



## MAC तथा BAC सदस्य आवेदन

तपाईंले लाखौं न्यूयोर्कवासीहरूका लागि Medicaid कार्यक्रम सुधार गर्न मद्दत गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंको अनुभव, सुझाव र सहभागिता न्यूयोर्क स्टेट (New York State, NYS) स्वास्थ्य विभाग (Department of Health) का लागि महत्वपूर्ण छन्। Medicaid सल्लाहकार समिति (Medicaid Advisory Committee, MAC) र लाभार्थी सल्लाहकार परिषद् (Beneficiary Advisory Council, BAC) का सदस्यहरूले NYS Medicaid कार्यक्रमसँग सम्बन्धित नीति विकासमा NYS Medicaid कार्यक्रमलाई सल्लाह दिने र सूचित गर्ने काम गर्नेछन्। MAC र BAC बाट प्राप्त सुझावहरूले कार्यक्रमलाई NYS Medicaid सदस्यहरूको उच्च गुणस्तरीय र सर्वाधिक लागत-प्रभावी हेरचाहमा पहुँच सुनिश्चित गर्न मद्दत पुर्याउनेछ।

MAC ले NYS-इजाजतपत्र प्राप्त क्लिनिकल प्रदायक वा प्रशासकहरू, र सामुदायिक सङ्गठनहरू, व्यवस्थित हेरचाह सङ्गठनहरू, स्वास्थ्य योजना सङ्घहरू र NYS Medicaid तथा Child Health Plus (CHPlus) सदस्यहरूलाई सेवा दिने अन्य राज्य निकायहरूमा पेसागत अनुभव भएका व्यक्तिहरूको खोजी गर्दछ। MAC सदस्यहरूले तीन वर्षे कार्यकाल सेवा गर्नेछन्।

BAC ले वर्तमान वा पूर्व NYS Medicaid र CHPlus सदस्य रहेका NYS बासिन्दाहरू, साथै उहाँहरूका परिवारका सदस्यहरू र हेरचाहकर्ताहरूको खोजी गर्दछ। BAC सदस्यहरूले दुई वर्षे कार्यकाल सेवा गर्नेछन्।

1. नाम
2. थर
3. इमेल ठेगाना
4. सङ्गठन (लागू भएमा)
5. सडक ठेगाना / P.O. Box
6. सहर, राज्य, जिप कोड
7. फोन नम्बर
8. हप्ताको दिनमा तय गरिने बैठकहरूमा उपस्थित हुनका लागि तलका मध्ये कुन समय तपाईंलाई सबैभन्दा उपयुक्त हुन्छ? लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्। **क्याम्पस/यान दिनुहोस्:** बैठकहरू त्रैमासिक रूपमा आयोजना गरिनेछन् र भर्चुअल वा Albany वा न्यूयोर्क सहरमा भौतिक रूपमा (निधो हुन बाँकी) हुन सक्छन्।
  - बिहान 9 बजे - बिहान 10 बजे
  - बिहान 10:30 बजे - बिहान 11:30 बजे
  - दिउँसो 1 बजे - दिउँसो 2 बजे
  - दिउँसो 2:30 बजे - दिउँसो 3:30 बजे
  - अपराह्न 4 बजे - अपराह्न 5 बजे
  - मेरो समय लचिलो छ

9. केतपाईं भौतिक रूपमा वा भचुरअल माधयमबाट भेट्न उपलब्ध हुनुहुन्छ? लागू हुने सबै छान्नुहोस्।
- भचुरअल
  - Albany मा भौतिक बैठक
  - न्यूयोर्क सहरमा भौतिक बैठक
10. म यसमा सेवा गर्न चाहन्छु:
- Medicaid सल्लाहकार सिमित
  - लाभार्थी सल्लाहकार परिषद्
  - दुवै
11. केतपाईं न्यूयोर्क स्टेट Medicaid वा Child Health Plus सदस्य हुनुहुन्छ?
- हो, म Medicaid Managed Care सदस्य हुँ (म Medicaid मा भर्ना भएको छु र Fidelis वा United Healthcare जस्ता स्वास्थ्य बीमा कम्पनी मार्फत Medicaid सुविधाहरू प्राप्त गर्दछु)
  - हो, म Medicaid Fee-for-Service सदस्य हुँ (म Medicaid मा भर्ना भएको छु र न्यूयोर्क स्टेट मार्फत Medicaid सुविधाहरू प्राप्त गर्दछु मेरो सुविधा कार्डमा "NYS Benefit Identification Card" भिनाएको छ र यसमा स्वास्थ्य बीमा कम्पनीको नाम उल्लेख छैन)
  - हो, म Child Health Plus सदस्य हुँ
  - कुनै पनि होइन
12. केतपाईं न्यूयोर्क स्टेट Medicaid वा Child Health Plus सदस्यको हेरचाहकर्ता वा परिवारको सदस्य हुनुहुन्छ?
- हो, Medicaid Managed Care सदस्य (Medicaid मा भर्ना हुनुभएको र Fidelis वा United Healthcare जस्ता स्वास्थ्य बीमा कम्पनी मार्फत Medicaid सुविधाहरू प्राप्त गनुहुने)
  - हो, Medicaid Fee-for-Service सदस्य (Medicaid मा भर्ना हुनुभएको र न्यूयोर्क स्टेट मार्फत Medicaid सुविधाहरू प्राप्त गनुहुने। सुविधा कार्डमा "NYS Benefit Identification Card" भिनाएको छ र यसमा स्वास्थ्य बीमा कम्पनीको नाम उल्लेख छैन)
  - हो, Child Health Plus सदस्य
  - कुनै पनि होइन
13. कृपया तपाईंलाई सबैभन्दा राम्रोसँग वर्णन गर्ने एक वा बढी वगहरूसूचीत गर्नुहोस्।
- म न्यूयोर्क स्टेट Medicaid सदस्य हुँ
  - म विगतमा न्यूयोर्क स्टेट Medicaid सदस्य थिएँ
  - म न्यूयोर्क स्टेट Medicaid सदस्यको अभिभावक/हेरचाहकर्ता हुँ
  - म Child Health Plus सदस्यको अभिभावक/हेरचाहकर्ता हुँ
  - म Medicare लाभार्थी हुँ
  - म न्यूयोर्क स्टेट Medicaid पैरवीकर्ता हुँ
  - म Child Health Plus पैरवीकर्ता हुँ
  - म व्यवस्थित हेरचाह सङ्गठन (Managed Care Organization) प्रतिनिधि हुँ

