <input type="checkbox"/> Camboyana | <input type="checkbox"/> Haitiana | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Caboverdiana | <input type="checkbox"/> Hondureña | <input type="checkbox"/> Mi etnicidad no aparece en la lista (por favor, indíquela):
_____ |
| <input type="checkbox"/> De las islas del Caribe | <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| <input type="checkbox"/> Centroamericana | <input type="checkbox"/> Coreana | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Laosiana o lao | |
| <input type="checkbox"/> Colombiana | <input type="checkbox"/> Mexicana | |
| <input type="checkbox"/> Cubana | <input type="checkbox"/> De Oriente Medio o del norte de África | |

14. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su identidad de género actual?

La identidad de género es la manera en que una persona define y considera su género, ya sea como hombre, mujer, no binario, inconformidad de género, transgénero u otro. Elija todas las opciones que sean apropiadas para usted.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> La identidad de género no aparece en la lista. Por favor, especifique: _____ |
| <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| <input type="checkbox"/> Hombre transgénero o transexual masculino | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <input type="checkbox"/> Mujer transgénero o transexual femenina | |
| <input type="checkbox"/> Intergénero o cuigénero, inconformidad de género, no binario o ni exclusivamente masculino ni femenino | |

15. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su orientación sexual actual?

La orientación sexual describe la manera en que una persona define su atracción física o emocional hacia los demás. Elija todas las opciones que sean apropiadas para usted.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Heterosexual | <input type="checkbox"/> La orientación sexual no aparece en la lista. Por favor, especifique: _____ |
| <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| <input type="checkbox"/> Bisexual | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <input type="checkbox"/> Cuir (<i>queer</i>), pansexual o cuestionándome | |

16. ¿Se considera a sí misma una persona que tiene una discapacidad o necesidad de atención médica crónica?

Sí

Por favor, describa:

No

Prefiero no responder

17. ¿Reside en un centro de atención o una residencia grupal?

Sí

No lo sé

No

Prefiero no responder

18. ¿Recibe servicios o apoyos a largo plazo, u otros servicios comunitarios en el hogar?

Sí

No lo sé

No

Prefiero no responder

19. Por favor, cuéntenos algo más sobre usted y sobre sus experiencias. Por ejemplo, puede darnos información adicional sobre su raza, etnicidad, género, orientación sexual, discapacidad, vivienda, necesidades de salud, experiencia militar, etc. Puede incluir su información a continuación o adjuntar una hoja de papel aparte con su respuesta.

Parte 4: Mi disponibilidad

20. Se prevé que el MAC se reúna aproximadamente seis veces por año, es decir, mes por medio. Se requerirá que los afiliados asistan a todas las reuniones en la medida de lo posible. Está previsto que la mayoría de las reuniones duren aproximadamente dos horas y pueden requerir tiempo adicional de preparación entre cada una. Los afiliados del MAC pueden elegir asistir a las reuniones en persona, por teléfono o mediante la computadora (por ejemplo, por Zoom). Los afiliados del MAC pueden decidir cómo prefieren participar en las reuniones.

¿Estará usted disponible para asistir a las reuniones del MAC seis veces por año?

Sí

No

No estoy seguro

21. Está previsto que los afiliados colaboren en el MAC durante un período de dos años (también llamado "mandato"). ¿Puede comprometerse con el MAC durante dos años?

Sí

No

No estoy seguro

Parte 5: Por qué quiero participar

Puede incluir su información a continuación o adjuntar una hoja de papel aparte con su respuesta. Puede agregar más páginas si lo cree necesario.

22. ¿Por qué quiere ser miembro del MAC de MassHealth?

23. Por favor, denos más información sobre su experiencia con MassHealth. Incluya ejemplos de lo que ha sido positivo y de las dificultades.

24. ¿Qué podría aportar usted para contribuir a que el MAC tenga éxito?

25. Por favor, díganos al menos una cosa de MassHealth que le gustaría mejorar o cambiar, y por qué.

Parte 6: Otra información

26. ¿Participa usted actualmente en algún otro grupo asesor administrado por MassHealth?

Sí. Si contestó Sí, por favor, describa en qué grupos (si lo sabe):

No

No lo sé

27. ¿Hay algo más que le gustaría comunicarle a MassHealth?

28. Si usted no es seleccionado como miembro del MAC, ¿estaría interesado en conocer otras opciones para colaborar con MassHealth?

Sí

No

No estoy seguro

Parte 7: Firma

MassHealth usará las respuestas que usted dio en esta Solicitud para considerar la posibilidad de otorgarle la membresía en el Consejo Asesor de Afiliados (MAC) de MassHealth.

Al presentar esta Solicitud para participar en el MAC, usted acepta que MassHealth use su información como describe dicha Solicitud. Esta Solicitud para participar en el MAC puede estar sujeta a divulgación pública según lo exija la ley. Si su solicitud es requerida para los registros públicos, MassHealth eliminará su nombre y toda información que considere que puede utilizarse para identificarlo a usted. Por favor, escriba su nombre o firme en la siguiente línea.

Nombre

Fecha

Instrucciones para la presentación de la Solicitud

Las Solicitudes para participar en el MAC deben presentarse antes del **27 de septiembre 2024 a las 5:00 p. m.** Si recibimos su Solicitud después del 27 de septiembre de 2024 a las 5:00 p. m., no será revisada. Por favor, téngalo en cuenta.

Puede presentar esta Solicitud por correo postal o electrónico.

Para presentarla por correo postal, envíela a:

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

Para presentarla por correo electrónico (por favor, tenga en cuenta que el correo electrónico es una plataforma insegura por naturaleza), envíe su solicitud completada al coordinador de contratación pública, Shukri Osman, a shukri.osman@mass.gov.

¡Muchas gracias por completar este formulario de *Solicitud para participar en el MAC!* A todas las personas que completen una Solicitud se les informará por correo electrónico si fueron seleccionadas para participar en el MAC o si no lo fueron.

Por favor, marque esta casilla si desea que, en cambio, se lo notifiquen por correo postal (y asegúrese de proporcionar su dirección postal postal en la Sección 1).