



BIỂU MẪU YÊU CẦU GHI DANH CÁ NHÂN ĐỂ GHI DANH VÀO CHƯƠNG TRÌNH MEDICARE ADVANTAGE (PHẦN C)

Ai có thể sử dụng biểu mẫu này?

Những người có Medicare muốn tham gia
Chương trình Medicare Advantage

Để tham gia một kế hoạch, bạn phải:

- Là công dân Hoa Kỳ hoặc hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ
- Sống trong khu vực kinh doanh của chương trình

Quan trọng: Để tham gia Chương trình Medicare Advantage, bạn cũng phải có cả hai:

- Medicare Phần A (Bảo hiểm bệnh viện)
- Medicare Phần B (Bảo hiểm y tế)

Khi nào tôi sử dụng biểu mẫu này?

Bạn có thể tham gia một kế hoạch:

- Từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 hàng năm (cho bảo hiểm bắt đầu từ ngày 1 tháng 1)
- Trong vòng 3 tháng kể từ lần đầu tiên nhận được Medicare
- Trong một số tình huống nhất định mà bạn được phép tham gia hoặc chuyển đổi kế hoạch

Truy cập Medicare.gov để tìm hiểu thêm về thời điểm bạn có thể đăng ký một chương trình.

Tôi cần những gì để hoàn thành biểu mẫu này?

- Số Medicare của bạn (số trên thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh lam của bạn)
- Địa chỉ thường trú và số điện thoại của bạn

Ghi chú: Bạn phải hoàn thành tất cả các mục trong Phần 1. Các mục trong Phần 2 là tùy chọn - bạn không thể bị từ chối bảo hiểm vì bạn không điền vào.

Nhắc nhở:

- Nếu bạn muốn tham gia một chương trình trong thời gian ghi danh vào mùa thu (ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12) Bảo hiểm phải nhận được biểu mẫu hoàn chỉnh của bạn trước ngày 7 tháng 12.

- Bảo hiểm của bạn sẽ gửi cho bạn hóa đơn thanh toán phí. Bạn có thể chọn đăng ký để được khấu trừ các khoản thanh toán phí bảo hiểm từ tài khoản ngân hàng hoặc từ phúc lợi an sinh xã hội của bạn (or Railroad Retirement Board).

Chuyện gì xảy ra tiếp theo?

Gửi biểu mẫu đã hoàn thành và đã ký của bạn tới:

PO Box 22800,
Long Beach, CA 90801
Attention: Enrollment Department

Sau khi họ xử lý yêu cầu tham gia của bạn, họ sẽ liên hệ với bạn.

Làm cách nào để nhận trợ giúp về biểu mẫu này?

Gọi cho Central Health Medicare Plan số 1-866-314-2427. Người dùng TTY có thể gọi 711.

hoặc là, gọi Medicare số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

En español:

Llame a Central Health Medicare Plan al 1-866-314-2427, TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Những cá nhân trải qua tình trạng vô gia cư

- Nếu bạn muốn tham gia một chương trình nhưng không có nơi thường trú, Hộp thư bưu điện, địa chỉ của nơi trú ẩn hoặc phòng khám hoặc địa chỉ nơi bạn nhận được thư (ví dụ: ngân phiếu an sinh xã hội) có thể được coi là địa chỉ thường trú của bạn.

OMB hợp lệ để thu thập thông tin này là 0938-1378. Thời gian cần thiết để hoàn thành thông tin này được ước tính là trung bình 20 phút cho mỗi phản hồi, bao gồm thời gian để xem lại hướng dẫn, tìm kiếm tài nguyên dữ liệu hiện có, thu thập dữ liệu cần thiết, hoàn thành và xem xét việc thu thập thông tin. Nếu bạn có bất kỳ nhận xét nào liên quan đến tính chính xác của (các) ước tính thời gian hoặc đề xuất để cải thiện biểu mẫu này, vui lòng viết thư cho: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

