

Mẫu Đơn Yêu Cầu Ghi Danh Cá Nhân Năm 2027 vào Chương Trình Medicare Advantage

Ai có thể sử dụng mẫu này?

Những người có Medicare muốn tham gia Chương Trình Medicare Advantage

Để tham gia chương trình, quý vị phải:

- Là công dân Hoa Kỳ hoặc có mặt hợp pháp tại Hoa Kỳ
- Sinh sống trong khu vực phục vụ của chương trình

Quan trọng: Để tham gia Chương Trình Medicare Advantage, quý vị cũng phải có cả hai:

- Medicare Phần A (Bảo Hiểm Bệnh Viện)
- Medicare Phần B (Bảo Hiểm Y Tế)

Khi nào tôi sử dụng mẫu này?

Quý vị có thể tham gia chương trình:

- Từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 hàng năm (đối với bảo hiểm bắt đầu từ ngày 1 tháng 1)
- Trong vòng 3 tháng kể từ khi có Medicare lần đầu
- Trong một số trường hợp nhất định khi quý vị được phép tham gia hoặc chuyển đổi chương trình

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

Tôi cần những gì để hoàn thành mẫu này?

- Số Medicare của quý vị (số trên thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh dương của quý vị)

Nhắc nhở:

- Nếu quý vị muốn tham gia chương trình trong đợt ghi danh mở mùa thu (15 tháng 10–7 tháng 12), chương trình phải nhận được mẫu đơn đã hoàn thành của quý vị trước ngày 7 tháng 12.

Điều gì xảy ra tiếp theo?

Gửi mẫu đơn đã hoàn thành và ký tên của quý vị đến:

Community Health Choice
Attn: Medicare Enrollment
PO Box 301413
Houston, TX 77230-9920

Khi họ xử lý yêu cầu tham gia của quý vị, họ sẽ liên hệ với quý vị.

Làm cách nào để tôi được trợ giúp với mẫu đơn này?

Gọi Community Health Choice theo số 1.833.276.8306. Người dùng TTY có thể gọi 711.

Hoặc gọi Medicare theo số 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227). Người dùng TTY có thể gọi 1.877.486.2048.

En español: Llame a Community Health Choice al 1.833.276.8306/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.

Cá nhân đang trong tình trạng vô gia cư

- Nếu quý vị muốn tham gia chương trình nhưng không có nơi cư trú cố định, hộp

Theo Đạo luật Giảm bớt Thủ tục Giấy tờ năm 1995, không ai bắt buộc phải phản hồi việc thu thập thông tin trừ khi nó hiển thị số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho việc thu thập thông tin này là 0938-1378. Thời gian cần thiết để hoàn thành thông tin này ước tính trung bình 20 phút cho mỗi phản hồi, bao gồm thời gian xem xét hướng dẫn, tìm kiếm các nguồn dữ liệu hiện có, thu thập dữ liệu cần thiết, hoàn thành và xem xét việc thu thập thông tin. Nếu quý vị có bất kỳ ý kiến nào về tính chính xác của (các) ước tính thời gian hoặc đề xuất để cải thiện biểu mẫu này, vui lòng viết thư đến: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

QUAN TRỌNG

Không gửi biểu mẫu này hoặc bất kỳ mục nào có thông tin cá nhân của quý vị (chẳng hạn như yêu cầu bồi thường, thanh toán, hồ sơ y tế, v.v.) đến PRA Reports Clearance Office. Bất kỳ mục nào chúng tôi nhận được không liên quan đến việc cải thiện biểu mẫu này hoặc giảm bớt gánh nặng thu thập thông tin (được nêu trong OMB 0938-1378) sẽ bị hủy. Nó sẽ không được lưu giữ, xem xét hoặc chuyển tiếp cho chương trình. Xem "Điều gì xảy ra tiếp theo?" trên trang này để gửi biểu mẫu đã hoàn thành của quý vị cho chương trình.

- Địa chỉ thường trú và số điện thoại của quý vị

Lưu ý: Quý vị phải hoàn thành tất cả các mục trong Phần 1.

Các mục trong Phần 2 là tùy chọn — quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm vì không điền các mục này.

thư bưu điện, địa chỉ của một nơi tạm trú hoặc phòng khám, hoặc địa chỉ nơi quý vị nhận thư (ví dụ: séc an sinh xã hội) có thể được coi là địa chỉ cư trú cố định của quý vị.

