

Đơn xin tham gia Ủy ban Tư vấn Hội viên (MAC) của SFHP



Điền vào mẫu đơn này để tham gia các cuộc họp của MAC bắt đầu trong năm 2026.

Tên:		Họ:
Địa chỉ:		Ngày Sinh:
Số Điện thoại:	Email:	SFHP ID#:

Vui lòng chọn chương trình mà quý vị hoặc thành viên gia đình quý vị có: Medi-Cal Medicare Healthy Workers HMO
Không phải là Hội viên SFHP Người chăm sóc cho Hội viên SFHP Khác, vui lòng ghi rõ:

Đánh dấu vào tất cả các ô phù hợp với quý vị:
Cha mẹ của trẻ em và thanh thiếu niên Cha mẹ/người chăm sóc của thanh thiếu niên được nuôi dưỡng
Người chăm sóc cha hoặc mẹ là hội viên SFHP

Danh xưng của quý vị?
Ông/anh Bà/cô Họ Khác, vui lòng ghi rõ: Chọn không tiết lộ

Bản dạng giới của quý vị là gì?
Nam Nữ Chung chung Người chuyển giới nam/nam chuyển giới/nữ chuyển giới thành nam (FTM)
Người chuyển giới nữ/nữ chuyển giới/nam chuyển giới thành nữ (MTF) Phi nhị nguyên giới, không hoàn toàn là nam hay nữ
Danh mục giới tính khác hoặc bổ sung, vui lòng ghi rõ: Chọn không tiết lộ

Chủng tộc của quý vị? (đánh dấu tất cả các mục thích hợp)	Quý vị có phải là người Hispanic, Latinh hay gốc Tây Ban Nha không? (tùy chọn)	
Người Da trắng	Có Không	
Người Mỹ Da đen	Nếu có, vui lòng ghi rõ:	
hoặc người Mỹ gốc Phi	Người Mexico, Mỹ gốc Mexico, Chicano Người Salvador	
Người Mỹ Da đỏ hoặc	Người Cuba Người Guatemala Người Puerto Rica	
Người Alaska Bản địa	Người Hawaii Bản địa	Người Hispanic, Latinh khoặc gốc Tây Ban Nha khác,
Người Ấn Độ	Người Guaman hoặc	vui lòng ghi rõ:
Người Campuchia	Người Samoa	
Người Hoa Chamorro		
Người Philipin		

Quý vị có bị khuyết tật về thể chất, tâm thần, cảm xúc hay phát triển không? Có Không

Quý vị có cần giúp chăm sóc dài hạn hoặc các dịch vụ tại nhà và tại cộng đồng không? Có Không

Quý vị có yêu cầu tài liệu ở bất kỳ định dạng nào sau đây không?
Chữ nổi Braille Chữ in Cỡ lớn Định dạng Âm thanh Định dạng Điện tử
Phiên dịch, ghi ngôn ngữ ưa thích:

Chỉ dành cho hội viên SFHP: Vui lòng cho chúng tôi biết lý do quý vị muốn tham gia Ủy ban Tư vấn Hội viên (MAC)?

Nếu hiện tại quý vị **không phải là hội viên của SFHP** thì **vui lòng** cho chúng tôi biết thêm về quý vị và công việc của quý vị với SFHP và cộng đồng San Francisco.

Đơn xin tham gia Ủy ban Tư vấn Hội viên (MAC) của SFHP



Quý vị làm việc ở đâu? (Không bắt buộc đối với hội viên SFHP)

Ký tên của quý vị để đồng ý.

“Tôi muốn tham gia MAC. Tôi đồng ý tham dự bốn cuộc họp MAC trực tiếp một năm. Tôi sẽ chia sẻ các ý tưởng và quan ngại của mình tại mỗi cuộc họp. Ý kiến đóng góp của tôi sẽ giúp SFHP chăm sóc tốt hơn cho hội viên”

Chữ ký

Ngày

Quý vị có thể gửi đơn này qua bưu điện tới:

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

Hoặc quý vị có thể gửi đơn này qua email đến địa chỉ:

MAC_Application@sfhp.org
