



MAC 和 BAC 成员申请

您可以助力改善面向数百万纽约民众的 Medicaid 计划。您的经验、意见与参与，对纽约州 (New York State, NYS) 卫生厅 (Department of Health) 而言意义重大。Medicaid 咨询委员会 (Medicaid Advisory Committee, MAC) 和受益人咨询委员会 (Beneficiary Advisory Council, BAC) 的成员将就与 NYS Medicaid 计划相关的政策制定工作，为 NYS Medicaid 计划提供建议并反馈意见。MAC 和 BAC 的意见反馈将助力 NYS Medicaid 计划确保其会员能够获得最优质且具成本效益的医疗服务。

MAC 诚邀持有 NYS 执业资质的临床服务提供者或管理人员，以及在社区组织、管理式护理机构、健康计划协会、其他服务 NYS Medicaid 和 Child Health Plus (CHPlus) 会员的州立机构中拥有专业经验的人士加入。MAC 成员任期为三年。

BAC 诚邀当前或曾经是 NYS Medicaid 和 CHPlus 会员的 NYS 居民，以及其家人和护理人员加入。BAC 成员任期为两年。

1. 名字
2. 姓氏
3. 电子邮件地址
4. 所属机构（如适用）
5. 街道地址/邮政信箱
6. 城市、州、邮政编码
7. 电话号码
8. 以下哪些工作日时段最方便您参加会议？请勾选所有适用项。**请注意：**会议每季度召开一次，形式可能为线上或线下（待定），线下会议地点为 Albany 或纽约市。
 - 上午 9 点 - 上午 10 点
 - 上午 10:30 - 上午 11:30
 - 下午 1 点 - 下午 2 点
 - 下午 2:30 - 下午 3:30
 - 下午 4 点 - 下午 5 点
 - 我的时间安排很灵活
9. 您可以参加线下会议还是线上会议？请选择所有适用项。
 - 线上会议
 - Albany 线下会议
 - 纽约市线下会议

10. 我希望加入的委员会是：

- Medicaid 咨询委员会
- 受益人咨询委员会
- 两者都加入

11. 您是否是纽约州 Medicaid 或 Child Health Plus 会员？

- 是，我是 Medicaid Managed Care 会员（我已加入 Medicaid，并通过 Fidelis 或 United Healthcare 等健康保险公司获得 Medicaid 福利）
- 是，我是 Medicaid Fee-for-Service 会员（我已加入 Medicaid，并通过纽约州获得 Medicaid 福利。我的福利卡印有“NYS Benefit Identification Card”字样，但未标注健康保险公司名称）
- 是，我是 Child Health Plus 会员
- 以上均不是

12. 您是否是纽约州 Medicaid 或 Child Health Plus 会员的护理人员或家人？

- 是，Medicaid Managed Care 会员（已加入 Medicaid，并通过 Fidelis 或 United Healthcare 等健康保险公司获得 Medicaid 福利）
- 是，Medicaid Fee-for-Service 会员（已加入 Medicaid，并通过纽约州获得 Medicaid 福利。福利卡印有“NYS Benefit Identification Card”字样，但未标注健康保险公司名称）
- 是，Child Health Plus 会员
- 以上均不是

13. 请选择一个或多个最能描述您身份的类别。

- 我是纽约州 Medicaid 会员
- 我曾经是纽约州 Medicaid 会员
- 我是纽约州 Medicaid 会员的父母/护理人员
- 我是 Child Health Plus 会员的父母/护理人员
- 我是 Medicare 受益人
- 我是纽约州 Medicaid 倡导者
- 我是 Child Health Plus 倡导者
- 我是管理式护理机构 (Managed Care Organization) 代表
- 我是临床服务提供者或管理人员
- 我是纽约州立机构代表
- 我是健康计划代表

14. 您拥有哪些可助力 Medicaid 咨询委员会和/或受益人咨询委员会开展工作的经验与见解？

15. 您为何有意愿参与 Medicaid 咨询委员会和/或受益人咨询委员会的工作？

16. 您目前或曾经是否在纽约州卫生厅的任一咨询委员会任职？

- 是（如果是，请在下方“其他”栏中填写委员会名称）
- 否

17. 您是否是纽约州居民？

- 是
- 否

18. 您是否拥有在美国合法工作的资格？**请注意：**此信息为必填项，用于确保您符合 IRS 对超过特定限值的差旅费用报销的申报要求。

- 是
- 否
- 不想回答

19. 性别：您的性别认同是什么？

- 男性
- 女性
- 非二元性别
- 不想回答

20. 您的年龄是？

- 18 至 21 岁
- 22 至 30 岁
- 31 至 40 岁
- 41 至 50 岁
- 51 至 60 岁
- 61 至 64 岁
- 65 岁及以上

21. 您认为自己属于哪个种族/族裔？请选择所有适用项。

- 美洲印第安人或阿拉斯加原住民
- 亚裔/太平洋岛民
- 黑人或非裔美国人
- 西班牙裔
- 白人/高加索人
- 不想回答

22. 您居住的地区属于哪个类型？

- 城市
- 郊区
- 农村

23. 您居住在纽约州的哪个地区/县？

- 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)
- 纽约市 (Bronx、Kings、Richmond、Queens、New York)
- North Country (Clinton、Essex、Franklin、Jefferson、Lewis、St. Lawrence)
- Southern Tier (Broome、Chemung、Chenango、Delaware、Schuyler、Steuben、Tioga、Thompkins、Otsego)
- Western New York (Allegany、Cattaraugus、Chautauqua、Erie、Niagara)

24. 您是否还有其他需要补充的信息？

感谢您提交申请。纽约州卫生厅衷心感谢您的关注，我们致力于建立一个拥有广泛经验和视角的多元化委员会。如果您成功入选委员，我们将通知您，并将所有其他申请表存档，以备将来招募之需。

MAC_BAC@health.ny.gov