



Solicitud de Membresía de MAC y BAC

Usted puede ayudar a mejorar el programa Medicaid para millones de neoyorquinos. Su experiencia, opinión y participación son valiosas para el Departamento de Salud del estado de Nueva York. Los miembros del Comité Asesor de Medicaid (Medicaid Advisory Committee, MAC) y del Consejo Asesor de Beneficiarios (Beneficiary Advisory Council, BAC) asesorarán e informarán al programa Medicaid del estado de Nueva York sobre el desarrollo de las políticas relacionadas con dicho programa. Las opiniones del MAC y del BAC ayudarán al programa a garantizar que los miembros de Medicaid del estado de Nueva York tengan acceso a la atención más rentable y de la más alta calidad.

El MAC se encuentra en la búsqueda de administradores o profesionales de la salud con licencia en el estado de Nueva York y de personas con experiencia profesional en organizaciones de la comunidad, organizaciones de atención administrada, asociaciones de planes de salud y otras agencias estatales que atiendan a miembros de Medicaid y Child Health Plus (CHPlus) en el estado de Nueva York. Los miembros del MAC cumplirán un período de tres años.

El BAC se encuentra en la búsqueda de residentes del estado de Nueva York que sean o hayan sido miembros de Medicaid y CHPlus en el estado, así como sus familiares y cuidadores. Los miembros del BAC cumplirán un período de dos años.

1. Nombre
2. Apellido
3. Dirección de correo electrónico
4. Organización (si corresponde)
5. Dirección/apartado de correo postal
6. Ciudad, estado, código postal
7. Número de teléfono
8. ¿Cuáles de las siguientes franjas horarias le resultarían más convenientes para asistir a las reuniones programadas un día de la semana? Marque todas las opciones que correspondan. **Tenga en cuenta lo siguiente:** Las reuniones se llevarán a cabo de forma trimestral y pueden ser virtuales o presenciales (a determinar) en Albany o la ciudad de Nueva York.
 - 9:00 a. m. a 10:00 a. m.
 - 10:30 a. m. a 11:30 a. m.
 - 1:00 p. m. a 2:00 p. m.
 - 2:30 p. m. a 3:30 p. m.
 - 4:00 p. m. a 5:00 p. m.
 - Mi horario es flexible
9. ¿Tiene disponibilidad para reunirse de forma presencial o virtual? Seleccione todas las opciones que correspondan.
 - Virtual
 - Reunión presencial en Albany
 - Reunión presencial en la ciudad de Nueva York

10. Me gustaría formar parte del:
- Comité Asesor de Medicaid
 - Consejo Asesor de Beneficiarios
 - Ambos
11. ¿Es usted miembro de Medicaid o de Child Health Plus en el estado de Nueva York?
- Sí, soy miembro de Medicaid Managed Care (estoy inscrito en Medicaid y recibo beneficios de Medicaid a través de una compañía de seguros de salud como Fidelis o United Healthcare)
 - Sí, soy miembro de Medicaid Fee-for-Service (estoy inscrito en Medicaid y recibo beneficios de Medicaid a través del estado de Nueva York. Mi tarjeta de beneficios dice "NYS Benefit Identification Card" y no menciona a ninguna compañía de seguros de salud)
 - Sí, soy miembro de Child Health Plus
 - Ninguna de las opciones
12. ¿Es usted cuidador o familiar de un miembro de Medicaid o de Child Health Plus en el estado de Nueva York?
- Sí, de un miembro de Medicaid Managed Care (inscrito en Medicaid y que recibe beneficios de Medicaid a través de una compañía de seguros de salud como Fidelis o United Healthcare)
 - Sí, de un miembro de Medicaid Fee-for-Service (inscrito en Medicaid y que recibe beneficios de Medicaid a través del estado de Nueva York. La tarjeta de beneficios dice "NYS Benefit Identification Card" y no menciona a ninguna compañía de seguros de salud)
 - Sí, de un miembro de Child Health Plus
 - Ninguna de las opciones
13. Seleccione una o más categorías que mejor lo describan.
- Soy miembro de Medicaid en el estado de Nueva York
 - He sido miembro de Medicaid en el estado de Nueva York
 - Soy padre/madre/cuidador de un miembro de Medicaid en el estado de Nueva York
 - Soy padre/madre/cuidador de un miembro de Child Health Plus
 - Soy beneficiario de Medicare
 - Soy defensor de Medicaid en el estado de Nueva York
 - Soy defensor de Child Health Plus
 - Soy representante de una Organización de Atención Administrada (Managed Care Organization)
 - Soy administrador o profesional de la salud
 - Soy representante de una agencia del estado de Nueva York
 - Soy representante de un plan de salud

14. ¿Qué experiencia y perspectiva puede compartir que sean beneficiosas para el Comité Asesor de Medicaid o el Consejo Asesor de Beneficiarios?
15. ¿Por qué le interesa participar en el Comité Asesor de Medicaid o el Consejo Asesor de Beneficiarios?
16. ¿Forma parte actualmente, o ha formado parte en el pasado, de un comité asesor para el Departamento de Salud del NYS?
- Sí (en caso afirmativo, indique el nombre del comité en el campo a continuación)
 - No
17. ¿Es usted residente del estado de Nueva York?
- Sí
 - No
18. ¿Está legalmente autorizado para trabajar en los Estados Unidos? **Tenga en cuenta lo siguiente:** Esta información es necesaria para garantizar el cumplimiento de los requisitos de informes del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) para los gastos de viaje reembolsados que superen ciertos límites.
- Sí
 - No
 - Prefiero no responder
19. Género: ¿Cómo se identifica?
- Masculino
 - Femenino
 - No binario
 - Prefiero no responder
20. ¿Qué edad tiene?
- 18 a 21
 - 22 a 30
 - 31 a 40
 - 41 a 50
 - 51 a 60
 - 61 a 64
 - 65 o más
21. ¿Qué raza/origen étnico lo describe mejor? Seleccione todas las opciones que correspondan.
- Indio americano o nativo de Alaska
 - Nativo de Asia o islas del Pacífico
 - Negro o afroamericano
 - Hispano
 - Blanco/caucásico
 - Prefiero no responder

22. ¿Qué tipo de ubicación describe mejor la zona donde vive?

- Zona urbana
- Zona suburbana
- Zona rural

23. ¿En qué región o condado del estado de Nueva York vive?*

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

24. ¿Hay alguna otra información que le gustaría brindar?

Gracias por su solicitud. El Departamento de Salud del NYS agradece su interés y busca conformar un comité diverso, con una amplia variedad de experiencias y perspectivas. Le informaremos si queda en la selección para la membresía y archivaremos todas las demás solicitudes para futuras oportunidades de reclutamiento.

MAC_BAC@health.ny.gov