



AETNA BETTER HEALTH®

Board of Directors Application for Aetna Better Health Members

Aetna Better Health is committed to involving members in policies, programs and operations decisions. Applications currently are being accepted and reviewed for member representatives to participate in the Aetna Better Health of Pennsylvania Board of Directors.

If you are interested in joining, please print, complete and mail this form.

**Mail it to: Aetna Better Health
Attention: Member Services
2000 Market Street, Suite 850
Philadelphia, PA 19103**

PLEASE TYPE OR PRINT CLEARLY

First Name

Middle

Last Name

Home Telephone

Cell Phone

Email Address

Physical Address

City

State

Zip

Member ID#

Please tell us a little about yourself. Attach more sheets if needed.

What will your background or interest offer to the board?

Aetna Better Health will pay your travel costs to attend meetings (train, bus, mileage). We are taking a limited number of applicants. If you are interested, apply now.

I agree that everything on this form is true. If chosen, I agree to serve on the board for one year. I understand that a background check may be performed. If chosen, I agree to sign to sign Aetna Better Health's confidentiality agreement.

Signature of Applicant



AETNA BETTER HEALTH®

Consejo de Administración de aplicaciones

Aetna Better Health se compromete a involucrar a los miembros en las políticas, programas y decisiones de operaciones. Aplicaciones actualmente están siendo aceptadas y revisadas por representantes de los miembros a participar en la Aetna Better Health de la Junta Directiva de Pennsylvania.

Si usted está interesado en unirse, imprima, complete y envíe este formulario.

Envíelo por correo a: Aetna Better Health
Atención: Servicios al Miembro
2000 Market Street, Suite 850
Philadelphia, PA 19103

ESCRIBA A MÁQUINA O EN IMPRENTA.

Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido
---------------	----------------------------	----------

Teléfono de casa	Móvil	Correo electrónico
------------------	-------	--------------------

Dirección particular

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Número de identificación de miembro

Díganos algo sobre usted. Adjunte más hojas si es necesario.

¿Qué ofrecerán sus antecedentes o intereses al comité?

Aetna Better Health le pagará los costos de su viaje y asistencia a las reuniones (tren, autobús, millas). Aceptaremos un número limitado de candidatos. Si está interesado, presente su solicitud ahora.

Acepto que todo lo declarado en este formulario es verdadero. De resultar elegido, acepto servir en la junta durante un año. Entiendo que se puede realizar una verificación de antecedentes. De resultar elegido, acepto firmar el acuerdo de confidencialidad de Aetna Better Health.

Firma del solicitante