

Заявление на участие в Консультативном комитете участников плана SFHP (MAC)



Заполните данную форму, чтобы получить возможность принимать участие в заседаниях MAC с 2024 года.

Имя:	Фамилия:
Адрес:	
Номер телефона:	Электронная почта:
Выберите название программы, участником которой являетесь вы или член вашей семьи: ☐ Medi-Cal ☐ Healthy Workers HMO ☐ Не являюсь участником плана SFHP ☐ Другая программа общественного здравоохранения:	
На каком языке вы говорите? ☐ Английский ☐ Испанский ☐ Китайский ☐ Другое:	
Пожалуйста, сообщите нам, почему вы желаете войти в состав MAC?	
Если в настоящее время вы не являетесь участником плана SFHP, расскажите нам больше о вас и вашем сотрудничестве с участниками SFHP и членами общины San Francisco.	
Где вы работаете? (Не обязательно для SFHP участников программы)	
Укажите свою должность, перечислите свои должностные обязанности и опишите ваше сотрудничество с участниками SFHP или членами общины San Francisco. (Не обязательно для SFHP участников программы)	

Заявление на участие в Консультативном комитете участников плана SFHP (MAC)

Поставьте свою подпись с именем в знак согласия.

Я хочу войти в состав MAC. Я согласен(-сна) присутствовать на четырех заседаниях MAC в течение года. На каждом заседании я буду делиться своими проблемами и соображениями. Мои замечания помогают SFHP предоставлять участникам качественное медицинское обслуживание. Подпись Дата	Вы можете отправить данную заявку по почте на адрес: San Francisco Health Plan P.O. Box 194247 San Francisco, CA 94119 Вы также можете отправить данное заявление по электронной почте на адрес: MAC_Application@sfhp.org
---	--