

投保

Wellcare Fidelis Dual Align (HMO D-SNP) 的個人投保申請表

OMB No. 0938-1378

Expires: 12/31/2026



By

FIDELIS CARE®



在此檢查您的申請狀態：

wellcare.com/applicationtracker

誰可以使用此表單？

想要加入 Medicare Advantage 計劃的
Medicare 投保人

若要加入計畫，您必須：

- 是美國公民或能合法居留美國
- 居住於計畫服務區域

重要事項：若要加入 Medicare Advantage 計畫，您必須同時享有：

- Medicare Part A（住院保險）
- Medicare B 部分（醫療保險）

何時要使用此表單？

您在以下情況可以加入計畫：

- 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日（從 1 月 1 日開始承保）
- 首次獲得 Medicare 後 3 個月內
- 在您獲准加入或轉換計畫的某些情況下

如需瞭解您何時可以註冊加入計畫的更多資訊，請造訪 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)。

需要包含哪些內容以完成此表單？

- 您的 Medicare 號碼（在您的紅色、白色和藍色 Medicare 卡上的號碼）
- 您的永久地址和電話號碼

注意：您必須完成標示星號 (*) 的所有問題。未標示星號 (*) 的問題為選填 – 您不會因為未填寫這些內容而被拒絕承保。



您是否曾經考慮改為在

go.wellcare.com/FidelisNJ 投保？這是快速、安全且簡單的申請方式。

提醒：

- 如果您想在秋季開放投保期間（10 月 15 日至 12 月 7 日）加入計畫，該計畫必須在 12 月 7 日前收到您填妥的表單。

接下來怎麼辦？

將填妥並簽名的表單寄送至：

Wellcare
P.O. Box 31395
Tampa, FL
33631-3395

他們處理您的加入要求後，即會與您聯絡。

如何取得填寫此表單的協助？

請致電 **1-844-917-0175** 與 Wellcare Fidelis Dual Align 聯絡。
TTY 使用者請致電 **711**。

或請致電 Medicare，電話號碼為：**1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**。TTY 使用者請致電 **1-877-486-2048**。

無家可歸者

- 如果您想要加入某項計畫，但沒有永久居住地，則郵政信箱、庇護所或診所的地址或您接收郵件（例如社會安全支票）的地址可被視為您的永久居住地址。

重要事項

請勿將本表單或任何包含您個人資訊（例如理賠、付款、醫療記錄等）的物品發送給 PRA 報告審查辦公室。若我們收到與如何改善本表單或與資訊收集負擔（如 OMB 0938-1378 所述）無關的任何物品，我們會將其銷毀。我們將不會保留、審查該物品，也不會將其轉交給計畫。請參閱此頁面上的「接下來怎麼辦？」，將填妥的表單寄送至本計畫。

2026 Wellcare Fidelis Dual Align (HMO D-SNP) 個人投保表單

如果您需要其他語言版本或格式（盲文）的資訊，請與 Wellcare Fidelis Dual Align 聯絡。

— 標示星號 (*) 的所有欄位都為必填。 —

如欲投保 Wellcare Fidelis Dual Align，請提供下列資訊：

個人資訊：

☐ 先生 ☐ 夫人 ☐ 女士 *姓氏：

*名字： 中間名縮寫：

*性別：☐ 男 ☐ 女 *出生日期：(MMDDYYYY)

聯絡資訊：

電話類型：☐ 手機 ☐ 其他 *主要電話號碼：

電話類型：☐ 手機 ☐ 其他 次要電話號碼：

電子郵件地址：

無紙化。許多計畫文件都以數位格式提供。

若要透過電子郵件接收計畫文件，請在此處勾選：☐

首選聯絡方式：☐ 電話 ☐ 簡訊 ☐ 電子郵件

(請注意，我們可能會以所選的「首選聯絡方式」之外的方式傳送通訊)

(請勿填寫郵政信箱。注意：對於無家可歸的個人，郵政信箱可被視為您的永久居住地址。):

☐ 無家可歸者

*永久居住地址：

郡：

*城市： *州：

*郵遞區號：

*郵寄地址：（僅在與永久居住地址不同時填寫，可填寫郵政信箱）

*街道地址：

*城市： *州：

*郵遞區號：

持照代表：

緊急聯絡資訊（選填）：

緊急聯絡人：

電話號碼： 與您的關係：

您的 Medicare 資訊

*Medicare 號碼：

請閱讀並回答這些重要問題：

*1. 除了 Wellcare Fidelis Dual Align 之外，您是否還會有其他處方藥承保（例如 VA、TRICARE）？

☐ 是 ☐ 否

*其他保險的名稱：

*此保險的保戶編號：

*此保險的團體編號：

2. 您是否居住在長期照護設施，如護理院？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答「是」，請提供以下資訊：