CHÚ Ý

Không gửi biểu mẫu này hoặc bất kỳ vật dụng nào có thông tin cá nhân của bạn (chẳng hạn như yêu cầu bồi thường, thanh toán, hồ sơ y tế, v.v.) đến Văn phòng Thông quan Bảo cáo PRA. Bất kỳ mục nào chúng tôi nhận được không phải là về cách cải thiện biểu mẫu này hoặc gánh nặng thu gom của nó (được nêu trong OMB 0938-1378) sẽ bị phá hủy. Nó sẽ không được giữ lại, xem xét hoặc chuyển tiếp đến chương trình bảo hiểm. Xem "Điều gì sẽ xảy ra tiếp theo?" trên trang này để gửi biểu mẫu đã hoàn thành của bạn đến chương trình bảo hiểm.



Phần 1 – Tất cả các mục trên trang này là bắt buộc (trừ khi được đánh dấu là mục không bắt buộc)

Chọn gói bảo hiểm mà quý vị muốn tham gia:

MAPD

- ☐ **Central Health Classic Care Plan I (HMO) 027** (LA/OC/RS/SB/SD) \$0 mỗi tháng
- ☐ **Central Health Classic Care Plan II (HMO) 028** (AL/CC/FR/IM/KE/KI/MA/PL/SA/SF/SJ/SM/SC/SO/ST/TU/YO) \$0 mỗi tháng
- ☐ **Central Health Jade Plan (HMO) 022** (LA) \$0 mỗi tháng
- ☐ **Central Health Medicare Plan (HMO) 001** (LA/OC/RS/SB) \$0 mỗi tháng
- ☐ **Central Health Premier Plan I (HMO) 023** (AL/CC/FR/SF/SJ/SC/SO) \$0 mỗi tháng
- ☐ **Central Health San Mateo Medicare Plan (HMO) 018** (SM) \$0 mỗi tháng
- ☐ **Central Health Ventura Medicare Plan (HMO) 008** (VC) \$0 mỗi tháng

MA

- ☐ **Central Health Valor Care Plan (HMO) 030** (FR/IM/KE/KI/LA/MA/OC/RS/SA/SB/SD/SF/SJ/SM/SC/TU) \$0 mỗi tháng

Part B Savings

- ☐ **Central Health Part B Savings Plan (HMO) 029** (LA/OC/RS/SB/SD) \$0 mỗi tháng
- ☐ **Central Health Savings Plan (HMO) 019** (LA/OC/RS/SB) \$0 mỗi tháng

C-SNP

- ☐ **Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 025-1** (LA/OC/RS/SB/SD) \$0 mỗi tháng
- ☐ **Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 025-2** (AL/CC/FR/IM/KE/KI/MA/PL/SA/SF/SJ/SM/SC/SO/ST/TU/YO) \$0 mỗi tháng
- ☐ **Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 026-1** (LA/OC/RS/SB/SD) \$13.40 mỗi tháng
- ☐ **Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 026-2** (AL/CC/FR/IM/KE/KI/MA/PL/SA/SF/SJ/SM/SC/SO/ST/TU/YO) \$13.40 mỗi tháng
- ☐ **Central Health Focus Plan (HMO C-SNP) 006** (AL/CC/FR/LA/OC/SB/SJ/SC) \$0 mỗi tháng

D-SNP

- ☐ **Central Health Medi-Medi Plan I (HMO D-SNP) 002** (LA/RS/SA/SB/SD) \$13.60 mỗi tháng

Họ: _____ Tên: _____ Tên đệm (không bắt buộc): _____

Ngày sinh: (Ngày/Tháng/Năm) / ____ / ____	Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ	Số điện thoại nhà: (____) ____ - ____	Số điện thoại di động: (____) ____ - ____
--	--	--	--

Địa chỉ đường thường trú (Không nhập Hộp thư bưu điện):

Thành phố:	Quận (không bắt buộc):	Tiểu bang:	Mã Bưu điện:
------------	------------------------	------------	--------------

Địa chỉ gửi thư, nếu khác với địa chỉ thường trú của bạn (có thể điền Hộp thư bưu điện):

Địa chỉ: Tên đường: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Bưu điện: _____

