# Requerimento de inscrição do Comitê Consultivo de Membros do MassHealth (MAC)

## **Histórico**

**Finalidade do requerimento de inscrição:** você está preenchendo este requerimento de inscrição porque tem interesse em participar do Comitê Consultivo de Membros do MassHealth (MAC). O MAC fornecerá conselhos ao MassHealth sobre tópicos relacionados ao desenvolvimento de políticas e à implementação de programas visando melhorar a qualidade e o acesso aos cuidados para os membros do MassHealth. Os membros selecionados do MAC devem cumprir um mandato de dois anos. Para obter mais informações sobre o MAC, leia os documentos Aviso de Oportunidade (NOO) e as Perguntas Frequentes (FAQ), ou acesse [MassHealth Member Advisory Committee (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)

**QR code:
https://www.mass.gov/info-details/masshealth-member-advisory-committee-notice-of-opportunity**

**Como localizar e acessar o requerimento de inscrição:** Este requerimento de inscrição está disponível em COMMBUYS ([www.commbuys.com](http://www.commbuys.com/)) e na página MAC do site ([MassHealth Member Advisory Committee (MAC) | Mass.gov](https://www.mass.gov/info-details/masshealth-member-advisory-committee-mac)). Este requerimento de inscrição também está disponível em espanhol, crioulo haitiano, português, chinês simplificado e vietnamita. O requerimento de inscrição está disponível nos formatos impresso e eletrônico. Se você precisar de uma cópia deste documento ou de qualquer material informativo ou de requerimento de inscrição do MAC enviado para você, entre em contato com o coordenador de compras, Shukri Osman, pelo e-mail shukri.osman@mass.gov ou pelo telefone (781) 531-4363. Você também pode solicitar uma adaptação razoável, como obter os materiais em um formato alternativo.

**As respostas estão protegidas:** O [Aviso de Práticas de Privacidade](https://www.mass.gov/lists/hipaa-forms-for-masshealth-members#masshealth---notice-of-privacy-practices-)  do MassHealth descreve como o MassHealth pode utilizar e divulgar suas informações. O Aviso de Práticas de Privacidade encontra-se em <https://www.mass.gov/lists/hipaa-forms-for-masshealth-members#masshealth---notice-of-privacy-practices->. Este requerimento de inscrição do MAC pode estar sujeito a divulgação pública conforme exigido por lei. Se o seu requerimento de inscrição for solicitado como parte de um pedido de registros públicos, o MassHealth removerá seu nome e toda informação que considerarmos que possa ser usada para identificá-lo.

Leia as Perguntas Frequentes do MAC para obter mais informações sobre como o MassHealth irá desidentificar as informações.

**Seu requerimento de inscrição não afetará seus benefícios.** Você não precisa preencher este requerimento de inscrição para receber os benefícios do MassHealth. Sua decisão de enviar ou de não enviar este requerimento de inscrição não terá nenhum efeito sobre seus benefícios, qualificação ou serviços do MassHealth.

**Instruções**

Favor responder às perguntas abaixo.

## **Parte 1: Como entrar em contato comigo**

1. Nome:
2. Sobrenome:
3. Nome de preferência:
4. Telefone:
5. Endereço de e-mail (se houver):
6. Método de comunicação preferido (marque sua opção preferida):
   1. Telefonema
   2. E-mail
   3. Correio (forneça seu endereço de correspondência se este for seu método preferido):

## **Parte 2: Minha experiência com o MassHealth**

1. Selecione a opção que melhor descreve você neste momento:
   1. Sou membro **atual** do MassHealth.
   2. Fui membro do MassHealth no **passado**.

Quando sua cobertura do MassHealth terminou? Clique ou toque para digitar uma data. (mês/ano, se souber)

* + 1. Nota: você dever ter sido beneficiário do MassHealth nos últimos cinco anos para se qualificar para ser parte do MAC.
  1. Sou tutor ou cuidador familiar de um membro do MassHealth atual ou passado.
     1. Descreva:
     2. Informe o nome dos membros para os quais você é tutor ou cuidador familiar:
     3. O ou membros para os quais você é tutor ou cuidador familiar são membros atuais do MassHealth? Selecione:

