



# Đơn Ứng Tuyển Ban Cố Vấn Thành Viên MassHealth (MAC)

## Bối cảnh

**Mục đích nộp đơn:** Quý vị hoàn thành Đơn này vì quý vị muốn tham gia Ban Cố Vấn Thành Viên MassHealth (MAC). MAC sẽ cung cấp lời khuyên cho MassHealth về các chủ đề liên quan đến việc xây dựng chính sách và thực hiện chương trình để cải thiện chất lượng và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế cho các thành viên MassHealth. Các thành viên MAC được chọn sẽ phục vụ cho nhiệm kỳ dài hai năm. Để biết thêm thông tin về MAC, vui lòng tham khảo tài liệu Thông báo về Cơ hội (NOO) và Câu hỏi Thường gặp (FAQ) của MAC hoặc truy cập vào [Ban Cố Vấn Thành Viên 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>).



**Cách Tìm và Truy Cập Đơn Ứng Tuyển:** Đơn Ứng Tuyển này có sẵn trên COMMBUYS ([www.commbuys.com](http://www.commbuys.com)) và trên trang web MAC ([Ban Cố Vấn Thành Viên MassHealth \(MAC\) | Mass.gov](https://www.mass.gov/info-details/masshealth-member-advisory-committee-mac)). Mẫu đơn này cũng được cung cấp bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Creole Haiti, tiếng Bồ Đào Nha, tiếng Trung giản thể và tiếng Việt. Mẫu đơn có sẵn bằng phiên bản giấy và điện tử. Nếu quý vị cần một bản sao của tài liệu này hoặc bất kỳ tài liệu thông tin của MAC hoặc đơn ứng tuyển, vui lòng liên lạc với Quản Lý và Điều Phối Thu Mua, Shukri Osman, theo địa chỉ [shukri.osman@mass.gov](mailto:shukri.osman@mass.gov) hoặc (781) 531-4363. Quý vị cũng có thể yêu cầu hỗ trợ hợp lý, chẳng hạn như nhận tài liệu ở định dạng khác.

**Câu trả lời được Bảo mật:** Thông báo về [Thực hành Quyền riêng tư của MassHealth](https://www.mass.gov/lists/hipaa-forms-for-masshealth-members#masshealth---notice-of-privacy-practices) mô tả cách MassHealth có thể sử dụng và tiết lộ thông tin của quý vị. Quý vị có thể tìm Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư tại <https://www.mass.gov/lists/hipaa-forms-for-masshealth-members#masshealth---notice-of-privacy-practices>. Đơn Ứng tuyển MAC này có thể được tiết lộ công khai theo yêu cầu của pháp luật. Nếu đơn ứng tuyển của quý vị được yêu cầu và hồ sơ thuộc hồ sơ lý lịch công cộng, MassHealth sẽ xóa tên của quý vị và bất kỳ thông tin nào chúng tôi nghĩ có thể được sử dụng để nhận dạng quý vị.

Vui lòng xem Câu hỏi thường gặp về MAC để biết thêm thông tin về cách MassHealth sẽ bỏ thông tin nhận dạng.

**Đơn ứng tuyển của quý vị sẽ không ảnh hưởng đến phúc lợi của quý vị.** Quý vị không cần phải điền vào đơn này để nhận phúc lợi của MassHealth. Quyết định nộp hoặc không nộp đơn này sẽ không có bất kỳ ảnh hưởng nào đến phúc lợi, tính đủ điều kiện hoặc dịch vụ MassHealth của quý vị.

## Hướng dẫn

Vui lòng trả lời các câu hỏi bên dưới.

### Phần 1: Cách liên lạc với tôi

1. Tên: \_\_\_\_\_
2. Họ: \_\_\_\_\_
3. Tên thích được gọi: \_\_\_\_\_
4. Điện thoại: \_\_\_\_\_
5. Email (nếu có): \_\_\_\_\_
6. Phương thức liên lạc ưu tiên (vui lòng cung cấp thông tin liên lạc của quý vị cho tất cả các trường hợp phù hợp):
  - a. Gọi Điện Thoại \_\_\_\_\_
  - b. Email \_\_\_\_\_
  - c. Thư (Vui lòng cung cấp địa chỉ gửi thư): \_\_\_\_\_

## Phần 2: Trải nghiệm MassHealth của tôi

7. Chọn mô tả đúng nhất về quý vị tại thời điểm này:

a. Tôi là thành viên **hiện tại** của MassHealth.

b. Tôi là **cựu** thành viên MassHealth.

