



MACおよびBAC メンバー申請書

皆さまはニューヨーク州に住む何百万の人々のために、Medicaidプログラムの向上に貢献することができます。皆さまの経験やご意見、そしてご参加は、ニューヨーク州(New York State, NYS)保健局(Department of Health)にとって貴重な財産です。Medicaid諮問委員会(Medicaid Advisory Committee, MAC)と受益者諮問委員会(Beneficiary Advisory Council, BAC)のメンバーには、ニューヨーク州Medicaidプログラムに関する政策の策定について、ニューヨーク州Medicaidプログラムに助言や情報提供を行っていただきます。MACとBACからのご意見は、ニューヨーク州Medicaid加入者が最高水準かつ最も費用対効果の高い医療を受けられるようにプログラムを運営するための支援となります。

MACは、ニューヨーク州の認可を受けた医療提供者や医療管理者、ニューヨーク州MedicaidおよびChild Health Plus(CHPlus)加入者にサービスを提供する地域密着型組織、マネージドケア組織、健康保険組合、その他の州機関で専門的な経験を持つ方を募集しています。MACメンバーの任期は3年です。

BACは、ニューヨーク州在住で、現在または過去にニューヨーク州MedicaidおよびCHPlusの加入者であった方、ならびにその家族や介護者を募集しています。BACメンバーの任期は2年です。

1. 名
2. 姓
3. Eメールアドレス
4. 団体(該当する場合)
5. 番地/P.O.Box
6. 市、州、ZIPコード
7. 電話番号
8. 平日に予定されているミーティングに出席する場合、下記の時間帯のうちどれが最も都合が良いでしょうか？当てはまるものすべてにチェックを入れてください。**ご注意:**ミーティングは四半期ごとに開催する予定です。場所はアルバニー市またはニューヨーク市で対面にて、またはオンライン形式を検討しています(形式は未定)。
 - 9 a.m. - 10 a.m.
 - 10:30 a.m. - 11:30 a.m.
 - 1 p.m. - 2 p.m.
 - 2:30 p.m. - 3:30 p.m.
 - 4 p.m. - 5 p.m.
 - 私のスケジュールはフレキシブルです。

9. 対面またはオンラインミーティングのどちらでも対応可能ですか？当てはまるものすべてにチェックを入れてください。
- オンライン
 - アルバニー市での対面によるミーティング
 - ニューヨーク市での対面によるミーティング
10. 所属を希望する団体は以下のとおりです：
- Medicaid諮問委員会
 - 受益者諮問評議会
 - 両方
11. ニューヨーク州Medicaid、またはChild Health Plusに加入していますか？
- はい、Medicaid Managed Care加入者です（Medicaidに加入しており、FidelisやUnited Healthcareなどの医療保険会社を通じてMedicaidの給付を受けています）。
 - はい、Medicaid Fee-for-Service加入者です（Medicaidに加入しており、ニューヨーク州を通じてMedicaidの給付を受けています）。私の給付カードには「NYS Benefit Identification Card」と記載されており、医療保険会社の記載はありません
 - はい、Child Health Plusの加入者です
 - どちらでもない
12. ニューヨーク州Medicaid、またはChild Health Plus加入者の介護者または家族ですか？
- はい、Medicaid Managed Care加入者です（Medicaidに加入しており、FidelisやUnited Healthcareなどの医療保険会社を通じてMedicaidの給付を受けています）。
 - はい、Medicaid Fee-for-Service加入者です（Medicaidに加入しており、ニューヨーク州を通じてMedicaidの給付を受けています）。給付カードには「NYS Benefit Identification Card」と記載されており、医療保険会社の記載はありません
 - はい、Child Health Plusの加入者です
 - どちらでもない
13. 当てはまるものを選択してください。（複数可）
- 私はニューヨーク州Medicaid加入者です。
 - 私は以前からニューヨーク州Medicaid加入者です。
 - 私はニューヨーク州Medicaid加入者の保護者または介護者です。
 - 私はChild Health Plus加入者の保護者または介護者です。
 - 私はMedicareの受給者です。
 - 私はニューヨーク州Medicaidのアドボケートです
 - 私はChild Health Plusのアドボケートです
 - 私はマネージドケア組織（Managed Care Organization）の担当者です
 - 私は医療提供者または医療管理者です
 - 私はニューヨーク州機関の担当者です
 - 私は健康保険プランの担当者です

14. Medicaid諮問委員会や受益者諮問評議会にとって有益となるご経験や視点として、どのようなものがありますか？
15. Medicaid諮問委員会および／または受益者諮問委員会への参加に関心がある理由は何ですか？
16. 現在、または過去にニューヨーク州保健局の諮問委員会に所属していましたか？
- はい(「はい」の場合、下記の「その他」欄にその委員会名をご記入ください)
 - いいえ
17. あなたはニューヨーク州の居住者ですか？
- はい
 - いいえ
18. あなたは合法的に米国で働くことを認められていますか？**ご注意:**この情報は、一定の基準を超える出張費の返金に関するIRSへの報告義務に準拠するために必要です。
- はい
 - いいえ
 - 回答を希望しない
19. 性別: 自分の性別をどのように認識していますか？
- 男性
 - 女性
 - ノンバイナリー
 - 回答を希望しない
20. あなたの年齢を選択してください
- 18歳～21歳
 - 22歳～30歳
 - 31歳～40歳
 - 41歳～50歳
 - 51歳～60歳
 - 61歳～64歳
 - 65歳以上
21. あなたの人種・民族はどれですか？当てはまるものすべてにチェックを入れてください。
- アメリカ先住民またはアラスカ先住民
 - アジア系、太平洋諸島民
 - 黒人またはアフリカ系アメリカ人
 - ヒスパニック系
 - 白人
 - 回答を希望しない

22. あなたが住んでいる地域を最もよく表すものはどれですか？

- 都市部
- 郊外
- 地方、農村部

23. ニューヨーク州のどの地域／郡にお住まいですか？

- 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)
- ニューヨーク市 (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. 他に提供を希望する情報はありますか？

ご応募いただきありがとうございます。ご関心を寄せていただきありがとうございます。ニューヨーク州保健局では幅広い経験と視点を備えた多様性のある委員会の構築を目指しています。メンバーに選考された場合にご連絡いたします。また、その他のご応募はすべて今後の募集機会のために保管させていただきます。

MAC_BAC@health.ny.gov