Thông tin Medicare của bạn

Số Medicare: ____ - ____ - ____

Phần 1 – Tất cả các mục trên trang này là bắt buộc (trừ khi được đánh dấu là mục không bắt buộc)

Trả lời những câu hỏi quan trọng sau:

Bạn có từng tham gia bảo hiểm thuốc theo toa khác (như VA/TRICARE) ngoài Chương trình Central Health Medicare Plan không? ☐ Có ☐ Không

Tên chương trình bảo hiểm khác: _____ Số ID # của chương trình bảo hiểm này: _____ Số nhóm # của chương trình bảo hiểm này: _____

Bạn có đăng ký tham gia Chương trình Medicaid (Medi-Cal) của Tiểu bang mình không?

☐ Có ☐ Không

Số Medicaid (Medi-Cal): _____

Ngày sinh trên Medicaid (Medi-Cal): _____

Để đủ điều kiện tham gia các chương trình Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 025-1, Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 025-2, Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 026-1, Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 026-2, Central Health Focus Plan (HMO C-SNP) 006.

Bạn có mắc một trong những căn bệnh sau đây hay không? Vui lòng chọn tất cả các bệnh mà bạn mắc phải
☐ Bệnh tiểu đường ☐ Suy tim sung huyết ☐ Rối loạn tim mạch

Ngoài ra, vui lòng hoàn thành Phiếu đánh giá khả năng trước khi đăng ký (PQAT) được đính kèm Đơn này trước khi nộp đơn đăng ký. PQAT phải được nộp cùng với Đơn đăng ký của bạn.

QUAN TRỌNG: Đọc và ký tên bên dưới:

- Tôi phải duy trì cả Bệnh viện (Phần A) và Y tế (Phần B) để tiếp tục tham gia Central Health Medicare Plan.
- Khi tham gia chương trình Medicare Advantage Plan này, tôi xác nhận rằng Central Health Medicare Plan sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare, họ có thể sử dụng thông tin đó để theo dõi việc đăng ký của tôi, thanh toán và cho các mục đích khác được Pháp luật Liên bang cho phép thu thập thông tin này (xem Tuyên bố về Đạo luật Quyền riêng tư bên dưới). Phản hồi của bạn đối với biểu mẫu này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không phản hồi có thể ảnh hưởng đến việc đăng ký tham gia chương trình.
- Tôi hiểu rằng tôi chỉ có thể đăng ký một chương trình MA tại một thời điểm - việc đăng ký vào chương trình này sẽ tự động kết thúc việc đăng ký của tôi vào một chương trình MA khác (các trường hợp ngoại lệ áp dụng cho các chương trình MA PFFS, MA MSA).
- Tôi hiểu rằng khi bảo hiểm Central Health Medicare Plan của tôi bắt đầu, tôi phải nhận được tất cả các phúc lợi y tế và thuốc theo toa từ Central Health Medicare Plan. Các phúc lợi và dịch vụ được cung cấp bởi Central Health Medicare Plan và được liệt kê trong “Chứng từ Bảo hiểm” của Central Health Medicare Plan của tôi (còn được gọi là hợp đồng thành viên hoặc thỏa thuận thuê bao) sẽ được bảo đảm. Cả Medicare và Central Health Medicare Plan đều sẽ không thanh toán cho các phúc lợi hoặc dịch vụ không được đài thọ.
- Thông tin trên mẫu đăng ký này là chính xác theo sự hiểu biết của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai lệch trên biểu mẫu này, tôi sẽ bị hủy tư cách tham gia chương trình.
- Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người được ủy quyền hợp pháp thay mặt tôi) trên đơn đăng ký này xác nhận rằng tôi đã đọc và nắm rõ nội dung của Đơn đăng ký này. Trường hợp được ký bởi người đại diện được ủy quyền (như được mô tả ở trên), chữ ký này xác nhận rằng: 1) Người này được ủy quyền theo Pháp luật của Tiểu bang để hoàn thành việc đăng ký này và 2) Tôi sẽ cung cấp tài liệu chứng minh về việc ủy quyền cho cá nhân này khi có yêu cầu của Medicare.

