

Tony Evers
Governor



DIVISION OF MEDICAID SERVICES

1 WEST WILSON STREET
PO BOX 309
MADISON WI 53701-0309

Kirsten L. Johnson
Secretary

State of Wisconsin
Department of Health Services

Telephone: 608-261-6749
Fax: 608-224-5727
TTY: 711

Solicitud para el Comité Asesor de Medicaid

Gracias por su interés en ser parte del Comité Asesor de Medicaid de Wisconsin.

¿Qué es el Comité Asesor de Medicaid?

El Comité Asesor de Medicaid ofrece consejos y orientación sobre Medicaid en Wisconsin. El grupo habla con el director y el personal de Medicaid sobre las políticas y los servicios. Su aporte contribuye a dar forma al funcionamiento de Medicaid para las personas en Wisconsin.

¿Quién puede presentar una solicitud para unirse?

Todos los profesionales que tengan experiencia con el programa Medicaid de Wisconsin pueden presentar una solicitud. Buscamos:

- Médico de cabecera.
- Personal administrativo de hospital.
- Personal de un centro de salud con calificación federal (Federally Qualified Health Center, FQHC).
- Trabajador que ayude a los miembros con la inscripción, el cuidado, los beneficios y los pagos (por ejemplo, trabajador de asistencia económica, trabajador de la salud en la comunidad, especialista en beneficios o facilitador).

¿Qué hacen los miembros del comité?

Los miembros asisten a cuatro reuniones en línea cada año. Hablan con el director y el personal de Medicaid sobre las decisiones y los planes de los programas. También se enteran de las novedades, realizan debates y hacen preguntas.

El director de Medicaid elige a los miembros del comité, que participan por 3 años.

¿Cómo presento una solicitud?

Presente la solicitud antes del 27 de octubre de 2025. Puede:

- [Presentar la solicitud en línea](#) en inglés, hmong o español.
- Llenar esta solicitud y enviarla **por correo electrónico** a DHSWIMedicaidProgram@dhs.wisconsin.gov.
- Imprimir esta solicitud, llenarla y enviarla por **correo** a:
Medicaid Advisory Committee
c/o Amanda Dreyer
201 E. Washington Ave., Room B300
PO Box 309, Madison, WI 53703

Las respuestas pueden ser breves. Puede enviar un currículum o un breve resumen sobre usted y su experiencia, pero no es necesario. Tenga en cuenta que presentar la solicitud no garantiza su elección para el comité. Si necesita ayuda para presentar la solicitud, envíe un correo electrónico a DHSWIMedicaidProgram@dhs.wisconsin.gov o llame al 608-266-8922.

Solicitud para el Comité Asesor de Medicaid**Nombre:** _____**Ciudad o condado:** _____**Número de teléfono:** _____ **Dirección de correo electrónico:** _____**¿Para qué vacante presenta la solicitud?**

- ☐ Médico de cabecera
☐ Personal administrativo de hospital
☐ Personal de un centro de salud con calificación federal (Federally Qualified Health Center, FQHC).
☐ Trabajador que ayuda a los miembros con la inscripción, el cuidado, los beneficios y los pagos (por ejemplo, trabajador de asistencia económica, trabajador de la salud en la comunidad, especialista en beneficios o facilitador)

De las personas que atiende, ¿cuántas son miembros de Medicaid?

- ☐ Ninguna ☐ Algunas ☐ Una gran parte ☐ Todas

¿Por qué le interesa unirse al Comité Asesor de Medicaid?**¿Qué perspectiva y experiencia puede aportar al Comité Asesor de Medicaid?**

- ☐ Mi propia experiencia como miembro de Medicaid
☐ Mi experiencia como cuidador de un participante del programa Medicaid
☐ Mi experiencia como profesional en el programa Medicaid

Describa: _____

- ☐ Otro

Describa: _____

¿Es un funcionario electo?

- ☐ No
☐ Sí

Describa: _____

¿Cómo se enteró del Comité Asesor de Medicaid?

- ☐ Sitio web del DHS
☐ Medios sociales del DHS (Facebook, X o LinkedIn)
☐ Correo electrónico del DHS
☐ Otro

Describa: _____

Incluya cualquier otra información que le gustaría compartir. (opcional)

Al enviar esta solicitud, acepta que la información allí incluida es correcta y precisa.

Firma: _____

Fecha de la firma: _____