



**Gold Coast
Health Plan**SM
A Public Entity

Programa de Navegadores de Inscripción para Cobertura Continuada

4 de octubre de 2023

Integridad

Respecto

Colaboración

Confianza

**Rendición de
Cuentas**

Tareas del Webinar

Contenido de Subvenciones en Línea

- Hagan clic en este enlace: [Subvención del Programa de Navegadores de Inscripción](#) para acceder a los materiales de las subvenciones

Dificultades Técnicas

- Presenten comentarios/preguntas sobre dificultades técnicas mediante la función de chat para que les ayudemos.

Preguntas y Respuestas

- Nos ocuparemos de preguntas y respuestas después de la presentación.

Alojamiento del Webinar

- Este webinar se está grabando y la grabación se subirá dentro de la sección de subvenciones de la página de GCHP.

Correo electrónico de contacto

- Grants@goldchp.org

Agenda

1. Visión General de la Petición de Solicitud

2. Visión General del Programa de Navegadores de Inscripción

3. Calendario de Subvenciones

4. Proceso de Solicitud de Navegadores de Inscripción

5. Proceso de Selección de Navegadores de Inscripción

6. Preguntas y Respuestas

Presentadores de Hoy

Marlen
Torres

Directora
Ejecutiva,
Estrategia y
Asuntos Externos

Calley
Griffith

Especialista en
Comunicaciones
II

Adriana
Sandoval-
Jimenez

Gerente de
Relaciones con la
Comunidad

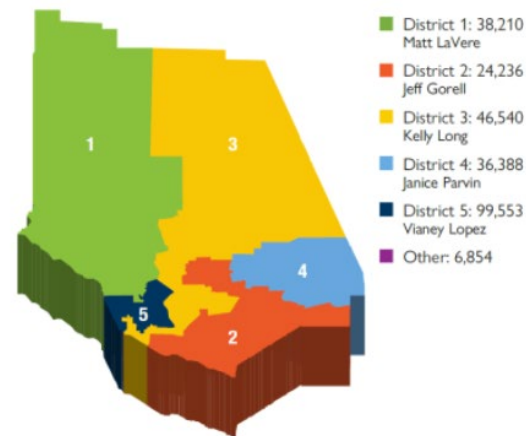
Alison
Armstrong

Gerente de
Relaciones con el
Gobierno

Acerca de Gold Coast Health Plan

GCHP es una entidad pública que supervisa el programa de Medi-Cal en el Condado de Ventura y proporciona servicios de salud a beneficiarios de Medi-Cal. La Junta de Supervisores del Condado de Ventura creó GCHP en 2011 para servir al condado. Está gobernada por una junta de Comisionados de nombramiento público.

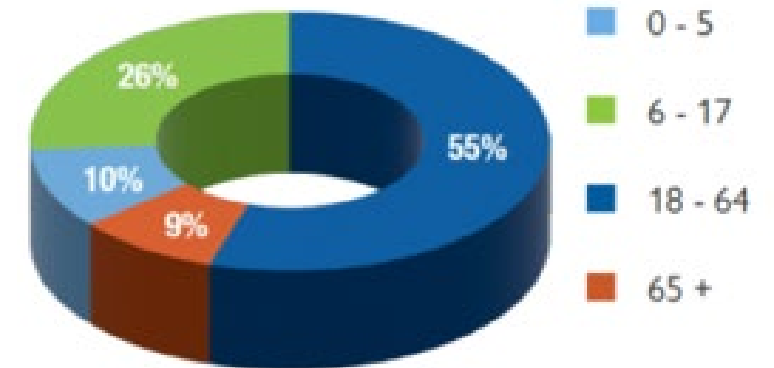
Membresía por Distrito Supervisor



Miembros:
251,781



Membresía por Edad



Nuestra Misión, Visión y Valores

Proporcionamos servicios de salud con un enfoque que pone en primer lugar al miembro, reflejando nuestro compromiso con la comunidad.



Nuestra Misión

Mejorar la salud de nuestros miembros mediante la prestación de atención y servicios de alta calidad.



Nuestra Visión

Atención compasiva, accesible para todos, para una comunidad sana.