Chữ ký:

Ngày hôm nay:

Trường hợp bạn là người đại diện được ủy quyền, vui lòng ký tên ở trên và điền vào các mục sau:

Tên:

Địa chỉ:

Phần 2 – Tất cả các mục đều không bắt buộc điền

Bạn có quyền tự do quyết định xem có trả lời những câu hỏi này hay không. Bạn không bị từ chối bảo hiểm vì không điền các thông tin này.

Bạn là người gốc Tây Ban Nha, La tinh hoặc Tây Ban Nha? Chọn tất cả các đáp án phù hợp.

- | | |
|--|--|
| ☐ Không, tôi không phải người gốc Tây Ban Nha, La tinh hoặc Tây Ban Nha | ☐ Đúng vậy, tôi là người Mexico, người Mỹ gốc Mexico, Chicano |
| ☐ Đúng vậy, tôi là người Puerto Rico | ☐ Phải, người Cuba |
| ☐ Đúng vậy, tôi là người gốc Tây Ban Nha, La tinh hoặc Tây Ban Nha khác | ☐ Tôi chọn không trả lời |

Chủng tộc của bạn là gì? Chọn tất cả những đáp án phù hợp

- | | |
|---|--|
| ☐ Người Mỹ da đỏ hoặc thổ dân Alaska | ☐ Da đen hoặc người Mỹ gốc Phi |
| Người Châu Á: | Thổ dân Hawaii và Đảo Thái Bình Dương: |
| ☐ Người Ấn Độ Châu Á | ☐ Guamanian hoặc Chamorro |
| ☐ Người Trung Quốc | ☐ Người Hawaii bản địa |
| ☐ Người Philippin | ☐ Samoan |
| ☐ Người Nhật | ☐ Đảo Thái Bình Dương khác |
| ☐ Hàn Quốc | ☐ Người Mỹ da trắng |
| ☐ Người Việt | ☐ Tôi chọn không trả lời |
| ☐ Người châu Á khác | |

Giới tính của bạn là gì? Chọn một đáp án.

- | | |
|---|--|
| ☐ Nữ | ☐ Tôi sử dụng một thuật ngữ khác: _____ |
| ☐ Nam | ☐ Tôi chọn không trả lời |
| ☐ Người phi nhị giới | |

Điều nào sau đây thể hiện đúng nhất cách bạn nghĩ về bản thân mình? Chọn một đáp án

- | | |
|--|--|
| ☐ Đồng tính nữ hoặc đồng tính nam | ☐ Tôi sử dụng một thuật ngữ khác: _____ |
| ☐ Thẳng, nghĩa là không phải đồng tính nam hay nữ | ☐ Tôi không biết |
| ☐ Lưỡng tính | ☐ Tôi chọn không trả lời |

Chọn một đáp án nếu bạn muốn chúng tôi gửi thông tin cho bạn bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh.

- | | |
|--|--|
| ☐ Tiếng Ả Rập | ☐ Tiếng Hàn |
| ☐ Tiếng Mỹ | ☐ Tiếng Punjab |
| ☐ Tiếng Cambuchia | ☐ Tiếng Nga |
| ☐ Tiếng Trung | ☐ Tiếng Tây Ban Nha |
| ☐ Farsi | ☐ Tiếng Tagalog |
| ☐ Tiếng H'Mông | ☐ Tiếng Việt |

Phần 2 – Tất cả các mục đều không bắt buộc điền

Chọn một đáp án nếu bạn muốn chúng tôi gửi thông tin cho bạn ở định dạng có thể truy cập được.

