



## MAC 및 BAC 위원 신청서

귀하께서는 뉴욕 주민 수백만 명을 위한 Medicaid 프로그램 개선에 기여하실 수 있습니다. 귀하의 경험, 의견 및 참여는 뉴욕주(New York State, NYS) 보건부(Department of Health)에 소중합니다. Medicaid 자문위원회(Medicaid Advisory Committee, MAC) 및 수혜자 자문위원회(Beneficiary Advisory Council, BAC) 위원은 NYS Medicaid 프로그램과 관련된 정책 개발에 대해 NYS Medicaid 프로그램에 조언을 하고 정보를 제공합니다. MAC 및 BAC의 의견은 NYS Medicaid 가입자가 최고 품질의 가장 비용 효율적인 의료 서비스를 이용할 수 있도록 프로그램을 운영하는 데 활용될 것입니다.

MAC은 NYS 면허를 소지한 임상 의료 제공자 또는 관리자, 그리고 NYS Medicaid 및 Child Health Plus(CHPlus) 가입자에게 서비스를 제공하는 지역사회 기반 기관, 관리형 의료 기관, 건강 플랜 협회 및 기타 주 당국에서 일했던 전문적인 경험을 가진 개인을 찾고 있습니다. MAC 위원의 임기는 3년입니다.

BAC는 NYS Medicaid 및 CHPlus의 현 가입자이거나 이전에 가입자였던 NYS 주민과 그 가족 및 간병인을 찾고 있습니다. BAC 위원의 임기는 2년입니다.

1. 이름
2. 성
3. 이메일 주소
4. 소속 기관(해당되는 경우)
5. 도로명 주소 / 사서함
6. 시, 주, 우편번호
7. 전화번호
8. 평일에 예정된 회의에 참석하기 위해 가장 좋은 시간대는 언제입니까? 해당되는 것을 모두 선택하십시오. **참고:** 회의는 분기별로 개최되며 Albany 또는 뉴욕시에서 원격 또는 대면(추후 결정)으로 진행될 수 있습니다.
  - 오전 9시 - 오전 10시
  - 오전 10시 30분 - 오전 11시 30분
  - 오후 1시 - 오후 2시
  - 오후 2시 30분 - 오후 3시 30분
  - 오후 4시 - 오후 5시
  - 제 일정은 유동적입니다

9. 대면 또는 원격으로 참석할 수 있습니까? 해당되는 것을 모두 선택하십시오.
- 원격
  - Albany에서 대면 회의
  - 뉴욕시에서 대면 회의
10. 참여를 희망하는 위원회:
- Medicaid 자문위원회
  - 수혜자 자문위원회
  - 둘 다
11. 뉴욕주 Medicaid 또는 Child Health Plus 가입자이십니까?
- 예, 저는 Medicaid Managed Care 가입자입니다(Medicaid에 가입되어 있으며 Fidelis 또는 United Healthcare와 같은 건강 보험 회사를 통해 Medicaid 혜택을 받습니다)
  - 예, 저는 Medicaid Fee-for-Service 가입자입니다(Medicaid에 가입되어 있으며 뉴욕주를 통해 Medicaid 혜택을 받습니다. 제 혜택 카드에는 “NYS Benefit Identification Card”라고 표시되어 있으며 건강 보험 회사명이 기재되어 있지 않습니다)
  - 예, 저는 Child Health Plus 가입자입니다
  - 해당 없음
12. 뉴욕주 Medicaid 또는 Child Health Plus 가입자의 간병인 또는 가족이십니까?
- 예, Medicaid Managed Care 가입자입니다(Medicaid에 가입되어 있으며 Fidelis 또는 United Healthcare와 같은 건강 보험 회사를 통해 Medicaid 혜택을 받습니다)
  - 예, Medicaid Fee-for-Service 가입자입니다(Medicaid에 가입되어 있으며 뉴욕주를 통해 Medicaid 혜택을 받습니다. 혜택 카드에는 “NYS Benefit Identification Card”라고 표시되어 있으며 건강 보험 회사명이 기재되어 있지 않습니다)
  - 예, Child Health Plus 가입자입니다
  - 해당 없음
13. 귀하를 가장 잘 설명하는 범주를 하나 이상 선택해 주십시오.
- 저는 뉴욕주 Medicaid 가입자입니다
  - 저는 뉴욕주 Medicaid 가입자였습니다
  - 저는 뉴욕주 Medicaid 가입자의 부모/간병인입니다
  - 저는 Child Health Plus 가입자의 부모/간병인입니다
  - 저는 Medicare 수혜자입니다
  - 저는 뉴욕주 Medicaid 권익 옹호자입니다
  - 저는 Child Health Plus 권익 옹호자입니다
  - 저는 관리형 의료 기관(Managed Care Organization) 담당자입니다
  - 저는 임상 의료 제공자 또는 관리자입니다
  - 저는 뉴욕주 당국 담당자입니다
  - 저는 건강 플랜 담당자입니다

14. Medicaid 자문위원회 및/또는 수혜자 자문위원회에 도움이 될 수 있는 귀하의 경험과 관점은 무엇입니까?

15. Medicaid 자문위원회 및/또는 수혜자 자문위원회에 참여하고자 하는 이유는 무엇입니까?

16. 현재 또는 과거에 NYS 보건부의 자문위원회에서 활동한 적이 있습니까?

- 예(예인 경우, 아래 "기타" 입력란에 위원회 이름을 기재해 주십시오)
- 아니요

17. 뉴욕주 주민입니까?

- 예
- 아니요

18. 미국에서 합법적으로 취업할 수 있는 자격이 있습니까? **참고:** 이 정보는 특정 기준을 초과하는 여행 경비 환급에 대한 IRS 보고 요건 준수를 위해 필요합니다.

- 예
- 아니요
- 답변을 원하지 않음

19. 성별: 본인의 성정체성을 어떻게 표현하십니까?

- 남성
- 여성
- 논바이너리
- 답변을 원하지 않음

20. 연령대는 어떻게 됩니까?

- 18세 - 21세
- 22세 - 30세
- 31세 - 40세
- 41세 - 50세
- 51세 - 60세
- 61세 - 64세
- 65세 이상

21. 귀하를 가장 잘 설명하는 인종/민족은 무엇입니까? 해당되는 것을 모두 선택하십시오.

- 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민
- 아시아인/태평양 섬 주민
- 흑인 또는 아프리카계 미국인
- 히스패닉
- 백인/코카서스인
- 답변을 원하지 않음

22. 다음 중 귀하가 거주하는 지역을 가장 잘 설명하는 유형은 어느 것입니까?

- 도시
- 교외
- 농촌

23. 뉴욕주의 어느 지역/카운티에 거주하고 계십니까?

- 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)
- 뉴욕시(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. 추가로 제공하고 싶은 정보가 있습니까?

신청해 주셔서 감사합니다. NYS 보건부는 귀하의 관심에 감사드리며 다양한 경험과 관점을 갖춘 다양한 위원회를 구성하고자 합니다. 위원으로 선정되시면 알려드릴 것이며, 그 외 모든 신청서는 향후 모집 기회를 위해 보관됩니다.

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