Nuestros Valores

Integridad,
Responsabilidad,
Colaboración, Confianza
y Respeto

Visión General de Petición de Solicitudes (RFA)

La finalidad de esta RFA es invitar solicitudes por parte de organizaciones interesadas para que participen en el Programa de Navegadores de Inscripción (ENP, por sus siglas en inglés) de GCHP, para apoyar los objetivos de retención e inscripción de Medi-Cal.

- Durante la pandemia del COVID-19, las desinscripciones de Medi-Cal quedaron pospuestas, lo cual permitió a los beneficiarios nuevos y existentes permanecer en Medi-Cal.
- El 1 de abril de 2023, los procesos normales de redeterminación de elegibilidad para Medi-Cal comenzaron a afectar principalmente a las poblaciones vulnerables.

La RFA es un mecanismo crítico para administrar y dar apoyo a poblaciones difíciles de alcanzar, mal atendidas y vulnerables, en actividades dirigidas para objetivos de retención e inscripción.

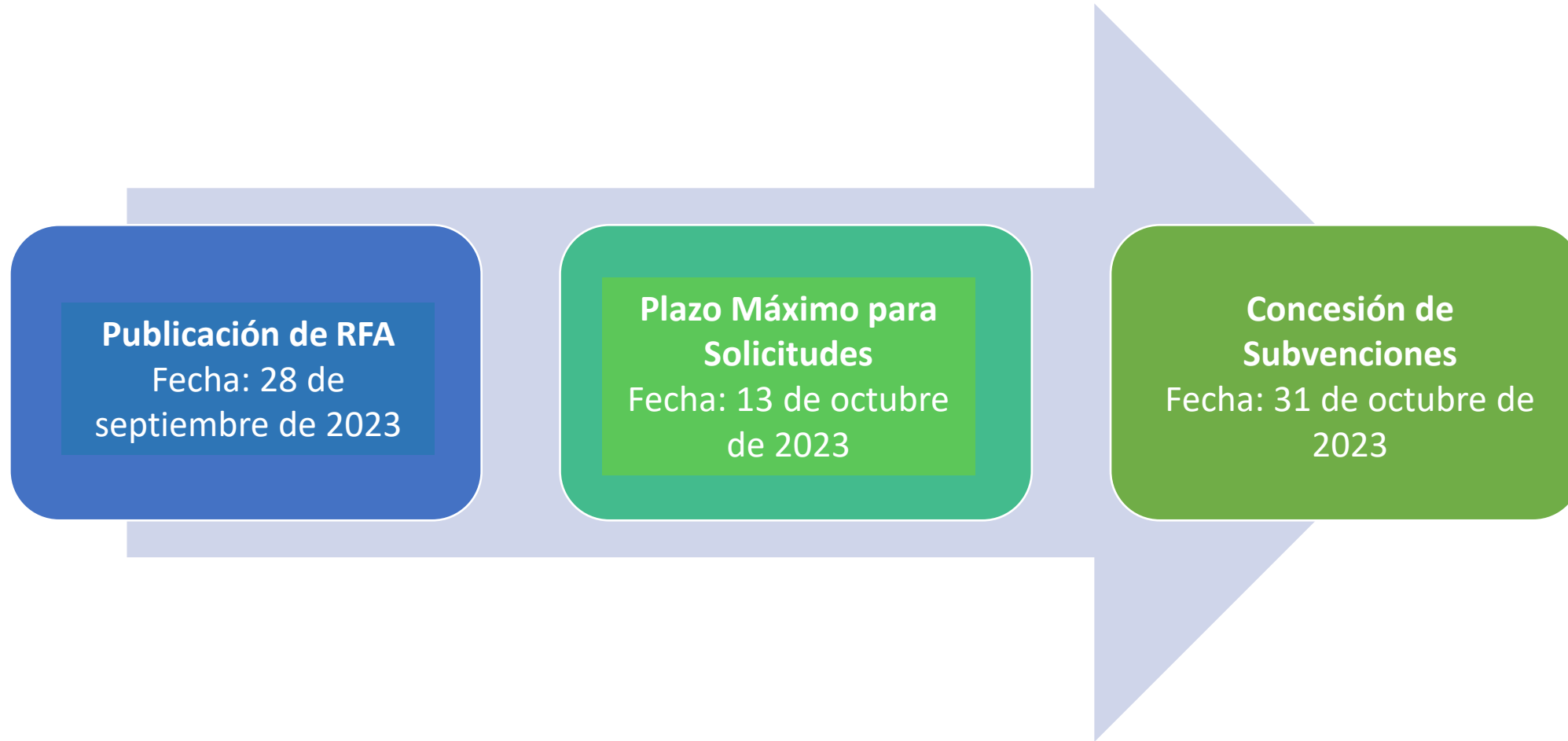
- Enfoque en actividades dirigidas a:
 - Ayuda con la Solicitud
 - Ayuda con la Inscripción
 - Ayuda con Retención
 - Actividades de difusión y educación
 - Ayuda con resolución de problemas y acceso a servicios de salud