Phần 1 – Tất cả các trường trên trang này đều bắt buộc (trừ khi được đánh dấu là tùy chọn)

Chọn chương trình quý vị muốn tham gia:

- ☐ Community DualCare Aligned (HMO D-SNP) 003 Khu vực Harris – \$0 mỗi tháng
☐ Community DualCare Access (HMO D-SNP) 004 Khu vực Jefferson – \$0 mỗi tháng
☐ Community DualCare Aligned Integrated (HMO D-SNP) 005 Quận Harris – \$0 mỗi tháng
Community DualCare Access (HMO D-SNP) 006 Quận Harris – \$0 mỗi tháng
Community DualCare Access (HMO D-SNP) 007 Khu vực Harris – \$0 mỗi tháng

TÊN:	HỌ:	Chữ cái đầu của tên đệm:
Ngày sinh: (THÁNG/NGÀY/NĂM) (/ /)	Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ	Số điện thoại: ()

Địa chỉ đường phố Nơi cư trú thường trú (Không nhập Hộp thư bưu điện. Lưu ý: Đối với những người đang trong tình trạng vô gia cư, Hộp thư bưu điện có thể được coi là địa chỉ cư trú thường trú của quý vị.):

Thành phố:	Quận/Huyện:	Tiểu bang:	Mã ZIP:
------------	-------------	------------	---------

Địa chỉ gửi thư, nếu khác với địa chỉ thường trú của quý vị (Cho phép Hộp thư bưu điện):

Địa chỉ đường phố:

Thành phố:	Quận/Huyện:	Tiểu bang:	Mã ZIP:
------------	-------------	------------	---------

Thông tin Medicare của quý vị:

Số Medicare:

Trả lời những câu hỏi quan trọng này:

Quý vị có bảo hiểm thuốc theo toa khác (như VA, TRICARE) ngoài Community không?

☐ Có ☐ Không

Tên của bảo hiểm khác:	Số thành viên của bảo hiểm này:	Số nhóm của bảo hiểm này:
------------------------	---------------------------------	---------------------------

Quý vị có đăng ký chương trình Medicaid của Tiểu bang không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, vui lòng cung cấp số Medicaid của quý vị: _____

Trả lời những câu hỏi quan trọng sau (tiếp theo):

Vui lòng đọc kỹ các tuyên bố sau đây và đánh dấu vào ô nếu tuyên bố đó áp dụng cho quý vị. Bằng cách đánh dấu vào bất kỳ ô nào sau đây, quý vị xác nhận rằng, theo hiểu biết tốt nhất của mình, quý vị đủ điều kiện tham gia một Giai đoạn Đăng ký. Nếu sau này chúng tôi xác định rằng thông tin này không chính xác, quý vị có thể bị hủy đăng ký.

