

Aplikasyon para sa Komite ng Pagpapayo para sa Miyembro ng SFHP (Member Advisory Committee, MAC)



Sagutan ang form na ito upang sumali sa mga pagpupulong ng MAC simula sa taong 2025.

Pangalan:		Apelyido:	
Address:			
Petsa ng Kapanganakan:			
Numero ng telepono:		Email:	# ng SFHP ID:
Pakipili ang programang mayroon ka o mayroon ang isang miyembro ng pamilya: Medi-Cal Medicare Healthy Workers HMO Hindi Miyembro ng SFHP Tagapag-alaga ng Miyembro ng SFHP Iba pa, pakitukoy:			
Pakilagyan ng tsek ang lahat na naaangkop sa iyo: Magulang ng mga bata at nagbibinata Magulang/tagapag-alaga ng inampong kabataan Tagapag-alaga ng magulang na miyembro ng SFHP			
Ano ang mga pronoun mo? He/him She/her They/them Iba pa, pakitukoy: Piliing huwag sabihin			
Ano ang inyong kasarian? Lalaki Babae They/them Transgender na lalaki/trans man/female-to-male (FTM) Transgender na babae/trans woman/male-to-female (MTF) Genderqueer, hindi eksklusibong lalaki o babae Karagdagang kategorya ng kasarian o iba, pakitukoy: Piliing huwag sabihin			
Ano ang iyong lahi? (lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop)		Hispanic, Latino, o Spanish ba ang pinagmulan mo? (opsyonal)	
Puti Hmong Black o African American Japanese American Indian Korean o Alaska Native Laotian Asian Indian Vietnamese Cambodian Native Hawaiian Chinese Guamanian o Chamorro Filipino Samoan		Oo Hindi Kung oo, pakitukoy: Mexican, Mexican American, Chicano Salvadoran Cuban Guatemalan Puerto Rican Ibang Hispanic, Latino, o Spanish na pinagmula, pakitukoy:	
Mayroon ka bang pisikal, mental, emosyonal o developmental na kapansanan? Mayroon Wala			
Kailangan mo ba ng pangmatagalang pangangalaga o mga serbisyong nakabatay sa tahanan at komunidad? Oo Hindi			
Kailangan mo ba ng mga materyales sa alinman sa mga sumusunod na format? Braille Malaking Pag-print Audio Electronic Format Data Electronic Format Pagsasalin, magdagdag ng gustong wika:			

Mga miyembro ng SFHP lamang: Pakisabi sa amin kung bakit nais mong sumali sa Member Advisory Committee (MAC)?

Aplikasyon para sa Komite ng Pagpapayo para sa Miyembro ng SFHP (Member Advisory Committee, MAC)



Kung **hindi ka kasalukuyang isang miyembro ng SFHP**, pakisabi pa sa amin ang tungkol sa iyo at sa iyong trabaho kasama ang mga miyembro ng SFHP at ang komunidad ng San Francisco.

Saan ka nagtatrabaho? (Opsyonal para sa mga miyembro ng SFHP)

Lagdaan ang iyong pangalan upang sumang-ayon.

“Gusto kong sumali sa MAC. Sumasang-ayon akong dumalo nang personal sa apat na pulong ng MAC sa loob ng isang taon. Ibabahagi ko ang aking mga ideya at alalahanin sa bawat pulong. Nakakatulong ang feedback ko sa SFHP na magbigay ng mabuting pangangalaga sa mga miyembro”

Lagda

Petsa

Maaari mong ipadala ang aplikasyong ito sa:

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

O maaari mong i-email ang aplikasyong ito sa:

MAC_Application@sfhp.org