



## **Demande de candidature au MAC et au BAC**

Vous pouvez contribuer à améliorer le programme Medicaid pour des millions de New-Yorkais. Votre expérience, vos suggestions et votre participation sont de précieux atouts pour le ministère de la Santé de l'État de New York (New York State Department of Health, NYS). Les membres du Comité consultatif sur Medicaid (Medicaid Advisory Committee, MAC) et du Conseil consultatif sur les bénéficiaires (Beneficiary Advisory Council, BAC) conseilleront et informeront le programme NYS Medicaid concernant l'élaboration de politiques relatives au programme. Les suggestions du MAC et du BAC aideront à nous assurer que les membres de NYS Medicaid aient accès aux soins de la plus haute qualité et au prix le plus abordable.

Le MAC recherche des prestataires cliniques agréés par NYS ou des administrateurs ou administratrices, de même que des personnes ayant une expérience professionnelle dans des organisations communautaires, des organisations de soins gérés, des associations de régimes d'assurance maladie et d'autres agences d'État qui sert les membres de NYS Medicaid et de Child Health Plus (CHPlus). Les membres du MAC exerceront un mandat de trois ans.

Le BAC recherche des résidents NYS qui sont des membres actuels ou passés de NYS Medicaid et CHPlus, de même que les membres de leurs familles et leurs aidants. Les membres du BAC exerceront un mandat de deux ans.

1. Prénom
2. Nom
3. Adresse courriel
4. Organisation (s'il y a lieu)
5. Adresse civile / casier postal
6. Ville, État, code postal
7. Numéro de téléphone
8. Quelles tranches horaires parmi les suivantes vous conviennent le mieux pour participer à des réunions prévues un jour de semaine? Cochez toutes les tranches qui s'appliquent. **Veillez noter** : Les réunions auront lieu tous les trimestres et peuvent être tenues virtuellement ou en personne (à déterminer) à Albany ou à New York City.
  - De 9 h 00 à 10 h 00
  - De 10 h 30 à 11 h 30
  - De 13 h 00 à 14 h 00
  - De 14 h 30 à 15 h 30
  - De 16 h 00 à 17 h 00
  - Mon horaire est souple

9. Pouvez-vous participer en personne ou virtuellement? Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.
- Virtuel
  - Réunion en personne à Albany
  - Réunion en personne à New York
10. J'aimerais faire partie du :
- Comité consultatif sur Medicaid
  - Conseil consultatif sur les bénéficiaires
  - Les deux
11. Êtes-vous membre de Medicaid de l'État de New York ou de Child Health Plus?
- Oui, je suis membre de Medicaid Managed Care (je suis inscrit[e] à Medicaid et je reçois des prestations Medicaid par le biais d'une compagnie d'assurance maladie comme Fidelis ou United Healthcare)
  - Oui, je suis membre de Medicaid Fee-for-Service (je suis inscrit[e] à Medicaid et je reçois des prestations Medicaid par le biais de l'État de New York. Ma carte d'assurance indique « NYS Benefit Identification Card » et aucune compagnie d'assurance maladie n'est mentionnée)
  - Oui, je suis membre de Child Health Plus
  - Aucune de ces réponses
12. Êtes-vous l'aidant ou un membre de la famille d'un membre de Medicaid de l'État de New York ou de Child Health Plus?
- Oui, d'un membre de Medicaid Managed Care (inscrit[e] à Medicaid et reçoit des prestations Medicaid par le biais d'une compagnie d'assurance maladie comme Fidelis ou United Healthcare)
  - Oui, d'un membre de Medicaid Fee-for-Service (inscrit[e] à Medicaid et reçoit des prestations Medicaid par le biais de l'État de New York. La carte d'assurance indique « NYS Benefit Identification Card » et aucune compagnie d'assurance maladie n'est mentionnée)
  - Oui, d'un membre de Child Health Plus
  - Aucune de ces réponses
13. Veuillez sélectionner les catégories (une ou plus) qui vous décrivent le mieux.
- Je suis membre de Medicaid de l'État de New York
  - J'ai été membre de Medicaid de l'État de New York
  - Je suis le parent/l'aidant d'un membre de Medicaid de l'État de New York
  - Je suis le parent/l'aidant d'un membre de Child Health Plus
  - Je suis un(e) bénéficiaire de Medicaid
  - Je suis un(e) intervenant(e) de Medicaid de l'État de New York
  - Je suis un(e) intervenant(e) de Child Health Plus
  - Je suis un(e) représentant(e) d'une organisation de soins gérés (Managed Care Organization)
  - Je suis un(e) prestataire clinique ou un administrateur/une administratrice
  - Je suis un(e) représentant(e) d'une agence de l'État de New York
  - Je suis un(e) représentant(e) de régime d'assurance maladie

14. Quelles expériences et quels points de vue pouvez-vous communiquer au Comité consultatif sur Medicaid et/ou au Conseil consultatif sur les bénéficiaires? Ces expériences et ces points de vue leur sont-ils bénéfiques, à votre avis?
15. Pour quelle raison souhaitez-vous participer au Comité consultatif sur Medicaid et/ou au Conseil consultatif sur les bénéficiaires?
16. Siégez-vous actuellement ou avez-vous déjà siégé à un comité consultatif pour le ministère de la Santé de l'État de New York?
- Oui (si oui, veuillez fournir le nom du comité dans le champ « Autre » ci-dessous)
  - Non
17. Résidez-vous dans l'État de New York?
- Oui
  - Non
18. Êtes-vous légalement autorisé(e) à travailler aux États-Unis? **Veillez noter** : Cette information est nécessaire pour assurer la conformité aux exigences de déclaration à l'IRS pour le remboursement de frais de déplacement professionnel dépassant certains seuils
- Oui
  - Non
  - Je préfère ne pas répondre
19. Genre : À quel genre vous identifiez-vous?
- Masculin
  - Féminin
  - Non binaire
  - Je préfère ne pas répondre
20. Quel âge avez-vous?
- Entre 18 et 21 ans
  - Entre 22 et 30 ans
  - Entre 31 et 40 ans
  - Entre 41 et 50 ans
  - Entre 51 et 60 ans
  - Entre 61 et 64 ans
  - 65 ans ou plus
21. Quelle race/appartenance ethnique vous décrit le mieux? Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent
- Autochtone ou autochtone d'Alaska
  - Asiatique/natif d'une autre île du Pacifique
  - Noir ou afro-américain
  - Hispanique
  - Blanc/caucasien
  - Je préfère ne pas répondre

22. Quel type de milieu décrit le mieux l'endroit où vous vivez?

- Urbain
- Banlieue
- Rural

23. Dans quelle région/quel comté de l'État de New York vivez-vous?

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

24. Souhaitez-vous nous fournir d'autres renseignements?

Merci de votre demande. Le ministère de la Santé de l'État de New York est reconnaissant de l'intérêt que vous lui portez et vise à bâtir un comité diversifié ayant un large éventail d'expériences et de points de vue. Nous vous aviserons si votre candidature a été retenue et garderons toutes les autres demandes dans nos dossiers pour de futures possibilités de recrutement.

**MAC\_BAC@health.ny.gov**