

**Comité Asesor de Atención Médica (Medical Care Advisory Committee, MCAC)
del District of Columbia**

**Formulario de solicitud para miembros**

**Verano de 2016**

**Fecha límite para la solicitud**: Todas las solicitudes se deben enviar a la Sra. Trina Dutta, Directora de Proyectos Especiales, al D.C. Department of Health Care Finance, 441 Fourth Street NW, 900 South, Washington, DC 20001, o por medio de correo electrónico a trina.dutta@dc.gov,
a más tardar el viernes, 26 de agosto, al cierre de labores.

Nombre: Haga clic aquí para ingresar el nombre.

Organización (si corresponde): Haga clic aquí para ingresar la organización.

Función (si corresponde): Haga clic aquí para ingresar el puesto.

Número de teléfono: Haga clic aquí para ingresar el número de teléfono.

Dirección de correo electrónico: Haga clic aquí para ingresar la dirección de correo electrónico.

1. **Elija la opción que mejor le identifique:**

☐Soy un proveedor de atención médica (o representante de proveedores).

Soy un médico certificado por la junta. ☐ Sí ☐ No

☐Soy un beneficiario/defensor de beneficiarios y puedo representar los intereses que se indican a continuación:

* beneficiario de Medicaid;
* persona responsable legalmente de un beneficiario de Medicaid;
* miembro de la familia de beneficiarios de Medicaid;
* agencia de servicio social no gubernamental; y/o
* grupo defensor de beneficiarios.
1. **En menos de 1000 palabras, explique por qué se le debería considerar para un nombramiento para el MCAC.** Como mínimo, el Departamento de Finanzas de la Atención Médica (Department of Health Care Finance, DHCF) tendrá en cuenta lo siguiente en su respuesta:
* interés mostrado en la atención médica de los residentes del Distrito;
* interés, disposición y tiempo para trabajar en el área de interés del programa del MCAC;
* experiencia actual o reciente en la profesión o grupo que será representado;
* capacidad para analizar e incorporar puntos de vista nuevos y diversos;
* conciencia de los problemas especiales que enfrentan las personas que buscan ayuda;
* conciencia de las necesidades de la comunidad para las cuales se pueden desarrollar y mejorar programas;
* conocimiento sobre cómo hacer que los programas sean ampliamente conocidos en
la comunidad;
* conocimiento sobre cómo diseñar programas de asistencia para beneficiarios potenciales que ignoran que son elegibles para obtener servicios;
* conocimiento sobre las interrupciones en los servicios;
* conocimiento sobre las barreras para el uso de los servicios; y
* conocimiento sobre cómo ayudar a que los beneficiarios sean usuarios informados y conocedores de los servicios.

Haga clic aquí para ingresar el texto. Su respuesta no debe tener más de 1000 palabras.

1. **Al firmar aquí, usted da fe de la veracidad de las declaraciones que se proporcionaron en esta solicitud.** Si es elegido como miembro del MCAC, usted acepta firmar un formulario sobre conflicto de intereses que revela todos los hechos materiales relacionados con cualquier conflicto de interés real o posible que acontezca durante su período.

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha Haga clic aquí para ingresar una fecha.