Programa de Navegadores de Inscripción (ENP)

El Programa de Navegaciones de Inscripción de GCHP es una colaboración con organizaciones basadas en la comunidad en todo el Condado de Ventura que tengan experiencia en alcanzar y ayudar a población diversa y hayan demostrado éxito en la retención e inscripción de beneficiarios elegibles de Medi-Cal.



Calendario de las Subvenciones



Periodo del Contrato de la Subvención: Año Calendario 2023-2024
Fecha de inicio del proyecto: Noviembre de 2023

Elegibilidad de Participantes en ENP

Ser una organización 501(c)(3) exenta de impuestos con una designación 509(a) que indique que la organización no es una fundación privada, o

Ser una entidad pública o gubernamental, y

Proporcionar atención de salud de alta calidad y/o servicios de apoyo que mejoren la salud principalmente a receptores de Medi-Cal y a otra población médicamente indigente dentro del Condado de Ventura

Proceso de Solicitud de ENP

Complete los Formularios de Solicitud en PDF y envíe por correo electrónico o por correo postal con entrega al día siguiente.

- Formulario 1: Texto de la Solicitud
- Formulario 2: Plan de Trabajo - Anexo A
- Formulario 3: Presupuesto - Anexo B (incluye tres pestañas)
- Formulario 4: Reconocimiento - Anexo C

Formulario 1: Texto de la Solicitud

Incluye una página de portada, selección de población(es) focales, y respuestas para completar a preguntas sobre:

1. Contexto y capacidad de la organización.
2. Área y población a la que se dirige.
3. Declaración de necesidad y alineación con GCHP.
4. Solicitud propuesta.
5. Referencias de medida del proyecto.
6. Colaboradores.
7. Personal clave y responsabilidades.
8. Posibles problemas.
9. Sostenibilidad.
10. Evaluación.
11. Beneficio para miembros de GCHP.
12. Reconocimiento de financiación de GHCP.



Integrity • Accountability • Collaboration • Trust • Respect

COMMUNITY HEALTH INVESTMENTS 2023-2024 Enrollment Navigator Program Application Form

I. APPLICANT INFORMATION	
Complete your application using the space provided.	
Name of Organization: _____	Year Incorporated: _____
Name of Fiscal Agent, if applicable: _____	
Tax ID Number (fiscal agent if using such): _____	
Street Address (include fiscal agent if not the same): _____	
City and State: _____	9-digit Zip Code: _____ - _____ (Req.)
Name and title of President, Executive Director, or Chief Executive Officer: _____	
Phone Number(s): _____	
Email Address: _____	Website: _____
Name and title of project contact, if different from above: _____	
Phone Number(s): _____	
Email Address: _____	
Type of Organization:	
Select One: <input type="checkbox"/> 501(c)(3)	
<input type="checkbox"/> Public or government entity	
State Type of Entity: _____	
Project Name: _____	
Geographic Area(s) Served: _____	
Population(s) Served: _____	
Organizational Budget: \$ _____	Project Budget: \$ _____
GCHP Request: \$ _____	

Does your organization meet ALL the criteria outlined in the request for application? Yes No

Resumen de la Petición

1. Contexto de la organización y Capacidad de abordar a la(s) población(es) focal(es) seleccionada(s)

- Indique la misión y objetivos generales de su organización, y describa los programas y actividades actuales más relevantes para el proyecto propuesto. Describa la experiencia de su organización y sus cualificaciones para la(s) Poblacion(es) Focal(es) seleccionada(s).

