# 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>）

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

**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**](mailto: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）。**