

طلب عضوية اللجنة الاستشارية لبرنامج Medicaid (MAC) والمجلس الاستشاري للمستفيدين (BAC)

يمكنك المساعدة في تحسين برنامج Medicaid لملايين السكان في نيويورك. تُعد خبرتك ومساهماتك ومشاركاتك ذات قيمة كبيرة بالنسبة إلى إدارة الصحة (Department of Health) في ولاية نيويورك (New York State, NYS). سيقدم أعضاء اللجنة الاستشارية لبرنامج Medicaid (Medicaid Advisory Committee, MAC) والمجلس الاستشاري للمستفيدين (Beneficiary Advisory Council, BAC) المشورة والمعلومات لبرنامج Medicaid في ولاية نيويورك بشأن تطوير السياسات المتعلقة ببرنامج Medicaid في ولاية نيويورك. ستساعد المعلومات الواردة من اللجنة الاستشارية لبرنامج Medicaid والمجلس الاستشاري للمستفيدين البرنامج في ضمان حصول أعضاء برنامج Medicaid في ولاية نيويورك على الرعاية ذات جودة أعلى وفعالية أكبر من حيث التكلفة.

تسعى اللجنة الاستشارية لبرنامج Medicaid إلى توظيف مقدمي الخدمات السريرية أو الإداريين المرخصين من ولاية نيويورك، والأفراد ذوي الخبرة المهنية في المؤسسات المجتمعية، ومؤسسات الرعاية المدارة، وجمعيات خطط الصحة، وغيرها من الوكالات الحكومية التي تخدم أعضاء برنامج Medicaid في ولاية نيويورك وبرنامج Child Health Plus (CHPlus). سيخدم أعضاء اللجنة الاستشارية لبرنامج Medicaid لمدة ثلاث سنوات.

يسعى المجلس الاستشاري للمستفيدين إلى استقطاب سكان ولاية نيويورك الحاليين أو السابقين من أعضاء برنامج Medicaid في ولاية نيويورك وبرنامج CHPlus، بالإضافة إلى أفراد أسرهم ومقدمي رعايتهم. سيخدم أعضاء المجلس الاستشاري للمستفيدين لمدة سنتين.

1. الاسم الأول*
2. الاسم الأخير*
3. عنوان البريد الإلكتروني*
4. المؤسسة (إن وُجدت)*
5. عنوان الشارع / صندوق البريد*
6. المدينة، الولاية، الرمز البريدي*
7. رقم الهاتف*
8. أي من الفترات الزمنية التالية تناسبك بشكل أفضل لحضور الاجتماعات المقررة خلال أيام الأسبوع؟ ضع علامة على كل ما ينطبق. **يرجى ملاحظة ما يلي:** ستُعقد الاجتماعات فصلياً، وقد تكون افتراضية أو بالحضور الشخصي (سيُجرى تحديد ذلك لاحقاً) في ألباني أو مدينة نيويورك.*
 - من 9 صباحاً إلى 10 صباحاً.
 - من 10:30 صباحاً إلى 11:30 صباحاً.
 - من 1 ظهراً إلى 2 بعد الظهر
 - من 2:30 بعد الظهر إلى 3:30 بعد الظهر
 - من 4 مساءً إلى 5 مساءً
 - جدولي الزماني مرن

9. هل أنت متاح للاجتماع بالحضور الشخصي أم افتراضياً عبر الإنترنت؟ حدد كل ما ينطبق.*
- افتراضياً
 - بالحضور الشخصي في ألباني
 - بالحضور الشخصي في مدينة نيويورك

10. أود أن أخدم في:*
- اللجنة الاستشارية لبرنامج Medicaid
 - المجلس الاستشاري للمستفيدين
 - كليهما

11. هل أنت عضو في برنامج Medicaid في ولاية نيويورك أم برنامج Child Health Plus؟*
- نعم، أنا عضو في برنامج Medicaid Managed Care (أنا مسجل في برنامج Medicaid وأتلقى مزايا Medicaid من خلال شركة تأمين صحي مثل Fidelis أو United Healthcare).
 - نعم، أنا عضو في برنامج Medicaid Fee-for-Service (أنا مسجل في برنامج Medicaid وأتلقى مزايا Medicaid من خلال ولاية نيويورك. وبطاقة المزايا الخاص بي مكتوب عليها "NYS Benefit Identification Card" ولا تذكر شركة تأمين صحي).
 - نعم، أنا عضو في Child Health Plus
 - لا هذا ولا ذلك

12. هل أنت مقدم الرعاية أو أحد أفراد أسرة أحد المستفيدين من برنامج Medicaid أو برنامج Child Health Plus في ولاية نيويورك؟*
- نعم، أنا عضو في برنامج Medicaid Managed Care (أنا مسجل في برنامج Medicaid وأتلقى مزايا Medicaid من خلال شركة تأمين صحي مثل Fidelis أو United Healthcare)
 - نعم، أنا عضو في برنامج Medicaid Fee-for-Service (أنا مسجل في برنامج Medicaid وأتلقى مزايا Medicaid من خلال ولاية نيويورك. وبطاقة المزايا مكتوب عليها "NYS Benefit Identification Card" ولا تذكر شركة تأمين صحي).
 - نعم، أنا عضو في برنامج Child Health Plus
 - لا هذا ولا ذلك