機構名稱：

機構地址（號碼和街道）：

城市： 州：

郵遞區號：

電話號碼：

*3. 請提供您的 Medicaid ID 號碼：

請附上 Medicaid 號碼。遺漏 Medicaid 號碼可能會導致延遲處理申請並可能拒絕申請。

4. 您或您的配偶是否有工作？ ☐ 是 ☐ 否

4635330 NJ6WCMAPPCHI M 0000

重要事項：請閱讀並簽署以下內容：

- 我必須同時保留住院 (Part A) 和醫療 (Part B) 保險才能繼續參加 Wellcare Fidelis Dual Align。
- 加入此 Medicare Advantage 計畫，即代表我知悉 Wellcare Fidelis Dual Align 會與 Medicare 分享我的資訊，他們會用此來追蹤我的投保、付款，並針對其他聯邦法律允許的用途，授權收集此類資訊（請參閱以下的隱私法聲明）。您對此表單的作答出於自願。但是，如果沒有回答，則可能會影響投保該計畫。
- 我了解，只能在同一時間投保一項 MA 或 Part D 計畫，並且投保本計畫便會自動終止我在其他 MA 或 Part D 計畫的投保（MA PFFS、MA MSA 計畫除外）。
- 本人瞭解，從我的 Wellcare Fidelis Dual Align 承保開始時，我即必須透過 Wellcare Fidelis Dual Align 取得所有的醫療和處方藥福利。由 Wellcare Fidelis Dual Align 所提供以及我的 Wellcare Fidelis Dual Align「承保證明」文件（亦稱為保戶合約或投保人協議）中所述的福利和服務將屬於承保範圍。無論是 Medicare 或 Wellcare Fidelis Dual Align 皆不會給付未承保的福利或服務。
- 據本人所知，本投保申請書上的資訊皆正確無誤。本人瞭解，如果本人在本表中蓄意提供不實資訊，本人將會遭到本計劃的退保。
- 本人瞭解，本人（或取得本人授權的法定代理人）在本申請表上簽名，即表示本人已經閱讀並理解本申請表的內容。如果是由授權代表人員（如上所述）簽名，此簽名證實：
 1. 此人已按州法律規定取得授權可填寫本投保申請表，且
 2. 可在 Medicare 要求時提供此授權之證明文件。

簽署本文件即代表本人證明，據本人所知所信，本人所提供的資訊均屬實、完整且正確。本人瞭解如果這些資訊被判定有誤，本人可能會遭到退保。

簽名：_____ 今天的日期：

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

投保期間資格證明

一般而言，您可以在每年 10 月 15 日到 12 月 7 日的年度投保期投保 Medicare Advantage 計畫。有些例外情形可能可讓您在這段時間以外的其他時間投保 Medicare Advantage 計畫。如果這是您首次利用 Medicare 福利，且您年滿 65 歲已超過 90 天，則「我是 Medicare 的新保戶」特殊選擇期 (SEP) 不適用，因此請選擇下方適當的 SEP。

請仔細閱讀以下聲明，如果聲明符合您的情況，請勾選方塊。勾選下列任一方塊即表示，盡您所知，您符合投保期間的資格。如果我們日後確定此資訊不正確，您可能會被退保。

如果您勾選的聲明需要加註日期，請按以下格式填寫：MMDDYYYY

請閱讀以下所有聲明再進行選擇。

1. ☐ 我是 Medicare 的新保戶。
*請僅在以下情況勾選：1. 新獲得資格；2. 您將在 90 天內年滿 65 歲，或者您在過去 90 天內剛年滿 65 歲；3. 新的福利受益人；4. 新符合資格，但之前剛因殘障獲得 Medicare。
*如果您的雇主承保最近終止，並且這是您首次使用 Medicare，請選擇下面的「我離開了雇主或工會的承保」SEP。
2. ☐ 年度投保期 (AEP) 為每年的 10 月 15 日至 12 月 7 日。
3. ☐ 我已參加 Part A/D，最近剛投保 Part B。我希望投保 MA 計畫。
4. ☐ 我是 Medicare 的新保戶，並在我的 Part A 和/或 Part B 保險開始生效後被通知獲得 Medicare。我收到通知的日期是
5. ☐ 我一直都有 Medicare，但即將年滿 65 歲。
6. ☐ 我已投保 Medicare Advantage 計畫，並希望在 Medicare Advantage 開放投保期 (MA OEP) 內進行變更。
7. ☐ 我最近搬離目前計畫的服務區域，或者我剛搬家，而本計畫是我的新選項。我的搬家日期是
8. ☐ 我在國外生活後搬回美國。我回到美國的日期是
9. ☐ 我剛出獄。我的獲釋日期是
10. ☐ 我最近取得了美國合法居留身分，我取得改身分的日期是
11. ☐ 我住在長期照護設施，例如護理院或復健醫院。
*注意：必須在表單上填寫長期照護設施資訊。
12. ☐ 我最近搬出了長期照護設施，例如護理院或復健醫院。*注意：必須在表單上填寫長期照護設施資訊。
我搬出該機構的日期是
13. ☐ 我離開雇主或工會提供的保險（包括 COBRA 保險）的日期是
14. ☐ 我失去了其他與 Medicare 藥物承保相同的非 Medicare 藥物承保（可信承保），或我的其他非 Medicare 承保已變更，不再被視為可信承保。我失去承保的日期是
15. ☐ 我目前的計畫在下一合約年度將不再續約
*注意：此 SEP 僅在 12/8 至翌年 2 月底期間有效。
16. ☐ 我失去了保險，因為 Medicare 終止了與我計畫的合約。我收到 Medicare 的信函，表示我可以參加其他計畫。我失去承保的日期是
17. ☐ 我取消了 PACE（年長者全套照護計畫）計畫的承保。我離開該計畫的日期是
18. ☐ 我失去了特殊需求計畫，因為我不再具備該計畫所需的特殊需求狀態。我從 SNP 退保的日期是

持照代表：

19. ