# 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) 网站。（<https://www.mass.gov/info-details/masshealth-member-advisory-committee-mac>）

****

**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，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](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。

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（请勾选您的首选项）：
	1. [ ]  电话
	2. [ ]  电子邮件
	3. [ ]  邮件（如果这是您的首选通讯方法，请提供邮寄地址）：

## **第 2 部分：我的 MassHealth 经历**

1. 请选择目前最适当地描述您的选项：
	1. [ ]  我是**目前的** MassHealth 会员。
	2. [ ]  我是**以前的** MassHealth 会员。

您的 MassHealth 承保是何时终止的？点击或轻拍输入日期 （月份/年份（如知道））

* + 1. 注释：您必须在过去五年内享受 MassHealth，才有资格参加 MAC。
	1. [ ]  我是目前或以前的 MassHealth 会员的监护人或家庭看护者。
		1. 请描述：
		2. 请分享您担任其监护人或家庭看护者的会员姓名：
		3. 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。

1. 我的出生日期：
2. 我的邮政编码（如有） 或选择：[ ] “我目前没有住房。”
3. 如果有住房，请选择您居住的县，或选择“我不知道”。

[ ]  Barnstable

[ ]  Berkshire

[ ]  Bristol

[ ]  Dukes

[ ]  Essex

[ ]  Franklin

[ ]  Hampden

[ ]  Hampshire

[ ]  Middlesex

[ ]  Nantucket

[ ]  Norfolk

[ ]  Plymouth

[ ]  Suffolk

[ ]  Worcester

[ ]  我不知道

1. 您愿意使用哪一种语言？

口语：

书面语言：

1. 您的种族是什么？

*种族是指个人对一个或多个社会群体的自我认同。*

请选择适合您的尽可能多的选项。

[ ]  美洲印第安人或阿拉斯加原住民

[ ]  亚裔

[ ]  黑人或非裔美国人

[ ]  中东人或北非人

[ ]  夏威夷原住民或太平洋岛民

[ ]  白人

[ ]  其他种族

[ ]  不知道

[ ]  选择不回答

1. 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。

[ ]  非裔

[ ]  非裔美国人

[ ]  美国人

[ ]  印度人

[ ]  巴西人

[ ]  柬埔寨人

[ ]  佛得角克里奥尔人

[ ]  加勒比岛民

[ ]  中美洲人

[ ]  华人

[ ]  哥伦比亚人

[ ]  古巴人

[ ]  多米尼加人

[ ]  东欧人

[ ]  欧洲人

[ ]  菲律宾人

[ ]  危地马拉人

[ ]  海地人

[ ]  洪都拉斯人

[ ]  日本人

[ ]  韩国人

[ ]  老挝人

[ ]  墨西哥人

[ ]  中东人或北非人

[ ]  葡萄牙人

[ ]  波多黎各人

[ ]  俄国人

[ ]  萨尔瓦多人

[ ]  南美人

[ ]  越南人

[ ]  我的族裔未列出（请具体说明）: 点击或轻拍此处输入文字

[ ]  不知道

[ ]  选择不回答

1. 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。

[ ]  男

[ ]  女

[ ]  跨性别男性

[ ]  跨性别女性

[ ]  性别酷儿/非常规性别/非二元性别/既非男性亦非女性

[ ]  性别认同未在此处列出，请具体说明：

[ ]  不知道

[ ]  选择不回答

1. 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。

[ ]  异性恋

[ ]  女同性恋或男同性恋

[ ]  双性恋

[ ]  性别酷儿、泛性恋或性取向有疑问

[ ]  我的族裔未列出，请具体说明:

[ ]  不知道

[ ]  选择不回答

1. 您是否认为自己是残障人士或有慢性医疗保健需求？

[ ]  是

请描述：

[ ]  否

[ ]  选择不回答

1. 您是否住在设施或集体住宿中？

[ ]  是

[ ]  否

[ ]  不知道

[ ]  选择不回答

1. 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

[ ]  否

[ ]  不知道

[ ]  选择不回答

1. 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**

1. 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

[ ]  不知道

1. 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

[ ]  不知道

## **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。

1. 您为什么希望成为 MassHealth MAC 会员？
2. 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。
3. 您有哪些优势可以帮助 MAC 取得成功？
4. 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**

1. 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

1. 是否还有任何其他您希望告诉 MassHealth 的信息？您可以选择在下方填写信息，也可以另附一页纸回答。
2. 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

[ ]  不知道

## **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, 11th 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**。

**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（并务必在第 1 部分提供邮寄地址）。**