13. يرجى تحديد فئة واحدة أو أكثر تصفك بشكل أفضل.*
- أنا عضو في برنامج Medicaid في الولاية نيويورك
 - لقد كنت عضواً في برنامج Medicaid في الولاية نيويورك
 - أنا ولي أمر/ مقدم رعاية لعضو في برنامج Medicaid في ولاية نيويورك
 - أنا ولي أمر/ مقدم رعاية لعضو في Child Health Plus
 - أنا مستفيد من برنامج Medicare
 - أنا مدافع عن برنامج Medicaid في ولاية نيويورك
 - أنا مدافع عن برنامج Child Health Plus
 - أنا ممثل لمؤسسة الرعاية المُدارة (Managed Care Organization)
 - أنا مقدم رعاية سريرية أو إداري
 - أنا ممثل لوكالة في ولاية نيويورك
 - أنا ممثل لخطة رعاية صحية

14. ما الخبرات والآراء التي يمكنك مشاركتها وستفيد منها اللجنة الاستشارية لبرنامج Medicaid و/ أو المجلس الاستشاري للمستفيدين؟*

15. لماذا ترغب في المشاركة في اللجنة الاستشارية لبرنامج Medicaid و/ أو المجلس الاستشاري للمستفيدين؟*

16. هل تخدم حاليًا، أو خدمت في الماضي، في اللجنة الاستشارية لإدارة الصحة في ولاية نيويورك؟
- نعم (إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى ذكر اسم اللجنة في خانة "غير ذلك" أدناه)
- لا

17. هل أنت من سكان ولاية نيويورك؟*

- نعم
- لا

18. هل لديك تصريح قانوني للعمل في الولايات المتحدة؟ يرجى ملاحظة ما يلي: هذه المعلومات مطلوبة لضمان الامتثال لمتطلبات الإبلاغ لدى دائرة الإيرادات الداخلية (Internal Revenue Service, IRS) فيما يتعلق بنفقات السفر المستردة التي تتجاوز حدود معينة.*

- نعم
- لا
- أفضل عدم الإجابة

19. النوع الجنساني: كيف تُعرّف نفسك؟*

- ذكر
- أنثى
- غير ثنائي الجنس
- أفضل عدم الإجابة

20. كم عمرك؟*

- من 18 إلى 21 عامًا
- من 22 إلى 30 عامًا
- من 31 إلى 40 عامًا
- من 41 إلى 50 عامًا
- من 51 إلى 60 عامًا
- من 61 إلى 64 عامًا
- 65 عامًا فما فوق

21. ما العرق/ الأصل الإثني الذي يصفك بشكل أفضل؟ حدد كل ما ينطبق.*

- هندي أمريكي أو من مواطني ألاسكا الأصليين
- آسيوي أو من سكان جزر المحيط الهادئ
- أسود أو أمريكي من أصل إفريقي
- من أصل إسباني
- أبيض/ قوقازي
- أفضل عدم الإجابة

22. ما نوع الموقع الذي يصف مكان إقامتك بشكل أفضل؟*

- منطقة حضرية
- ضاحية
- منطقة ريفية

23. في أي منطقة/مقاطعة من ولاية نيويورك تعيش؟*

- Capital District (Albany، Columbia، Greene، Rensselaer، Saratoga)
- Schenectady، Washington، Warren)
- Central New York (Cayuga، Cortland، Madison، Onondaga، Oswego)
- Finger Lakes (Livingston، Monroe، Orleans، Ontario، Seneca، Wayne، Yates)
- Long Island (Suffolk، Nassau)
- Mid-Hudson (Dutchess، Orange، Putnam، Rockland، Sullivan، Ulster، Westchester)
- Mohawk Valley (Hamilton، Herkimer، Fulton، Montgomery، Schoharie، Oneida)
- مدينة نيويورك (Bronx، Kings، Richmond، Queens، New York)
- North Country (Clinton، Franklin، Essex، Jefferson، Lewis، St. Lawrence)
- Southern Tier (Broome، Chemung، Chenango، Delaware، Schuylar، Steuben، Tioga، Thompsons، Otsego)
- Western New York (Allegany، Cattaraugus، Chautauqua، Erie، Niagara)

24. هل توجد أي معلومات إضافية تود تقديمها؟*

شكرًا لتقديمك الطلب. تُقدّر إدارة الصحة في ولاية نيويورك اهتمامك، وتهدف إلى تشكيل لجنة متنوعة تضم مجموعة واسعة من الخبرات ووجهات النظر. سنخطرك إذا جرى اختيارك للعضوية، وسنحتفظ بجميع الطلبات الأخرى ضمن سجلاتنا من أجل فرص التوظيف المستقبلية.

MAC_BAC@health.ny.gov