☐ Chữ nổi ☐ Bản in lớn ☐ CD âm thanh ☐ CD dữ liệu

Vui lòng liên hệ với Central Health Medicare Plan theo số 1-866-314-2427 (TTY: 711), nếu quý vị cần thông tin ở định dạng có thể truy cập khác với định dạng được liệt kê ở trên. Giờ làm việc của chúng tôi là 8:00 sáng – 8:00 tối theo giờ PT, 7 ngày trong tuần (Từ ngày 1/10 – 31/3) và từ Thứ Hai – Thứ Sáu (Từ ngày 1/4 – 30/9)

Bạn có công việc không? ☐ Có ☐ Không Vợ/chồng của bạn có công việc không? ☐ Có ☐ Không

Liệt kê danh sách Bác sĩ Chăm sóc Chính (PCP, Tên nhóm bác sĩ, ID), phòng khám hoặc trung tâm y tế của bạn:

Tôi muốn nhận các tài liệu sau qua email. Chọn một hoặc nhiều đáp án

☐ Thông tin/Tài liệu của Thành viên

Địa chỉ email: _____

Thông tin/Tài liệu của Thành viên

Bạn có thể thanh toán phí bảo hiểm chương trình hàng tháng của mình (bao gồm mọi khoản phạt đăng ký muộn mà bạn hiện đang hoặc có thể nợ) qua đường bưu điện mỗi tháng. **Bạn cũng có thể chọn thanh toán phí bảo hiểm của mình bằng cách tự động rút số tiền đó ra khỏi phúc lợi An sinh xã hội hoặc Ủy ban Hưu trí Đường sắt (RRB) mỗi tháng.**

Nếu bạn phải trả Part D- Số tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập Phần D (Part D-IRMAA), bạn phải trả thêm số tiền này ngoài phí bảo hiểm của chương trình. KHÔNG trả tiền cho Central Health Medicare Plan cho Phần D-IRMAA.

Vui lòng chọn mục thanh toán phí bảo hiểm

Nếu bạn không chọn mục thanh toán, bạn sẽ nhận được hóa đơn hàng tháng.

Vui lòng chọn mục thanh toán phí bảo hiểm:

☐ Nhận hóa đơn

☐ Tự động khấu trừ từ séc phúc lợi An sinh xã hội

☐ Tự động khấu trừ từ hoặc Hội đồng hưu trí đường sắt (RRB) hàng tháng của bạn

☐ Thanh toán bằng ACH

Tên chủ tài khoản: _____ Loại tài khoản: ☐ Tài khoản thanh toán ☐ Tài khoản tiết kiệm

Số tài khoản ngân hàng: _____ Số định tuyến ngân hàng: _____

For individuals helping enrollee with completing this form only

Điền vào phần này nếu bạn là cá nhân (tức là đại lý, người môi giới, cố vấn SHIP, thành viên gia đình hoặc các bên thứ ba khác) giúp người đăng ký điền vào đơn này.

Tên: _____ Quan hệ với người đăng ký: _____

Chữ ký: _____ Số cơ sở sản xuất (chỉ dành cho đại lý/nhà môi giới): _____

Đại lý có thể gửi fax các Đơn đăng ký đã điền đầy đủ và các tài liệu liên quan theo số Fax' **1-844-541-6848**

Ngày nhận được đơn đăng ký sẽ là căn cứ để xác định thời gian đăng ký, từ đó sẽ xác định ngày bảo hiểm có hiệu lực.

TUYÊN BỐ ĐẠO LUẬT QUYỀN RIÊNG TƯ

Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) thu thập thông tin từ các chương trình Medicare để theo dõi việc đăng ký người thụ hưởng vào các Chương trình Medicare Advantage (MA), cải thiện dịch vụ chăm sóc và thanh toán các phúc lợi Medicare. Mục 1851 của Đạo luật An sinh Xã hội và 42 CFR §§ 422.50 và 422.60 cho phép thu thập thông tin này. CMS có thể sử dụng, tiết lộ và trao đổi thông tin đăng ký từ những người thụ hưởng Medicare như được chỉ định trong Thông báo Hệ thống Hồ sơ (SORN) “Thuốc theo toa Medicare Advantage (MARx)”, Hệ thống số 09-70-0588. Việc cung cấp thông tin trên biểu mẫu này là hoàn toàn tự nguyện. Tuy nhiên, việc không cung cấp thông tin cũng có thể ảnh hưởng đến việc đăng ký tham gia chương trình.