Lần cuối tôi có MassHealth là vào: (tháng/năm nếu biết) \_\_\_\_\_

Lưu ý: quý vị phải có MassHealth trong năm năm qua để đủ điều kiện tham gia MAC.

c. Tôi là người giám hộ hoặc người chăm sóc gia đình của một thành viên MassHealth hiện tại hoặc trước đây.

I. Vui lòng giải thích:

\_\_\_\_\_

II. Vui lòng chia sẻ tên của (các) thành viên mà quý vị là người giám hộ hoặc người chăm sóc gia đình:

\_\_\_\_\_

III. Thành viên mà quý vị là người giám hộ hoặc người chăm sóc gia đình có phải là thành viên hiện tại của MassHealth không? Vui lòng chọn:

có  không  không không biết

## Phần 3: Thông tin bổ sung về tôi

**Lưu ý: Việc trả lời phần này là tự nguyện và sẽ không ảnh hưởng đến tình trạng đủ điều kiện nhận phúc lợi hoặc dịch vụ MassHealth của quý vị.**

MassHealth đang hỏi những câu hỏi này để tiến hành mục tiêu của MassHealth là chọn một nhóm các thành viên MAC, nói chung, phản ánh sự đa dạng của các cộng đồng mà MassHealth phục vụ. Điều này bao gồm các cá nhân phản ánh, ví dụ, độ tuổi đa dạng; văn hóa, ngôn ngữ, cộng đồng, chủng tộc, dân tộc, sức khỏe, khuyết tật, khuynh hướng tình dục và bản sắc giới tính; kinh nghiệm; cộng đồng địa lý; tình trạng nhà ở; môi trường chăm sóc (bao gồm các cơ sở (ví dụ: cơ sở điều dưỡng), nhà hoặc môi trường dựa vào cộng đồng); và tham gia vào các chương trình MassHealth.

MassHealth hiểu rằng danh tính là phức tạp và có sự giao thoa. Vui lòng chọn càng nhiều ô trong mỗi câu hỏi càng phù hợp với quý vị. Quý vị cũng có thể thêm thông tin về bản thân mình trong câu hỏi #19.

8. Ngày sinh của tôi: \_\_\_\_\_ 9. Mã ZIPCODE của tôi (nếu có): \_\_\_\_\_

hoặc chọn:  "Tôi hiện không có nhà ở".

10. Nếu có chỗ ở, vui lòng chọn quận hạt nơi quý vị sinh sống hoặc chọn "Tôi không biết".

Barnstable

Franklin

Norfolk

Berkshire

Hampden

Plymouth

Bristol

Hampshire

Suffolk

Dukes

Middlesex

Worcester

Essex

Nantucket

Tôi không biết

11. Ngôn ngữ quý vị muốn sử dụng là gì?

Ngôn ngữ Nói: \_\_\_\_\_

Viết: \_\_\_\_\_

12. Quý vị thuộc chủng tộc nào?

Người Mỹ da đỏ hoặc Thổ dân Alaska

Người da trắng

Châu Á

Chủng tộc khác

Người Da đen hoặc người Mỹ gốc Phi

Tôi không biết

Người Trung Đông hoặc Bắc Phi

Chọn không trả lời

Người Hawaii Bản Địa hoặc Người Đảo Thái Bình Dương

13. Quý vị thuộc sắc tộc nào?

*Dân tộc đề cập đến nền tảng, di sản, văn hóa, tổ tiên của quý vị hoặc quốc gia nơi quý vị hoặc gia đình của quý vị sinh ra. Có thể chọn nhiều mục phù hợp với quý vị.*