Sim

Não

Não sei

## **Parte 3: Mais sobre mim**

**Observação: a resposta a esta seção é voluntária e não afetará sua qualificação para os benefícios ou serviços do MassHealth.**

O MassHealth faz estas perguntas para avançar o objetivo do MassHealth de selecionar um grupo de membros que, em conjunto, reflita a diversidade das comunidades servidas pelo MassHealth. Isso inclui indivíduos que refletem, por exemplo, idades diversas; identidades culturais, linguísticas, comunitárias, raciais, étnicas, de saúde, de deficiência, de orientação sexual e de gênero; experiências; comunidades geográficas; situação de moradia; ambientes de cuidado (incluindo instalações [como instituições de enfermagem], ambientes residenciais ou comunitários); e participação nos programas do MassHealth.

O MassHealth entende que a identidade é complexa e interseccional. Escolha quantas caixas forem relevantes para você em cada pergunta. Você também pode adicionar mais informações sobre você na pergunta número 19.

1. Minha data de nascimento:
2. Meu código postal (ZIP) (se houver) ou marque: “Não tenho moradia, no momento”.
3. Se tiver moradia, selecione o condado onde você mora, ou marque “Não sei”.

Barnstable

Berkshire

Bristol

Dukes

Essex

Franklin

Hampden

Hampshire

Middlesex

Nantucket

Norfolk

Plymouth

Suffolk

Worcester

Não sei

1. Qual é o idioma de sua preferência?

Falado:

Escrito:

1. Qual é sua raça?

*Raça refere-se a como a pessoa se identifica com um ou mais grupos sociais.*

Selecione todas as opções que forem apropriadas para você.

Indígena norte-americana ou nativa do Alasca

Asiática

Negra ou afro-americana

Do Oriente Médio ou norte africana

Nativa do Havaí ou de Ilha do Pacífico

Branca

Outra raça

Não sei

Prefiro não responder

1. Qual é sua etnia?

*Etnia refere-se à sua origem, herança, cultura, ascendência ou ao país onde você ou sua família nasceram.*

Selecione todas as opções que forem apropriadas para você.

Africana

Afro-americana

Americana

Indiana da asiática

Brasileira

Cambojana

Cabo-verdiana

Ilhas do Caribe

Centroamericana

Chinesa

Colombiana

Cubana

Dominicana

Europeia Oriental

Europeia

Filipina

Guatemalteca

Haitiana

Hondurenha

Japonesa

Coreana

Laosiana/lao

Mexicana

Do Oriente Médio ou norte africana

Portuguesa

Porto-riquenha

Russa

Salvadorenha

Sul-americana

Vietnamita

Minha etnia não consta da lista (especifique): Clique ou toque aqui para digitar o texto.

Não sei

Prefiro não responder

1. Qual é a melhor descrição para sua atual identidade de gênero?

*Identidade de gênero é como uma pessoa define e compreende seu gênero como sendo masculino, feminino, não binário, gênero não conforme, transgênero ou outro.*

Selecione todas as opções que forem apropriados para você.

Masculino

Feminino

Homem transgênero/homem trans

Mulher transgênero/mulher trans

Genderqueer/gênero não conforme/não binário/ que não se encaixa exclusivamente no masculino ou no feminino

A identidade de gênero não foi mencionada aqui favor especificar:

Não sei

Prefiro não responder

1. Qual das opções abaixo melhor descreve a sua orientação sexual atual?

*A orientação sexual descreve como uma pessoa define sua atração física e/ou emocional por outras pessoas*.

Selecione todas as opções que forem apropriadas para você.

Straight ou heterossexual

Lésbica ou gay

Bissexual

Queer, pansexual ou questioning (questionamento de gênero)

A orientação sexual não foi mencionada aqui favor especificar:

Não sei

Prefiro não responder

1. Você se considera uma pessoa com deficiência ou tem necessidades crônicas de cuidados de saúde?

Sim

Descreva:

Não

Prefiro não responder

1. Você reside em uma instituição ou residência inclusiva (*group home*)?

Sim

Não

Não sei

Prefiro não responder

1. Você recebe serviços ou apoio de longo prazo ou outros serviços comunitários em sua casa?

Sim

Não

Não sei

Prefiro não responder

1. Conte mais sobre quem você é, sobre suas experiências de vida. Por exemplo, você pode compartilhar informações adicionais sobre sua raça, etnia, gênero, orientação sexual, deficiência, situação de moradia, necessidades de saúde, experiência militar e mais informações. Você pode optar por preencher suas informações abaixo ou anexar uma folha de papel separada com sua resposta.

