



## AETNA BETTER HEALTH® Committee application form

An Aetna Better Health Committee gives you a place where you can talk to other members and to Aetna Better Health staff. The meeting gives you a chance to tell us your ideas about making the plan better. The committees meet six times a year. If you want to join a committee, please print and complete this form.

Mail it to: Aetna Better Health  
Attention: Member Services  
2000 Market Street, Suite 850  
Philadelphia, PA 19103  
Or fax to 215-282-3535

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 committee?

---

---

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 committee for one year. I agree to attend six meetings.*

---

Signature of Applicant

[www.aetnabetterhealth.com/pennsylvania](http://www.aetnabetterhealth.com/pennsylvania)

PA-12-09-16



## AETNA BETTER HEALTH®

### Formulario de solicitud para participar en el comité

El Comité de Aetna Better Health le da un lugar en el cual hablar con otros miembros y con el personal de Aetna Better Health. La reunión le da la oportunidad de hablarnos de sus ideas sobre cómo mejorar el plan. El comité se reúne seis veces al año. Si desea participar en un comité, por favor imprima y complete este formulario.

Envíelo por correo a: Aetna Better Health  
Atención: Servicios al Miembro  
2000 Market Street, Suite 850  
Philadelphia, PA 19103  
o por fax al 215-282-3535

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.  
*Declaro que el contenido de este formulario es verdadero. Si se me elige, serviré en el comité durante un año.  
Entiendo que asistiré a seis reuniones.*

---

Firma del solicitante