2. Área Geográfica y Población a la que se dirige: ¿Se dirige su propuesta de proyecto a la diversidad de poblaciones y contribuye a la equidad geográfica en el Condado de Ventura?

- Describa la(s) área(s) geográfica(s) y población(es) que se beneficiará(n) del esfuerzo propuesto. Aporte datos demográficos disponibles cuando sea posible.

3. Declaración de Necesidad y Alineación con las Prioridades Seleccionadas de GCHP

- Describa las necesidades, problemas o cuestiones que se abordarán a través del proyecto propuesto. Identifique, con detalle, la(s) población(es) específica(s) focal(es) a las que ha seleccionado dirigirse. Explique la forma en que la(s) población(es) seleccionadas tienen como objetivo a miembros de GCHP. Aporte datos específicos siempre que sea posible para justificar la necesidad. Explique la forma en que su propuesta se alinea con las prioridades del proyecto de GCHP.

Resumen de la Petición (Cont.)

4. Petición Propuesta

- Explique detalladamente la forma en que se propone dirigirse a la(s) población(es) focal(es) específicas. Indique por qué ha seleccionado las estrategias propuestas y qué evidencia hay de que la implementación del enfoque propuesto llevará a la retención e inscripción de miembros de Medi-Cal. Describa la forma en que se implementará el programa a lo largo del periodo de subvención de 12 meses. Su diseño de propuesta debe ser sólido y viable.

5. Referencias de Medida del Proyecto

- Describa las metas, objetivos y resultados de su proyecto; estos deben ser específicos, medibles y alcanzables. ¿Cómo se verá el éxito? (Debe ser coherente con el plan de trabajo adjunto).

6. Colaboradores

- Identifique cualquier colaboración que ya haya creado o que se creará para la implementación exitosa del esfuerzo propuesto. Describa los papeles y responsabilidades de los colaboradores identificados y la forma en que contribuirán a la propuesta.

7. Personal Clave y Responsabilidades

- Enumere el personal clave del proyecto y voluntarios y describa sus funciones y responsabilidades. Indique su nivel de competencia para abordar a las poblaciones a las que se dirige.

8. Potencial

- Identifique cualquier posible problema que podría encontrarse durante la implementación del proyecto propuesto y describa cómo se superará cada una de estas dificultades.

Información Fiscal

Sostenibilidad Financiera

- Explique cómo sostendrá usted este proyecto programáticamente y financieramente. Identifique cualesquiera fondos adicionales recaudados en apoyo de este proyecto. Indique las fuentes de los fondos recaudados, así como las cantidades específicas. Si hay una carencia de financiación, explique su plan para cubrir esa carencia.



Evaluación

Evaluación del Proyecto

- Describa la forma en que evaluará el éxito del proyecto propuesto. Describa qué medidas y métricas se usarán para demostrar que usted ha alcanzado con éxito los objetivos y resultados del proyecto. (Debe ser coherente con el plan de trabajo adjunto.)



Beneficio Estratégico para Miembros de GCHP

Beneficios para Miembros de GCHP

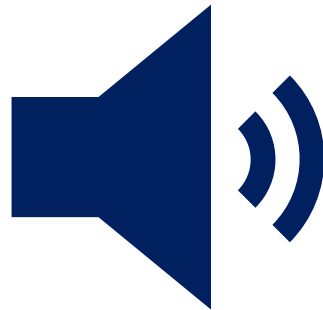
- Explique la forma en que el esfuerzo propuesto beneficiará directamente a los miembros de GCHP. Haga una estimación del número de miembros de GCHP que podrían beneficiarse de sus esfuerzos.



Beneficio Estratégico para Miembros de GCHP (cont.).

Reconocimiento Público

- Describa específicamente cualquier tipo de reconocimiento(s) público(s) que recibirá GCHP si su proyecto es financiado, que no figuren ya en la Lista de Comprobación de Reconocimientos (Anexo C).



