

MAC और BAC सदस्य आवेदन

आप लाखों न्यूयॉर्कवासियों के लिए Medicaid कार्यक्रम को बेहतर बनाने में मदद कर सकते हैं। आपका अनुभव, सुझाव और भागीदारी न्यूयॉर्क राज्य (New York State, NYS) स्वास्थ्य विभाग (Department of Health) के लिए मूल्यवान है। Medicaid सलाहकार समिति (Medicaid Advisory Committee, MAC) और लाभार्थी सलाहकार परिषद (Beneficiary Advisory Council, BAC) के सदस्य, NYS Medicaid कार्यक्रम से संबंधित नीति विकास पर NYS Medicaid कार्यक्रम को सलाह देंगे और सूचित करेंगे। MAC और BAC से प्राप्त सुझाव कार्यक्रम को यह सुनिश्चित करने में सहायता करेंगे कि NYS Medicaid सदस्यों को उच्चतम गुणवत्ता और सबसे किफ़ायती देखभाल मिले।

MAC को NYS-लाइसेंस प्राप्त क्लिनिकल प्रदाताओं या प्रशासकों, और ऐसे व्यक्तियों की तलाश है जिनके पास समुदाय-आधारित संगठनों, प्रबंधित देखभाल संगठनों, स्वास्थ्य योजना संघों और अन्य राज्य एजेंसियों में पेशेवर अनुभव हो, जो NYS Medicaid और Child Health Plus (CHPlus) सदस्यों की सेवा करते हैं। MAC सदस्यों का कार्यकाल तीन साल का होगा।

BAC ऐसे NYS निवासियों की तलाश कर रहा है जो वर्तमान या पूर्व NYS Medicaid और CHPlus सदस्य हैं, साथ ही उनके परिवार के सदस्य और देखभालकर्ता भी। BAC सदस्यों का कार्यकाल दो साल का होगा।

1. पहला नाम
2. अंतिम नाम
3. ईमेल पता
4. संगठन (यदि लागू हो)
5. सड़क का पता / पी.ओ. बॉक्स
6. शहर, राज्य, ज़िप कोड
7. फ़ोन नंबर*
8. कार्य दिवस पर निर्धारित बैठकों में भाग लेने के लिए निम्नलिखित में से कौन सा समय आपके लिए सबसे उपयुक्त रहेगा? लागू होने वाले सभी विकल्पों पर सही का निशान लगाएं। **कृपया ध्यान दें:** बैठकें हर तिमाही में आयोजित की जाएंगी और ये वर्चुअल या व्यक्तिगत (अभी तय होना है) फ़्रसे Albany या न्यूयॉर्क शहर में हो सकती हैं।
 - 9 पूवाहरन - 10 पूवाहरन
 - 10:30 पूवाहरन - 11:30 पूवाहरन
 - 1 अपराहन - 2 अपराहन
 - 2:30 अपराहन - 3:30 अपराहन
 - 4 अपराहन - 5 अपराहन
 - मेरी समय-सारिणी लचीली है

9. क्या आप व्यक्तिगत स्तर से या वर्चुअल तरीके से मिलने के लिए उपलब्ध हैं? लागू होने वाले सभी विकल्पों को चुनें।
- वर्चुअल
 - Albany में व्यक्तिगत बैठक
 - न्यूयॉर्क शहर में व्यक्तिगत बैठक
10. मैं इसमें सेवा करना चाहूंगा/चाहूंगी:
- Medicaid सलाहकार समितित
 - लाभार्थी सलाहकार परिषद
 - दोनों
11. क्या आप न्यूयॉर्क राज्य Medicaid या Child Health Plus सदस्य हैं?
- हाँ, मैं एक Medicaid Managed Care सदस्य हूँ (मैं Medicaid में नामांकित हूँ और Fidelis या United Healthcare जैसी स्वास्थ्य बीमा कंपनी के माध्यम से Medicaid लाभ प्राप्त करता/करती हूँ)
 - हाँ, मैं एक Medicaid Fee-for-Service सदस्य हूँ (मैं Medicaid में नामांकित हूँ और न्यूयॉर्क राज्य के माध्यम से Medicaid लाभ प्राप्त करता/करती हूँ। मेरे बनेफिट कार्ड पर "NYS Benefit Identification Card" लिखा है और उस पर किसी स्वास्थ्य बीमा कंपनी का नाम दर्ज नहीं है)
 - हाँ, मैं एक Child Health Plus सदस्य हूँ
 - इनमें से कोई नहीं
12. क्या आप किसी न्यूयॉर्क राज्य Medicaid या Child Health Plus सदस्य के देखभालकर्ता या परिवार के सदस्य हैं?
- हाँ, Medicaid Managed Care सदस्य (Medicaid में नामांकित हैं और Fidelis या United Healthcare जैसी स्वास्थ्य बीमा कंपनी के माध्यम से Medicaid लाभ प्राप्त करते हैं)
 - हाँ, Medicaid Fee-for-Service सदस्य (Medicaid में नामांकित हैं और न्यूयॉर्क राज्य के माध्यम से Medicaid लाभ प्राप्त करते हैं। बनेफिट कार्ड पर "NYS Benefit Identification Card" लिखा है और उस पर किसी स्वास्थ्य बीमा कंपनी का नाम दर्ज नहीं है)
 - हाँ, Child Health Plus सदस्य
 - इनमें से कोई नहीं
13. कृपया उन एक या अधिक श्रेणियों का चयन करें जो आपका सबसे अच्छा वर्णन करती हैं।
- मैं एक न्यूयॉर्क राज्य Medicaid सदस्य हूँ
 - मैं एक न्यूयॉर्क राज्य Medicaid सदस्य रहा/रही हूँ
 - मैं एक न्यूयॉर्क राज्य Medicaid सदस्य का माता-पिता/देखभालकर्ता हूँ
 - मैं एक Child Health Plus सदस्य का माता-पिता/देखभालकर्ता हूँ
 - मैं एक Medicare लाभार्थी हूँ
 - मैं एक न्यूयॉर्क राज्य Medicaid अधिवक्ता हूँ
 - मैं एक Child Health Plus अधिवक्ता हूँ
 - मैं एक संबंधित देखभाल संगठन (Managed Care Organization) का प्रतिनिधि हूँ
 - मैं एक क्लिनिकल परदाता या परशासक हूँ