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Người Châu Phi         | <input type="checkbox"/> Người Dominica                | <input type="checkbox"/> Người Bồ Đào Nha  |
| <input type="checkbox"/> Người Mỹ Gốc Phi       | <input type="checkbox"/> Người Đông Âu                 | <input type="checkbox"/> Người Puerto Rico   |
| <input type="checkbox"/> Người Hoa Kỳ           | <input type="checkbox"/> Người Châu Âu                 | <input type="checkbox"/> Người Nga   |
| <input type="checkbox"/> Người Châu Á gốc Ấn Độ | <input type="checkbox"/> Người Phi Luật Tân            | <input type="checkbox"/> Người Salvador  |
| <input type="checkbox"/> Người Brazil           | <input type="checkbox"/> Người Guatemala               | <input type="checkbox"/> Người Nam Mỹ  |
| <input type="checkbox"/> Người Campuchia        | <input type="checkbox"/> Người Haiti                   | <input type="checkbox"/> Người Việt  |
| <input type="checkbox"/> Người Cape Verde       | <input type="checkbox"/> Người Honduras                | <input type="checkbox"/> Sắc tộc của tôi không được liệt kê<br>(vui lòng nêu rõ):<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Người Đảo Caribê       | <input type="checkbox"/> Người Nhật                    | <input type="checkbox"/> Tôi không biết  |
| <input type="checkbox"/> Người Trung Mỹ         | <input type="checkbox"/> Người Hàn Quốc                | <input type="checkbox"/> Chọn không trả lời  |
| <input type="checkbox"/> Người Trung Quốc       | <input type="checkbox"/> Người Lào                     |  |
| <input type="checkbox"/> Người Colombia         | <input type="checkbox"/> Người Mexico                  |  |
| <input type="checkbox"/> Người Cu-ba            | <input type="checkbox"/> Người Trung Đông hoặc Bắc Phi |  |

14. Điều nào sau đây mô tả đúng nhất về bản dạng giới hiện tại của quý vị?

*Bản dạng giới là cách một người xác định và hiểu giới tính của họ như một người đàn ông, một người phụ nữ, phi nhị nguyên giới, không theo tiêu chuẩn giới, chuyển giới hoặc một dạng giới nào đó khác. Có thể chọn nhiều mục phù hợp với quý vị.*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nam   | <input type="checkbox"/> Bản dạng giới không được liệt kê<br>Vui lòng nêu rõ: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nữ  | <input type="checkbox"/> Không biết   |
| <input type="checkbox"/> Người chuyển giới thành nam   | <input type="checkbox"/> Chọn không trả lời   |
| <input type="checkbox"/> Người chuyển giới thành nữ  |   |
| <input type="checkbox"/> Giới tính queer/giới tính không theo tiêu chuẩn/phi nhị nguyên giới/không thuộc nhóm nam hay nữ |   |

15. Điều nào sau đây mô tả khuynh hướng tính dục hiện tại của quý vị?

*Xu hướng tính dục mô tả cách một người xác định sự thu hút về cơ thể và/hoặc cảm xúc của đối với người khác. Có thể chọn nhiều mục phù hợp với quý vị.*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Thẳng hoặc dị tính                             | <input type="checkbox"/> Xu hướng tính dục không được liệt kê<br>Vui lòng nêu rõ: _____ |
| <input type="checkbox"/> Đồng tính nữ hoặc đồng tính nam                | <input type="checkbox"/> Không biết   |
| <input type="checkbox"/> Song tính luyến ái                             | <input type="checkbox"/> Chọn không trả lời   |
| <input type="checkbox"/> Queer, toàn tính luyến ái, hoặc không xác định |   |

16. Quý vị có tự coi mình là người khuyết tật hay quý vị có nhu cầu chăm sóc y tế mãn tính không?

- Có

Vui lòng giải thích:

---

---

---

---

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Chọn không trả lời |
|--------------------------------|---|

17. Quý vị có cư trú trong một cơ sở hoặc nhà ở tập thể không?

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Có    | <input type="checkbox"/> Tôi không biết     |
| <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Chọn không trả lời |

18. Quý vị có nhận được các dịch vụ hoặc hỗ trợ dài hạn hoặc các dịch vụ dựa vào cộng đồng khác tại nhà không?
- Có  Tôi không biết  
 Không  Chọn không trả lời
19. Vui lòng cho chúng tôi biết thêm về quý vị và trải nghiệm cuộc sống của quý vị. Ví dụ, quý vị có thể chia sẻ thêm thông tin về chủng tộc, dân tộc, giới tính, khuynh hướng tính dục, tình trạng khuyết tật, tình trạng nhà ở, nhu cầu về sức khỏe, kinh nghiệm quân đội, v.v. Quý vị có thể chọn điền thông tin của mình bên dưới hoặc đính kèm một tờ giấy riêng với câu trả lời của quý vị.