Finanzas / Aspectos Jurídicos / Licencias de la Organización

Litigios

- Enumere cualesquiera litigios sustanciales pendientes actuales o previos (dentro de los últimos cinco años) presentados contra su organización
- Si su organización está exenta de impuestos, enumere cualesquiera alegaciones u acciones pendientes o anteriores que cuestionen o se opongan a que sea adecuada la situación de exención de impuestos




Formulario 2: Plan de Trabajo


Objetivo del Programa – Una afirmación amplia y breve sobre lo que pretende alcanzar el programa o proyecto.

Mes	Actividades	Productos, Resultados / Impactos	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias claves que emprenderá y pretende alcanzar el proyecto. • Pasos que contribuyen al objetivo. • Deben ser tangibles, específicas, medibles y alcanzables en un plazo de tiempo específico. • Deben ser alcanzables con el presupuesto solicitado. 	<p>Las actividades, tareas y métodos concretos y específicos que se emprenderán que darán lugar a productos y, con el tiempo, contribuir a resultados.</p>	<p>Producto: Un resultado cuantitativo que describa el número de personas que hayan participado, o el número de productos o servicios producidos o entregados, un informe por escrito, etc.</p> <p>Resultados: Resultados cualitativos que describan el beneficio o transformación que será el resultado de su trabajo propuesto. Los resultados deben ser medibles e incluir un plazo de tiempo, un alcance y una población objetivo.</p>	<p>Indica cómo medirá usted el éxito de su programa. Los ejemplos incluyen pruebas, encuestas, entrevistas u otras herramientas de medida que hagan seguimiento de los objetivos cumplidos y los documenten.</p>

Formulario 3: Presupuesto - Anexo B, Pestaña 1

BUDGET TEMPLATE				
 Gold Coast Health Plan <small>A Public Entity</small>	Community Health Investments 2023-2024 Enrollment Navigator Program Attachment B			
	Organization Name:			
	Project Title:		Date:	
	Request from GCHP	In-Kind Contribution	Other Sources of Income	TOTAL BUDGET
PERSONNEL/STAFF EXPENSES				
<i>(List title and % on project)</i>				
				\$ -
				\$ -
				\$ -
Subtotal, Personnel/Staff	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Personnel/Staff Benefits				
TOTAL, PERSONNEL	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
DIRECT/OPERATING EXPENSES				
				\$ -
				\$ -
				\$ -
				\$ -
TOTAL, DIRECT	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
OTHER EXPENSES				
				\$ -
				\$ -
TOTAL, OTHER	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
INDIRECT/OVERHEAD				
10% of Salaries and Wages				\$ -
TOTAL, INDIRECT	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
TOTAL EXPENSES <i>(Personnel + Program + Indirect)</i>	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -

Formulario 3: Presupuesto - Anexo B, Pestaña 2

 Community Health Investments 2023-2024 Enrollment Navigator Program Budget Narrative	
Personnel Expenses	Amount
<i>Total Personnel and Staffing</i>	0
Direct Operating Expenses	
<i>Total Direct Expenses</i>	0
Other Expenses	
<i>Total Other Expenses</i>	0
Indirect Expenses	
<i>Total Indirect Expenses</i>	0
TOTAL PROJECT EXPENSES	0

Formulario 3: Presupuesto - Anexo B, Pestaña 3

Community Health Investments 2023-2024		Amount
Enrollment Navigator Program		
Other Sources of Support		
A.	Total Project Costs	
B.	Funds Committed to Date:	
✓ 1.		
✓ 2.		
✓ 3.		
	Total Committed	\$0
C.	Pending requests and expected date of approval:	
✓ 1.	GCHP Request (date)	
✓ 2.		
✓ 3.		
	Total Requested	\$0
D.	Gap Funding Balance (A-B-C)	\$0



