



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

Histórico

Finalidade do requerimento: você está preenchendo este requerimento 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 [Comitê Consultivo de Membros do MassHealth \(MAC\) | Mass.gov](https://www.mass.gov/info-details/masshealth-member-advisory-committee-mac) (<https://www.mass.gov/info-details/masshealth-member-advisory-committee-mac>).



Como localizar e acessar o requerimento: Este requerimento está disponível em COMMBUYS (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 também está disponível em espanhol, crioulo haitiano, português, chinês simplificado e vietnamita. O requerimento 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 enviados 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 para receber os benefícios do MassHealth. Sua decisão de enviar ou de não enviar este requerimento 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 (forneça suas informações de contato para todas as opções aplicáveis):
 - a. Telefonema _____
 - b. E-mail _____
 - c. Correio (forneça o endereço de correspondência): _____

Parte 2: Minha experiência com o MassHealth

7. Selecione a opção que melhor descreve você neste momento:

- a. Sou membro **atual** do MassHealth.
- b. Fui membro do MassHealth no **passado**.

A última vez que fui membro do MassHealth foi: (mês/ano, se souber) _____

Nota: você deve ter sido beneficiário do MassHealth nos últimos cinco anos para se qualificar para ser parte do MAC.

c. Sou tutor ou cuidador familiar de um membro do MassHealth atual ou passado.

I. Descreva:

II. Informe o nome dos membros para os quais você é tutor ou cuidador familiar:

III. 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.

8. Minha data de nascimento: _____ 9. Meu código postal (ZIP) (se houver): _____
ou marque: “Não tenho moradia, no momento”.

10. Se tiver moradia, selecione o condado onde você mora, ou marque “Não sei”.

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <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"/> Não sei |

11. Qual é o idioma de sua preferência?

Falado: _____ Escrito: _____

12. Qual é sua raça?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena norte-americana ou nativa do Alasca | <input type="checkbox"/> Branca |
| <input type="checkbox"/> Asiática | <input type="checkbox"/> Outra raça |
| <input type="checkbox"/> Negra ou afro-americana | <input type="checkbox"/> Não sei |
| <input type="checkbox"/> Do Oriente Médio ou norte africana | <input type="checkbox"/> Prefiro não responder |
| <input type="checkbox"/> Nativa do Havaí ou de Ilha do Pacífico | |

13. 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.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Africana | <input type="checkbox"/> Dominicana | <input type="checkbox"/> Portuguesa |
| <input type="checkbox"/> Afro-americana | <input type="checkbox"/> Europeia Oriental | <input type="checkbox"/> Porto-riquenha |
| <input type="checkbox"/> Americana | <input type="checkbox"/> Europeia | <input type="checkbox"/> Russo |
| <input type="checkbox"/> Indiana da asiática | <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Salvadorenha |
| <input type="checkbox"/> Brasileira | <input type="checkbox"/> Guatemalteca | <input type="checkbox"/> Sul-americana |
| <input type="checkbox"/> Cambojana | <input type="checkbox"/> Haitiana | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Cabo-verdiano | <input type="checkbox"/> Hondurenha | <input type="checkbox"/> Minha etnia não consta da lista (especifique):
_____ |
| <input type="checkbox"/> Ilhas do Caribe | <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Não sei |
| <input type="checkbox"/> Centroamericana | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Prefiro não responder |
| <input type="checkbox"/> Chinesa | <input type="checkbox"/> Laosiana/lao | |
| <input type="checkbox"/> Colombiana | <input type="checkbox"/> Mexicana | |
| <input type="checkbox"/> Cubana | <input type="checkbox"/> Do Oriente Médio ou norte africana | |

14. 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 apropriadas para você.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> A identidade de gênero não foi mencionada aqui
Favor especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Feminino | <input type="checkbox"/> Não sei |
| <input type="checkbox"/> Homem transgênero/homem trans | <input type="checkbox"/> Prefiro não responder |
| <input type="checkbox"/> Mulher transgênero/mulher trans | |
| <input type="checkbox"/> Genderqueer/gênero não conforme/não binário/
que não se encaixa exclusivamente no masculino
ou no feminino | |

15. 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.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Straight ou heterossexual | <input type="checkbox"/> A orientação sexual não foi mencionada aqui
Favor especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Lésbica ou gay | <input type="checkbox"/> Não sei |
| <input type="checkbox"/> Bissexual | <input type="checkbox"/> Prefiro não responder |
| <input type="checkbox"/> Queer, pansexual ou questioning
(questionamento de gênero) | |

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

- Sim

Descreva:

- | | |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Prefiro não responder |
|------------------------------|--|

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

- | | |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não sei |
| <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Prefiro não responder |

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

Sim

Não sei

Não

Prefiro não responder

19. 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

20. 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 a todas as reuniões 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 tenho certeza

21. 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 tenho certeza

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.

22. Por que você quer ser membro do MAC do MassHealth?

23. Conte mais sobre sua experiência com o MassHealth. Inclua exemplos do que tem sido positivo e do que tem sido desafiador.

24. Com quais habilidades ou qualidades você poderia contribuir para o sucesso do MAC?

25. Mencione pelo menos uma coisa que você gostaria de melhorar ou mudar sobre o MassHealth e por quê.

Parte 6: Outras informações

26. 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

27. Há mais alguma coisa que você gostaria que o MassHealth soubesse?

28. 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 tenho certeza

Parte 7: Assinatura

O MassHealth usará as respostas que você forneceu neste requerimento 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 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

Os requerimentos do MAC devem ser enviados até **27 de setembro de 2024, 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 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 preenchido para o coordenador de aquisições, Shukri Osman, pelo shukri.osman@mass.gov

Agradecemos o preenchimento deste requerimento de inscrição do MAC! Todas as pessoas que preencherem um requerimento 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).