- ☐ Tôi mới tham gia Medicare.
- ☐ Tôi đang tham gia chương trình Medicare Advantage và muốn thay đổi trong Giai đoạn Đăng ký Mở Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).
- ☐ Tôi mới chuyển ra ngoài khu vực phục vụ của chương trình hiện tại hoặc tôi mới chuyển nhà và có các lựa chọn mới dành cho tôi. Tôi đã chuyển vào (điền ngày) _____.
- ☐ Tôi mới được thả khỏi nơi giam giữ. Tôi được trả tự do vào (điền ngày) _____.
- ☐ Gần đây tôi đã trở về Hoa Kỳ sau khi sinh sống lâu dài bên ngoài Hoa Kỳ. Tôi trở về Hoa Kỳ vào (điền ngày) _____.
- ☐ Tôi mới có tình trạng cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ. Tôi có tình trạng này kể từ (điền ngày) _____.
- ☐ Gần đây tôi có thay đổi về Medicaid (mới được hưởng Medicaid, thay đổi mức hỗ trợ Medicaid hoặc mất Medicaid) vào (điền ngày) _____.
- ☐ Gần đây tôi có thay đổi về Extra Help để chi trả bảo hiểm thuốc kê đơn Medicare (mới nhận được Extra Help, thay đổi mức Extra Help hoặc mất Extra Help) vào (điền ngày) _____.
- ☐ Tôi có Medicare và được hưởng đầy đủ các quyền lợi Medicaid. Tôi muốn tham gia hoặc chuyển sang một chương trình phối hợp bảo hiểm giữa các chương trình chăm sóc được quản lý Medicare và Medicaid của tôi (gọi là Chương trình Nhu cầu Đặc biệt Đủ điều kiện Kép tích hợp Dual Eligible Special Needs Plan, (D-SNP)).
- ☐ Gần đây tôi đã rời chương trình PACE vào (điền ngày) _____.
- ☐ Tôi đang chuyển vào, đang sống trong, hoặc mới chuyển ra khỏi một Cơ sở Chăm sóc Dài hạn (ví dụ: viện dưỡng lão hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn). Tôi đã/sẽ chuyển vào/ra khỏi cơ sở vào (điền ngày) _____.
- ☐ Gần đây tôi đã bị mất bảo hiểm thuốc kê đơn đủ điều kiện tín nhiệm một cách không tự nguyện (bảo hiểm tốt tương đương Medicare). Tôi mất bảo hiểm thuốc kê đơn vào (điền ngày) _____.
- ☐ Tôi sẽ ngừng tham gia bảo hiểm của chủ lao động hoặc công đoàn vào (điền ngày) _____.
- ☐ Tôi đang tham gia một Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm đủ điều kiện của Tiểu bang, hoặc tôi sẽ mất hỗ trợ từ Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm của Tiểu bang vào (điền ngày) _____.
- ☐ Chương trình của tôi sẽ chấm dứt hợp đồng với Medicare, hoặc Medicare sẽ chấm dứt hợp đồng với chương trình của tôi vào (điền ngày) _____.

- ☐ Tôi đã được Medicare (hoặc tiểu bang của tôi) ghi danh vào một chương trình và tôi muốn chọn một chương trình khác. Việc ghi danh của tôi vào chương trình đó bắt đầu vào (điền ngày) _____.
- ☐ Tôi đã được ghi danh vào Chương trình Nhu cầu Đặc biệt (Special Needs Plan, SNP) nhưng tôi đã mất điều kiện nhu cầu đặc biệt cần thiết để tham gia chương trình đó. Tôi bị hủy ghi danh khỏi SNP vào (điền ngày) _____.
- ☐ Tôi đã bị ảnh hưởng bởi tình trạng khẩn cấp hoặc thảm họa lớn (theo tuyên bố của Cơ quan Quản lý Khẩn cấp Liên bang (Federal Emergency Management Agency, FEMA) hoặc bởi một cơ quan chính phủ Liên bang, tiểu bang, hoặc địa phương. Một trong những tuyên bố khác ở đây áp dụng cho tôi, nhưng tôi không thể thực hiện ghi danh vì thảm họa.
- ☐ Tôi đủ điều kiện tham gia Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt vì _____.

QUAN TRỌNG: Đọc và ký tên bên dưới:

- Tôi phải duy trì cả Bảo hiểm Bệnh viện (Phần A) và Bảo hiểm Y tế (Phần B) để tiếp tục tham gia Community DualCare Aligned (HMO D-SNP) hoặc Community DualCare Access (HMO D-SNP).
- Bằng cách tham gia Medicare Advantage này, tôi xác nhận rằng Community Health Choice sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare, cơ quan có thể sử dụng thông tin đó để theo dõi việc ghi danh của tôi, thực hiện các khoản thanh toán và cho các mục đích khác được luật Liên bang cho phép ủy quyền việc thu thập thông tin này (xem Tuyên bố Đạo luật Quyền riêng tư bên dưới). Việc quý vị phản hồi mẫu đơn này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không phản hồi có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.
- Tôi hiểu rằng tôi chỉ có thể được ghi danh vào một chương trình MA tại một thời điểm – và việc ghi danh vào chương trình này sẽ tự động chấm dứt việc ghi danh của tôi vào một chương trình MA khác (áp dụng ngoại lệ cho các chương trình MA PFFS, MA MSA).
- Tôi hiểu rằng khi bảo hiểm Community DualCare Aligned (HMO D-SNP) hoặc Community DualCare Access (HMO D-SNP) của tôi bắt đầu, tôi phải nhận tất cả các quyền lợi y tế và thuốc kê đơn của mình từ Community Health Choice. Các quyền lợi và dịch vụ do Community DualCare Aligned (HMO D-SNP) hoặc Community DualCare Access (HMO D-SNP) cung cấp và có trong tài liệu "Bằng chứng Bảo hiểm" của tôi (còn được gọi là hợp đồng thành viên hoặc thỏa thuận với người đăng ký) sẽ được bảo hiểm. Cả Medicare lẫn Community Health Choice đều sẽ không thanh toán cho các quyền lợi hoặc dịch vụ không được bảo hiểm.
- Thông tin trên đơn ghi danh này là chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố ý cung cấp thông tin sai lệch trên biểu mẫu này, tôi sẽ bị hủy ghi danh khỏi 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 có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu nội dung của đơn đăng ký này. Nếu được ký bởi người đại diện được ủy quyền (như mô tả ở trên), chữ ký này xác nhận rằng:
 - 1) Người này được ủy quyền theo luật Tiểu bang để hoàn thành việc ghi danh này, và
 - 2) Tài liệu chứng minh quyền hạn này sẽ được cung cấp theo yêu cầu của Medicare.

