



## Заявление на членство в МАС и ВАС

Вы можете принять участие в совершенствовании программы Medicaid ради миллионов жителей Нью-Йорка. Департамент здравоохранения (Department of Health) штата Нью-Йорк (New York State, NYS) ценит ваш опыт, вклад и участие. Члены Консультативного комитета по программе Medicaid (Medicaid Advisory Committee, MAC) и Консультативного совета бенефициаров (Beneficiary Advisory Council, BAC) займутся консультированием и информированием представителей программы Medicaid в NYS относительно разработки политики в сфере программы Medicaid в NYS. Информация от MAC и BAC поможет программе обеспечить участникам Medicaid в NYS доступ к высококачественной и недорогой медицинской помощи.

MAC приглашает к сотрудничеству клинических специалистов и администраторов, лицензированных в NYS, а также специалистов, имеющих опыт работы в общественных организациях, организациях, предоставляющих управляемое медицинское обслуживание, ассоциациях планов медицинского страхования и других органах штата, которые обслуживают участников программы Medicaid в NYS и программы Child Health Plus (CHPlus). Члены MAC исполняют свои обязанности в течение трехлетнего срока.

BAC приглашает к сотрудничеству жителей NYS, которые в данный момент или в прошлом были участниками программ Medicaid в NYS и CHPlus, а также членов их семей и лиц, осуществляющих уход. Члены BAC исполняют свои обязанности в течение двухлетнего срока.

1. Имя
2. Фамилия
3. Адрес электронной почты
4. Организация (если применимо)
5. Улица и номер дома / а/я
6. Город, штат, почтовый индекс
7. Номер телефона
8. Какой из указанных ниже временных интервалов лучше подойдет вам для посещения собраний, которые проводятся в будние дни? Отметьте все подходящие варианты. **Обратите внимание!** Собrania проводятся ежеквартально в очном или онлайн-формате (будет определено позднее) в г. Олбани или г. Нью-Йорке.
  - 9:00–10:00
  - 10:30–11:30
  - 13:00–14:00
  - 14:30–15:30
  - 16:00–17:00
  - У меня гибкое расписание

9. Вы можете посещать собрания в очном или онлайн-формате? Отметьте все подходящие варианты.
- Онлайн-формат
  - Очно в г. Олбани
  - Очно в г. Нью-Йорк
10. Я бы хотела(-а) вступить в:
- Консультативный комитет по программе Medicaid
  - Консультативный совет бенефициаров
  - Оба органа
11. Являетесь ли вы участником(-цей) программы Medicaid штата Нью-Йорк или Child Health Plus?
- Да, я являюсь участником(-цей) программы Medicaid Managed Care (я зарегистрирован(-а) в программе Medicaid и получаю льготы Medicaid через страховую компанию, такую как Fidelis или United Healthcare)
  - Да, я являюсь участником(-цей) программы Medicaid Fee-for-Service (я зарегистрирован(-а) в программе Medicaid и получаю льготы Medicaid в штате Нью-Йорк; на моей карте получателя льгот написано «NYS Benefit Identification Card», страховая компания не указана)
  - Да, я являюсь участником(-цей) программы Child Health Plus
  - Я не являюсь участником(-цей) указанных программ
12. Являетесь ли вы лицом, осуществляющим уход, или членом семьи участника(-цы) программы Medicaid штата Нью-Йорк или Child Health Plus?
- Да, участника(-цы) программы Medicaid Managed Care (зарегистрированного(-ой) в программе Medicaid и получающего(-ей) льготы Medicaid через страховую компанию, такую как Fidelis или United Healthcare)
  - Да, участника(-цы) программы Medicaid Fee-for-Service (зарегистрированного(-ой) в программе Medicaid и получающего(-ей) льготы Medicaid в штате Нью-Йорк; на его (ее) карте получателя льгот написано «NYS Benefit Identification Card», страховая компания не указана)
  - Да, участника(-цы) программы Child Health Plus
  - Я не являюсь лицом, осуществляющим уход, или членом семьи участника(-цы) указанных программ
13. Выберите одну или несколько категорий, которая больше всего подходит вам.
- Я участник(-ца) программы Medicaid штата Нью-Йорк
  - Я был(-а) участником(-цей) программы Medicaid штата Нью-Йорк
  - Я родитель/лицо, осуществляющее уход за участником(-цей) программы Medicaid штата Нью-Йорк
  - Я родитель/лицо, осуществляющее уход за участником(-цей) программы Child Health Plus
  - Я бенефициар программы Medicare
  - Я защитник прав участников программы Medicaid штата Нью-Йорк
  - Я защитник прав участников программы Child Health Plus

- Я представитель организации, предоставляющей управляемое медицинское обслуживание (Managed Care Organization)
  - Я клинический специалист или администратор
  - Я представитель органа власти штата Нью-Йорк
  - Я представитель плана медицинского страхования
14. Каким опытом или знаниями, которые принесут пользу Консультативному комитету по программе Medicaid и (или) Консультативному совету бенефициаров, вы можете поделиться?
15. Почему вас интересует участие в Консультативном комитете по программе Medicaid и (или) Консультативном совете бенефициаров?
16. Являетесь ли вы сейчас или являлись ли в прошлом членом консультативного комитета при Департаменте здравоохранения NYS?
- Да (если вы ответили «Да», укажите название комитета в поле «Другое» ниже)
  - Нет
17. Вы проживаете в штате Нью-Йорк?
- Да
  - Нет
18. Вы имеете законное разрешение на работу в США? **Обратите внимание!** Эта информация необходима для исполнения требований Налогового управления США (Internal Revenue Service, IRS) в отношении отчетности по подлежащим компенсации расходам на проезд, превышающим установленные пороговые значения.
- Да
  - Нет
  - Предпочитаю не отвечать
19. Ваш пол: как вы идентифицируете себя?
- Мужчина
  - Женщина
  - Небинарная персона
  - Предпочитаю не отвечать
20. Сколько вам лет?
- От 18 до 21 года
  - От 22 до 30 лет
  - От 31 до 40 лет
  - От 41 до 50 лет
  - От 51 до 60 лет
  - От 61 до 64 лет
  - 65 лет и старше

21. Какая ваша расовая/этническая принадлежность? Отметьте все подходящие варианты.

- Американский индеец или коренной житель Аляски
- Азиат или житель тихоокеанских островов
- Чернокожий или афроамериканец
- Испаноязычный
- Европеоидная раса
- Предпочитаю не отвечать

22. В местности какого типа вы проживаете?

- Город
- Пригород
- Сельская местность

23. В каком регионе/округе штата Нью-Йорк вы проживаете?

- 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)
- Г. Нью-Йорк (Bronx, Kings, Richmond, Queens, New York)
- North Country (Clinton, Essex, Franklin, Jefferson, Lewis, St. Lawrence)
- Southern Tier (Broome, Chemung, Chenango, Delaware, Schuylar, Steuben, Tioga, Tompkins, Otsego)
- Western New York (Allegany, Cattaraugus, Chautauqua, Erie, Niagara)

24. Вы хотели бы сообщить какую-либо дополнительную информацию?

Благодарим вас за подачу заявления. Департамент здравоохранения NYS благодарит вас за проявленный интерес! Мы хотели бы создать комитет с широким спектром представителей, обладающих разнообразным профессиональным опытом и знаниями. Мы сообщим, если вас выберут для участия, а также сохраним все остальные заявления для найма в будущем.

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