**Gold Coast
Health Plan**SM
A Public Entity



**Gold Coast
Health Plan**SM
A Public Entity

Formulario 4: Reconocimiento - Anexo C

Name of Organization: _____		
Project Contact and Phone Number: _____		
<p>General Rule: Use Gold Coast Health Plan or GCHP. Never refer to Gold Coast Health Plan as Gold Coast. In all written materials, use Gold Coast Health Plan (GCHP) on first textual reference and GCHP on subsequent references.</p>		
<p>Where applicable, please indicate with a ✓ whether your organization can carry out the items suggested below to acknowledge and communicate a grant award.</p>		
<input type="checkbox"/>	1.	In all written materials for public distribution prepared in accordance with project activities funded by this grant, the Grantee will include the following statement: <i>"This project is funded in part by Gold Coast Health Plan (GCHP) and will benefit primarily Medi-Cal recipients and other underserved populations residing in Ventura County."</i>
<input type="checkbox"/>	2.	During the term of this grant, the Grantee will name GCHP as grantor in all communications relating to this project and can acknowledge GCHP at all related fundraising events as a sponsor of this project.
<input type="checkbox"/>	3.	If applicable to the grant, permanent signage recognizing GCHP will be posted in a conspicuous location at or near the entrance of any site that uses GCHP funds to improve its physical plant; this signage will recognize GCHP as a funding donor or language to that effect.
<input type="checkbox"/>	4.	GCHP and the Grantee will prepare and issue joint press releases that recognize GCHP's contribution.
<input type="checkbox"/>	5.	Plaques and/or decals recognizing GCHP's contribution will be prepared and attached to any specialized equipment purchased as part of GCHP's grant.
<input type="checkbox"/>	6.	Grantee and direct project partners will be asked to include information (in a form approved by GCHP) regarding this grant on their external websites and on any associated or affiliated websites, and include a link to GCHP's website.
<input type="checkbox"/>	7.	Grantee will include GCHP as a presenter at Grantee events relating to new or enhanced programs or services that have used GCHP's funds (e.g., dedication ceremony, program kick-off, etc.).
<input type="checkbox"/>	8.	GCHP will seek to participate in any Grantee outreach opportunities related to efforts funded by this grant.
<input type="checkbox"/>	9.	Grantee will report on all the above listed activities in the grant reports required by and in accordance with the schedule set forth in a grant agreement.
<input type="checkbox"/>	10.	Are there other forms of acknowledgement and communication that you plan to use to publicize the grant? If yes, please list here: _____ _____ _____

Proceso de Selección de Navegadores de Inscripción

Un comité de revisión formado por personal de GCHP revisará cada solicitud y tendrá en cuenta los siguientes criterios, que incluyen, aunque sin limitarse a ellos:

Historial y capacidad de la organización

Enfoque sólido y viable

Disponibilidad de fondos en especie o que igualen

Población diversa del Condado de Ventura

Parámetros medibles y alcanzables

Evidencia de sostenibilidad más allá del periodo de la subvención

Necesidad y alineación con prioridades de GCHP

Beneficiar a la mayoría de los miembros de GCHP

Capacidad de evaluación

Presupuesto Adecuado

Uso de los Fondos

Los fondos PUEDEN ser utilizados para:

- Costos del proyecto (continuos y de puesta en marcha).
- Servicios directos.
- Cambio sistémico.
- Capital y equipo (El límite es \$50,000 y solo para los últimos fondos necesarios para completar una renovación de capital. El uso de la estructura renovada debe comenzar dentro de los nueve meses tras la concesión de la subvención).

Los fondos NO PUEDEN ser utilizados para:

- Proporcionar atención médica directa a los no asegurados.
- Pagar por servicios médicos facturables a otros pagadores.
- Investigación.
- Dotaciones y campañas anuales de fondos.
- Eliminación de déficit o deuda.
- Apartados “Misceláneos”.

Siguientes Pasos

En caso de preguntas, escriban un correo electrónico a:

Grants@goldchp.org

Horario de oficina: por determinar

Plazo máximo de solicitud de subvenciones: 13 de octubre de 2023

Enlace a grabación: bajo la pestaña de “comunidad”

Recursos: [Lista de Comprobación de la Solicitud de ENP, Directrices y Muestra del Plan de Trabajo de ENP](#)

Preguntas y Respuestas