Chữ ký:

Ngày hôm nay:

Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, hãy ký tên ở trên và điền vào các trường sau:

Tên:

Địa chỉ:

Số điện thoại:

Mối quan hệ với người ghi danh:

Phần 2 – Tất cả các trường trong phần này là tùy chọn

Việc trả lời những câu hỏi này là lựa chọn của quý vị. Quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm vì không điền vào các câu hỏi này.

Chọn một mục nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh.

- ☐ Không áp dụng
- ☐ Tiếng Tây Ban Nha
- ☐ Tiếng Việt

Chọn một mục nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin ở định dạng dễ tiếp cận.

- ☐ Chữ nổi Braille
- ☐ Bản in khổ lớn
- ☐ Đĩa CD âm thanh
- ☐ CD dữ liệu
- ☐ Không có

Vui lòng liên hệ Community Health Choice theo số 1.833.276.8306 nếu quý vị cần thông tin ở định dạng dễ tiếp cận khác với những định dạng được liệt kê ở trên. Giờ làm việc của chúng tôi là từ 8:00 sáng đến 8:00 tối, 7 ngày trong tuần từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, và từ 8:00 sáng đến 8:00 tối, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9. Người dùng TTY có thể gọi 711.

Quý vị có đi làm không? ☐ Có ☐ Không Vợ/chồng của quý vị có đi làm không? ☐ Có ☐ Không

Liệt kê Bác sĩ Chăm sóc Chính (Primary Care Physician, PCP), phòng khám hoặc trung tâm y tế của quý vị:

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

- ☐ Bằng chứng Bảo hiểm (Evidence of Coverage, EOC)
- ☐ Danh bạ Nhà cung cấp
- ☐ Danh sách Thuốc (Danh mục Thuốc)

Chỉ dành cho những cá nhân hỗ trợ người ghi danh hoàn thành mẫu đơn này	
Hoàn thành phần này nếu quý vị là cá nhân (tức là đại lý, người môi giới, cố vấn SHIP, thành viên gia đình hoặc các bên thứ ba khác) đang giúp người ghi danh điền vào biểu mẫu này.	
Tên:	Mối quan hệ với người ghi danh:
Chữ ký:	NPN của Nhà môi giới (Chỉ dành cho Đại lý/Nhà môi giới):
Chỉ dùng cho Văn phòng Tên của nhân viên/đại lý/nhà môi giới (nếu hỗ trợ ghi danh): NPN của Nhà môi giới: _____ ID Chương trình: _____ Ngày có hiệu lực của bảo hiểm: _____ ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (loại): _____ Không đủ điều kiện: _____	

TUYÊN BỐ VỀ ĐẠO LUẬT QUYỀN RIÊNG TƯ

Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) thu thập thông tin từ các chương trình Medicare để theo dõi việc ghi danh của người thụ hưởng vào các Chương trình Medicare Advantage (MA), cải thiện chất lượng chăm sóc và thanh toán các quyền lợi Medicare. Mục 1851 và 1860D-1 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 dữ liệu ghi danh từ những người thụ hưởng Medicare theo quy định trong Thông báo về Hệ thống Hồ sơ (System of Records Notice, SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Hệ thống Số 09-70-0588. Việc quý vị phản hồi mẫu đơn này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không phản hồi có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.