

# Comité Asesor de Medicaid (MAC) y Comité Asesor de Beneficiarios (BAC)

## Aplicación

Puedes ayudar a que NC Medicaid sea mejor para nuestros beneficiarios. Tu participación, experiencia y aportaciones nos ayudarán a servirte mejor.

Por favor, déjanos saber tu interés en unirme completando el siguiente formulario completando. No todos los solicitantes recibirán una respuesta. Recibimos muchas solicitudes y estamos trabajando para cubrir los puestos vacantes teniendo en cuenta la perspectiva que falta y damos prioridad a los miembros que cubran esa vacante.

Gracias.

*\* Indica pregunta obligatoria*

### Información de contacto

Correo electrónico\* \_\_\_\_\_

Confirmar correo electrónico\* \_\_\_\_\_

Nombre\* \_\_\_\_\_

Apellido\* \_\_\_\_\_

Organización \_\_\_\_\_

Dirección postal\* \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal\* \_\_\_\_\_

Número de teléfono\* \_\_\_\_\_

### Sobre ti

1. Me gustaría formar parte del\*:

- Comité Asesor de Medicaid (MAC por sus siglas en inglés)
- Comité Asesor de Beneficiarios (BAC por sus siglas en inglés)

2. ¿Por qué te interesa participar en el MAC o BAC?\* \_\_\_\_\_

3. ¿Qué habilidades, experiencia y perspectiva crees que puedes compartir?\* \_\_\_\_\_

4. Si pudieras elegir una cosa para mejorar tu experiencia con NC Medicaid, ¿cuál sería?\* \_\_\_\_\_

5. ¿Pertenece o has pertenecido a un comité de consejo de NC Medicaid?\*
- Sí
  - No
6. Si has formado parte de un comité de consejo de NC Medicaid, indica el nombre del comité o comités. \_\_\_\_\_
7. Por favor describe cualquier cosa acerca de tu perspectiva única no cubierta por las preguntas anteriores. \_\_\_\_\_
8. ¿Podrías viajar a Asheville, Greenville, Greensboro o Raleigh para reunirte en persona dos veces al año? (se reembolsarán los gastos de viaje y alojamiento). \*
- Sí
  - No
  - Tal vez

**Preguntas demográficas (obligatorias)**

9. ¿En qué programa de NC Medicaid estás (o estuviste) tú/tu familia? (marca todos los que correspondan) \*

Standard Plan

- AmeriHealth Caritas
- Carolina Complete Health
- Healthy Blue
- United Healthcare
- WellCare

Tailored Plan (plan personalizado) de Salud Mental y Discapacidad Intelectual/Desarrollo

- Alliance Health
- Partners
- Trillium
- Vaya
- NC Medicaid Direct
- EBCI Tribal Option
- No estoy seguro
- No aplicable
- Otro: \_\_\_\_\_

10. ¿Han recibido tú, un miembro de tu familia o como proveedor de cuidados alguno de los siguientes servicios?
- Innovations waiver
  - Traumatic brain injury (TBI) waiver
  - Tailored Care Management (TCM)

- Community Alternatives Program for Children (CAP/C)
- Community Alternatives Program for Disabled Adults (CAP/DA)
- Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)
- Money Follows the Person (MFP)
- Healthy Opportunities Pilot (HOP)
- Otro: \_\_\_\_\_

11. ¿En qué condado vives? \*

- Alamance
- Alexander
- Alleghany
- Anson
- Ashe
- Avery
- Beaufort
- Bertie
- Bladen
- Brunswick
- Buncombe
- Burke
- Cabarrus
- Caldwell
- Camden
- Carteret
- Caswell
- Catawba
- Chatham
- Cherokee
- Chowan
- Clay
- Cleveland
- Columbus
- Craven

- Cumberland
- Currituck
- Dare
- Davidson
- Davie
- Duplin
- Durham
- Edgecombe
- Forsyth
- Franklin
- Gaston
- Gates
- Graham
- Granville
- Greene
- Guilford
- Halifax
- Harnett
- Haywood
- Henderson
- Hertford
- Hoke
- Hyde
- Iredell
- Jackson
- Johnston
- Jones
- Lee
- Lenoir
- Lincoln
- Macon

- Madison
- Martin
- McDowell
- Mecklenburg
- Mitchell
- Montgomery
- Moore
- Nash
- New Hanover
- Northampton
- Onslow
- Orange
- Pamlico
- Pasquotank
- Pender
- Perquimans
- Person
- Pitt
- Polk
- Randolph
- Richmond
- Robeson
- Rockingham
- Rowan
- Rutherford
- Sampson
- Scotland
- Stanly
- Stokes
- Surry
- Swain

- Transylvania
- Tyrrell
- Union
- Vance
- Wake
- Warren
- Washington
- Watauga
- Wayne
- Wilkes
- Wilson
- Yadkin
- Yancey

Las preguntas que aparecen a continuación son opcionales y la información se utilizará para ayudarnos a comprender mejor la disparidad de los aplicantes. Nuestra meta es asegurarnos de que el MAC y BAC reflejen la diversidad de nuestras comunidades e identificar y afrontar posibles brechas en la representación.

Tu experiencia vivida con NC Medicaid es la única información necesaria para aplicar para ser miembro del Comité Asesor de Beneficiarios (BAC por sus siglas en inglés). La experiencia vivida es tu experiencia personal con NC Medicaid que te permite comprender las necesidades de los beneficiarios de NC Medicaid.

12. ¿Cuál es tu grupo de edad?

- 18-21
- 22-30
- 31-45
- 46-65
- 66 años o más

13. ¿Cómo te identificas?

- Femenino
- Masculino
- Transgénero Femenino
- Transgénero Masculino
- No binario/Otro

Prefiero no decirlo

Prefiero autodescribirme: \_\_\_\_\_

14. ¿Tienes hijos menores de 18 años a tu cargo?

Sí

No

15. ¿Cómo identificas tu orientación sexual?

Heterosexual

Gay o Lesbiana

Bisexual

Prefiero no decirlo

Otros ( especifica): \_\_\_\_\_

16. ¿Te consideras una persona que vive con una discapacidad?

Sí

No

17. ¿De qué otra forma te describirías? (marca todo lo que corresponda)

Indio americano/nativo de Alaska

Asiático

Negro/afroamericano

Hispano/Latino

Oriente Medio/Norte de África

Nativo de Hawai/Islas del Pacífico

Blanco/Caucásico

Desconocido

Prefiero no decirlo

Otros (especifica): \_\_\_\_\_

18. ¿Cuál es su situación actual de vivienda?

Vivo en una casa o apartamento y estoy nombrado en el contrato de alquiler/hipoteca

Vivo en casa de amigos/familiares, sin ser nombrado en el contrato de alquiler/hipoteca

Albergue temporal de emergencia

Programa de vivienda temporal/transitoria

Durmiendo en una tienda de campaña o en un vehículo

Otros (por favor especifica): \_\_\_\_\_

19. ¿Cómo te enteraste de NC Medicaid MAC y BAC? \_\_\_\_\_

*La información que nos proporcionas será confidencial y se utilizará únicamente con el fin de seleccionar a los miembros del MAC o del BAC. Tus datos personales no se compartirán fuera de este proceso sin tu consentimiento explícito.*