

# Solicitud del Comité de Asesoramiento para Miembros (MAC) de SFHP



Complete este formulario para unirse a las reuniones del MAC a partir de 2026.

Nombre:		Apellido:	
Dirección:		Fecha de nacimiento:	
Número de teléfono:	Correo electrónico:		
Tarjeta de identificación de SFHP:			
Elija el programa que usted o un miembro de su familia tienen: Medi-Cal Medicare Healthy Workers HMO No es miembro de SFHP Cuidador de un miembro de SFHP Otro, especifique:			
Marque todas las casillas que apliquen a usted: Padres de niños y adolescentes Padres/cuidadores de jóvenes en hogares de acogida Cuidador de uno de los padres que es miembro de SFHP			
¿Cuáles son sus pronombres? Él Ella Elle Otro, por favor especifique: Elige no revelar			
¿Cuál es su sexo? Masculino Femenino No binario Hombre trans/hombre transgénero/mujer a hombre (FTM) Mujer trans/Mujer transgénero/Hombre a mujer (MTF) Género no conforme/No se identifica exclusivamente como masculino ni femenino Categoría de género adicional u otra, especifique: Elige no revelar			
¿Cuál es su raza? (marque todas las opciones que correspondan)		¿Es usted de origen hispano, latino o español? (opcional)	
Blanco Hmong Negro o afroamericano Japonés Indígena americano Coreano o nativo de Alaska Laosiano Indio asiático Vietnamita Camboyano Nativo de Hawái Chino Guamanés o chamorro Filipino Samoano		Sí No Si es así, especifique: Mexicano, mexicano-americano, chicano Salvadoreño Cubano Guatemalteco Puertorriqueño De otro origen hispano, latino o español, especifique:	
¿Tiene alguna discapacidad física, mental, emocional o de desarrollo? Sí No			
¿Necesita ayuda con la atención a largo plazo o con los servicios en el hogar y en la comunidad? Sí No			
¿Necesita materiales en alguno de los siguientes formatos? Braille Letra grande Formato electrónico de audio Formato electrónico de datos Traducción, agregue el idioma preferido:			
<b>Solo para miembros de SFHP:</b> Cuéntenos por qué le gustaría unirse al Comité de Asesoramiento al Miembro (MAC).			

# Solicitud del Comité de Asesoramiento para Miembros (MAC) de SFHP



Si actualmente **no es un miembro de SFHP**, cuéntenos más sobre usted y su trabajo con los miembros de SFHP y la comunidad de San Francisco.

¿Dónde trabaja? (Opcional para miembros de SFHP)

## Firme con su nombre para aceptar.

“Quiero unirme al MAC. Acepto asistir a cuatro reuniones del MAC en persona al año. Compartiré mis ideas e inquietudes en cada reunión. Mis comentarios ayudan a SFHP a proporcionar una buena atención a los miembros”.

Firma

Fecha

Puede enviar esta solicitud por correo postal a:

**San Francisco Health Plan  
P.O. Box 194247  
San Francisco, CA 94119**

O puede enviar esta solicitud por correo electrónico a:

**MAC\_Application@sfhp.org**