

SFHP 會員顧問委員會 (MAC) 報名表



請填妥本表格以參加於 2026 年開展的 MAC 會議。

名字:	姓氏:	
地址:	出生日期:	
電話號碼:	電郵:	SFHP ID 編號:

請選擇您或您的家庭成員擁有的計劃: Medi-Cal Medicare Healthy Workers HMO
非 SFHP 會員 會員的照顧者 其他, 請指明:

請核取適用於您的所有方塊:
兒童及青少年的父母 寄養兒童和青少年的父母/照顧者 SFHP 會員父母的照顧者

您的指代詞是什麼?
他/他 她/她的 他們/他們 其他, 請指明: 選擇不披露

您的性別是?
男性 女性 他們/他們 跨性別男性/女變男 (FTM) 跨性別女性/男變女 (MTF)
性別酷兒, 既不限於男性, 也不限於女性
其他性別類別或其他, 請指明: 選擇不披露

您是什麼種族? (核取所有適用項) 白種人 赫蒙裔美國人 黑人或非裔美國人 日本人 美國印地安人 韓國人 或阿拉斯加原住民 老撾人 印度裔美國人 越南人 柬埔寨人 夏威夷原住民 中國人 關島人或查莫羅人 菲律賓裔美國人 薩摩亞	您是否是西班牙裔、拉丁裔血統? (可選) 是 否 若是, 請指明: 墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾人 薩爾瓦多人 古巴人 瓜地馬路人 波多黎各人 其他西班牙裔、拉丁裔或西班牙血統, 請指明:
---	--

您是否有身體、精神、情緒或發育障礙? 是 否

您需要長期照護或居家和社區服務的協助嗎? 是 否

否 您需要以下格式的資料嗎?
盲文 大字型印刷 音訊電子格式 數據電子格式
翻譯, 及偏好的語言:

僅 SFHP 會員: 請告訴我們您為何想要加入會員顧問委員會(MAC)?

若您目前並非 SFHP 會員, 請進一步介紹您自己, 以及您與 SFHP 會員和 San Francisco 社區的合作情況。

您的工作地點在哪裡? (SFHP 會員可選)

請簽署您的姓名以示同意。

“我想參加 MAC 會議。我同意每年親身出席四次 MAC 會議。我將在每場會議上分享我的想法和疑慮。我的意見回饋有助於 SFHP 為會員提供優質的照護。

簽名

日期

您可將本報名表郵寄至:

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

或者，您可將本報名表電郵至:
MAC_Application@sfhp.org