## **Parte 4: Minha disponibilidade**

1. O esperado é que o MAC faça reuniões cerca de seis vezes por ano, o que equivale a uma vez a cada dois meses. O comparecimento dos membros será obrigatório, na medida do possível. A maior parte das reuniões deve durar cerca de duas horas, e pode exigir algum tempo adicional de preparo entre as reuniões. Os membros do MAC poderão optar por comparecer pessoalmente, por telefone ou pelo computador (como pelo Zoom). Cabe aos membros do MAC decidir como preferem participar das reuniões.

Você poderá comparecer às reuniões do MAC seis vezes por ano?

Sim

Não

Não sei

1. Espera-se que os membros participem do MAC durante dois anos (o que também é descrito como “mandato”).

Você está pronto assumir esse compromisso com o MAC por dois anos?

Sim

Não

Não sei

## **Parte 5: Por que eu quero participar**

Você pode optar por preencher suas informações abaixo ou anexar uma folha de papel separada com sua resposta. Adicione folhas conforme você achar necessário.

1. Por que você quer ser membro do MAC do MassHealth?
2. Conte mais sobre sua experiência com o MassHealth. Inclua exemplos do que tem sido positivo e do que tem sido desafiador.
3. Com quais habilidades ou qualidades você poderia contribuir para o sucesso do MAC?
4. Mencione pelo menos uma coisa que você gostaria de melhorar ou mudar sobre o MassHealth e por quê.

## **Parte 6: Outras informações**

1. Você está participando atualmente de algum outro grupo consultivo administrado pelo MassHealth?

Sim. Se estiver participando, informe quais são os grupos (se souber):

Não

Não sei

1. Há mais alguma coisa que você gostaria que o MassHealth soubesse? Você pode optar por preencher suas informações abaixo ou anexar uma folha de papel separada com sua resposta.
2. Se você não for selecionado(a) como membro do MAC, estaria interessado(a) em saber mais sobre outras oportunidades de se envolver com o MassHealth?

Sim

Não

Não sei

## **Parte 7: Assinatura**

O MassHealth usará as respostas que você forneceu neste requerimento de inscrição para considerar sua possível participação como membro do Comitê Consultivo de Membros do MassHealth (MAC).

Ao enviar este requerimento de inscrição do MAC, você concorda que o MassHealth use suas informações da forma descrita neste requerimento de inscrição do MassHealth. Este requerimento de inscrição do MAC pode estar sujeito a divulgação pública conforme exigido por lei. Se o seu requerimento de inscrição for solicitado como parte de um pedido de registros públicos, o MassHealth removerá seu nome e toda informação que considerarmos que possa ser usada para identificá-lo. Digite ou assine seu nome na linha abaixo.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nome |  | Data |

# Instruções de como enviar o requerimento de inscrição

Os requerimentos de inscrição do MAC devem ser enviados até **27 de setembro de 2004, 5:00 PM.** Se recebermos o seu requerimento de inscrição depois de 27 de setembro de 2024, 5:00 PM, ele não será analisado. Planeje com isso em mente.

O requerimento de inscrição pode ser enviado pelo correio ou por e-mail.

**PARA ENVIAR PELO CORREIO, remeta para:**

Shukri Osman, Procurement Coordinator

Office of the General Counsel

Executive Office of Health and Human Services

One Ashburton Place, 11th Floor

Boston, MA 02108

**SE ENVIAR POR E-MAIL (lembre-se de que e-mails usam uma plataforma inerentemente insegura), envie o requerimento de inscrição preenchido para o coordenador de aquisições, Shukri Osman, pelo** [**shukri.osman@mass.gov**](mailto:shukri.osman@mass.gov)**.**

**Agradecemos o preenchimento deste requerimento de inscrição do MAC! Todas as pessoas que preencherem um requerimento de inscrição serão informadas por e-mail se foram ou não selecionadas para fazer parte do MAC.**

**Marque esta caixa se quiser receber o aviso por correio (e não deixe de fornecer o endereço de correspondência na Seção 1).**