---

---

---

---

#### Phần 4: Lịch trống của tôi

20. MAC dự kiến sẽ họp mặt khoảng sáu lần mỗi năm, tức là cách mỗi tháng một lần. Các thành viên sẽ được yêu cầu tham dự tất cả các cuộc họp trong phạm vi có thể. Hầu hết các cuộc họp dự kiến sẽ kéo dài khoảng hai giờ và có thể cần thêm thời gian chuẩn bị giữa các cuộc họp. Thành viên MAC sẽ có quyền lựa chọn tham gia các cuộc họp trực tiếp, qua điện thoại hoặc qua máy vi tính (chẳng hạn như Zoom). Các thành viên MAC có thể quyết định cách họ muốn tham gia các cuộc họp.

Quý vị có thể tham dự các cuộc họp MAC sáu lần một năm không?

- Có  Không  Không chắc chắn

21. Các thành viên sẽ phục vụ trong MAC trong hai năm (còn được mô tả là "nhiệm kỳ"). Quý vị cam kết sẽ tham gia MAC trong hai năm không?

- Có  Không  Không chắc chắn

#### Phần 5: Tại sao tôi muốn tham gia

Quý vị có thể chọn điền thông tin của mình bên dưới hoặc đính kèm một tờ giấy riêng với câu trả lời của quý vị. Quý vị có thể thêm các trang bổ sung nếu cảm thấy cần thiết.

22. Tại sao quý vị muốn trở thành thành viên của MassHealth MAC?
23. Vui lòng chia sẻ thêm về trải nghiệm MassHealth của quý vị. Bao gồm các ví dụ về những điều tích cực và những khó khăn hiện tại
24. Quý vị sẽ đóng góp những kỹ năng nào để giúp MAC thành công?
25. Vui lòng cho chúng tôi biết ít nhất một điều quý vị muốn cải thiện hoặc thay đổi về MassHealth và lý do tại sao.

#### Phần 6: Thông tin khác

26. Quý vị hiện có tham gia vào bất kỳ nhóm cố vấn nào khác do MassHealth điều hành không?

- Có. Nếu có, vui lòng mô tả những nhóm nào (nếu quý vị biết):

---

---

- Không  
 Tôi không biết

27. Quý vị muốn biết thêm gì về MassHealth không?

---

---

---

---

28. Nếu quý vị không được chọn là thành viên của MAC, quý vị có muốn tìm hiểu thêm về các cơ hội khác để tiếp xúc với MassHealth không?

Có

Không

Không chắc chắn

## Phần 7: Chữ ký

MassHealth sẽ sử dụng các câu trả lời quý vị cung cấp trong Đơn này để xem xét tư cách thành viên tiềm năng của quý vị cho Ban Cố Vấn Thành Viên MassHealth (MAC).

Khi nộp đơn xin MAC này, quý vị đồng ý cho MassHealth sử dụng thông tin của quý vị như được mô tả trong Đơn ứng tuyển MAC này. Đơn Ứng tuyển MAC này có thể được tiết lộ công khai theo yêu cầu của pháp luật. Nếu đơn ứng tuyển của quý vị được yêu cầu và hồ sơ thuộc hồ sơ lý lịch công cộng, MassHealth sẽ xóa tên của quý vị và bất kỳ thông tin nào chúng tôi nghĩ có thể được sử dụng để nhận dạng quý vị. Vui lòng nhập hoặc ký tên của quý vị ở dòng bên dưới.

Tên

Tháng/Ngày/Năm

## Hướng dẫn nộp đơn ứng tuyển

Hạn nộp đơn ứng tuyển MAC trước **5 giờ chiều ngày 27 tháng 9 năm 2024**. Nếu quý vị nộp đơn ứng tuyển sau ngày 27 tháng 9 năm 2024 lúc 5:00 chiều, chúng tôi sẽ không xem xét đơn của quý vị. Hãy sắp xếp cho phù hợp.

Quý vị có thể chọn gửi Đơn ứng tuyển này qua thư hoặc email.

**Để gửi qua bưu điện**, hãy gửi đến:

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

**Để gửi qua email (xin lưu ý, email là một nền tảng vốn không an toàn), hãy gửi đơn ứng tuyển đã hoàn thành đến Quản lý và Điều phối Thu Mua, Shukri Osman, tại [shukri.osman@mass.gov](mailto:shukri.osman@mass.gov)**

**Cảm ơn quý vị đã hoàn thành Mẫu đơn ứng tuyển MAC này! Tất cả những ai hoàn thành Đơn ứng tuyển sẽ được thông báo qua email có được chọn tham gia MAC hay không.**

**Vui lòng đánh dấu vào ô này nếu quý vị muốn được thông báo qua thư (và nhớ cung cấp địa chỉ nhận thư trong Phần 1).**