- मैं एक न्यूयॉर्क राज्य एजेंसी का प्रतिनिधि हूँ
 - मैं एक स्वास्थ्य योजना प्रतिनिधि हूँ
14. आप कौन सा अनुभव और दृष्टिकोण साझा कर सकते हैं जो Medicaid सलाहकार समित और/या लाभार्थी सलाहकार परिषद को लाभान्वित करेगा?
15. आप Medicaid सलाहकार समित और/या लाभार्थी सलाहकार परिषद में भाग लेने में रुचि क्यों रखते हैं?*
16. क्या आप वर्त मान में, या पहले कभी, NYS स्वास्थ्य विभाग की किसी सलाहकार समित के सदस्य रहे हैं?*
- हाँ (यदि हाँ, तो कृपया नीचे "अन्य" फ़ील्ड में समित का नाम परदान करें)
 - नहीं
17. क्या आप न्यूयॉर्क राज्य के निवासी हैं?*
- हाँ
 - नहीं
18. क्या आप कानूनी रूप से संयुक्त राज्य अमेरिका में काम करने के लिए अधिकृत हैं? **कृपया ध्यान दें:** यह जानकारी उन यात्रा खर्चों की परितपूर्ति के लिए IRS रिपोर्टिंग नियमों का पालन करने के लिए ज़रूरी है जो एक तय सीमा से अधिक हैं।
- हाँ
 - नहीं
 - उत्तर देना पसंद नहीं है
19. लंग: आप अपनी पहचान किस स्भ में देते हैं?
- पुरुष
 - मिहला
 - नॉन-बाइनरी
 - उत्तर देना पसंद नहीं है
20. आपकी आयु कितनी है?
- 18 से 21
 - 22 से 30
 - 31 से 40
 - 41 से 50
 - 51 से 60
 - 61 से 64
 - 65 और उससे अधिक

21. कौन सी नस्ल/जातीयता आपका सबसे अच्छा वर्ण न करती है? लागू होने वाले सभी विकल्पों को चुनें।
- अमेरिकन इंडियन या Alaska मूल निवासी
 - एशियाई/परशांत दवीप समूहवासी
 - अश्वेत या अफ़रीकी अमेरिकी
 - हस्पैनिक
 - श्वेत/कॉकेशियन
 - उत्तर देना पसंद नहीं है
22. कौन सा स्थान परकार आपके रहने की जगह का सबसे अच्छा वर्ण न करता है?
- शहरी
 - उपनगरीय
 - गरामीण
23. आप न्यूयॉर्क राज्य के किस कषेतर/काउंटी में रहते हैं?
- 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)
 - न्यूयॉर्क शहर (Bronx, Kings, Richmond, Queens, New York)
 - North Country (Clinton, Essex, Franklin, Jefferson, Lewis, St. Lawrence)
 - Southern Tier (Broome, Chemung, Chenango, Delaware, Schuyler, Steuben, Tioga, Thompsons, Otsego)
 - Western New York (Allegany, Cattaraugus, Chautauqua, Erie, Niagara)
24. क्या कोई अतिरिक्त जानकारी है जो आप परदान करना चाहेंगे?

आपके आवेदन के लिए धन्यवाद। NYS स्वास्थ्य विभाग आपकी रुचि की सराहना करता है और इसका उद्देश्य अनुभव और दृष्टिकोण की व्यापक श्रेणी के साथ एक विविध समिति बनाना है। यदि आपको सदस्यता के लिए चुना जाता है तो हम आपको सूचित करेंगे और भविष्य के भर्ती अवसरों के लिए अन्य सभी आवेदनों को फ़ाइल पर रखेंगे।

MAC_BAC@health.ny.gov