



AETNA BETTER HEALTH® OF NEW JERSEY

Solicitud para participar del Comité Asesor de Miembros

Aetna Better Health of New Jersey cuenta con un MAC (Member Advisory Committee, Comité Asesor de Miembros). El MAC le brinda un espacio para hablar con otros miembros y con el personal de Aetna Better Health of New Jersey. Los miembros del MAC también pueden ser familiares o tutores legales de los miembros, defensores y partes interesadas de la comunidad. El MAC le permite compartir con nosotros sus opiniones sobre nuestros programas y operaciones. Puede informarnos cómo podemos mejorar nuestro servicio a los miembros. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios al Cliente al **1-855-232-3596** (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Participar en el MAC es muy sencillo. Solo debe completar este formulario y enviarlo a la siguiente dirección:

Aetna Better Health of New Jersey
Attn: Member Services Dept
3 Independence Way, Ste 400
Princeton, NJ 08540-6626
Fax: 1-844-679-6853

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA O A MÁQUINA. QUE SE LEA CLARAMENTE.

Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____ Organización/empleador (si corresponde) _____ Teléfono (____) _____ Dirección de correo electrónico: _____ Dirección física: _____ Ciudad: _____, NJ Código postal: _____ Condado: _____
--

Cuéntenos sobre usted. Escriba sobre sus antecedentes. Adjunte más páginas si lo cree necesario.



AETNA BETTER HEALTH® OF NEW JERSEY

Solicitud para participar del Comité Asesor de Miembros

Cuéntenos por qué quiere ser parte de este comité. ¿Qué puede ofrecerle al equipo? Límitese a uno o dos párrafos, por favor.

¿Actualmente es miembro de otros comités o consejos?

- No Sí. Enumérelos:

Raza/Grupo étnico (Opcional):

- Indígena americano/Nativo de Alaska.
- Asiático/Nativo de una isla del Pacífico.
- Negro.
- Hispano.
- Blanco.
- Otra/o.

Experiencia con Medicaid:

- Ninguna.
- Menos de 1 año.
- 1 a 2 años.
- 3 a 5 años.
- Más de 5 años.
- Más de 10 años.

Marque su categoría de miembro (marque todo lo que corresponda):

- Miembro: Está inscrito actualmente en Aetna Better Health of New Jersey.
- Familiar o tutor legal de un miembro. Escriba el nombre del miembro: _____
- Organización comunitaria. Escriba la organización aquí: _____
- Defensor

¿Puede asistir a reuniones durante el día? Sí, en cualquier momento. Sí, solo durante la mañana. Sí, solo durante la tarde. No.

¿Necesita algún tipo de ayuda especial para participar de las reuniones?

- Transporte.
- Servicios de interpretación o traducción.
- Otro. Escríbalo aquí: _____



AETNA BETTER HEALTH® OF NEW JERSEY

Solicitud para participar del Comité Asesor de Miembros

Certifico que todo lo que aparece en este formulario es verdadero y correcto. Acepto participar del Comité Asesor de Miembros de Aetna Better Health of New Jersey por lo menos por un año. Asistiré a cuatro reuniones por año y participaré en ellas. Asistiré a cualquier reunión de subcomité que sea necesaria. En caso de no poder asistir, se lo informaré al administrador de Servicios al Cliente antes de la reunión.

Firma del solicitante

Fecha

Completar este formulario no garantiza que la persona se convierta en miembro del comité. Aetna Better Health of New Jersey elegirá a los miembros según el lugar donde viven y tendrá en cuenta factores de diversidad y representación de otros miembros.