- म क्लिनिकल प्रदायक वा प्रशासक हुँ
  - म न्युयार्क स्टेट निकाय प्रतिनिधि हुँ
  - म स्वास्थ्य योजना प्रतिनिधि हुँ
14. तपाईंले कस तो अनुभव र दृष्टिकोण साझा गर्न सक्नुहुन्छ जसले Medicaid सल्लाहकार सिमित र/वा लाभार्थी सल्लाहकार परिषद्लाई फाइदा पुग्नेछ?
15. तपाईं Medicaid सल्लाहकार सिमित र/वा लाभार्थी सल्लाहकार परिषद्मा सहभागी हुन किन इच्छुक हुनुहुन्छ?
16. के तपाईंले हाल, वा विगतमा, NYS स्वास्थ्य विभाग को सल्लाहकार सिमितमा सेवा गर्नुभएको छ?
- हो (यदि हो भने, कृपया तलको "अन्य" (Other) बक्समा सिमितको नाम उल्लेख गर्नुहोस्)
  - होइन
17. के तपाईं न्युयार्क स्टेट को बासिन्दा हुनुहुन्छ?
- हो
  - होइन
18. के तपाईं संयुक्त राज्य अमेरिकामा काम गर्न कानुनी पमा अधिवृत्त हुनुहुन्छ? **कृपया ध्यान दिनुहोस्:** यो जानकारी निश्चित सीमाभन्दा बढीको शोधभर्ना गरिने यात्रा खर्चहरू को लागि IRS रिपोर्टिङ्ग आवश्यकताहरू को पालना सुनिश्चित गर्न आवश्यक छ।
- हो
  - होइन
  - उत्तर दिन चाहन्न
19. लिंग: तपाईं आफ्नो परिचय कसरी दिनुहुन्छ?
- पुरुष
  - महिला
  - नन-बाइनरी (Non-binary)
  - उत्तर दिन चाहन्न
20. तपाईंको उमेर कित हो?
- 18 देखि 21
  - 22 देखि 30
  - 31 देखि 40
  - 41 देखि 50
  - 51 देखि 60
  - 61 देखि 64
  - 65 र माथि

21. कुन जाति/जातीयताले तपाईंलाई सबैभन्दा राम्रोसँग वर्णन गर्दछ ? लागू हुने सबै छान्नुहोस् ।
- अमेरिकी इन्डियन वा अलास्काका मूल निवासी
  - एसियाली/प्यासिफिक आइलन्ड या एशियाली
  - अश्वेत वा अफ्रिकी अमेरिकी
  - हस्पानिक
  - श्वेत/केशियन
  - उत्तरदिनचाहन्न
22. तपाईं बस्ने ठाउँलाई कसको प्रकारको स्थानले सबैभन्दा राम्रोसँग वर्णन गर्दछ ?
- सहरी (Urban)
  - उपनगरीय (Suburban)
  - ग्रामीण (Rural)
23. तपाईं न्यूयोर्क स्टेटको कुन क्षेत्र/काउन्टीमा बस्नुहुन्छ ?
- 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)
  - न्यूयोर्क सहर (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. के तपाईं कुनै थप जानकारी प्रदान गर्न चाहनुहुन्छ ?

तपाईंको आवेदनका लागि धन्यवाद। NYS स्वास्थ्य विभाग तपाईंको रुचिको कदर गर्दछ र फराकिलो अनुभव र दृष्टिकोणसहितको विविध समिति निर्माण गर्ने लक्ष्य राख्दछ। तपाईं सदस्यताका लागि छनोट हुनुभयो भने हामी तपाईंलाई सूचित गर्नेछौं र भविष्यका भर्ना अवसरहरूका लागि अन्य सबै आवेदनहरू फाइलमा राख्नेछौं।

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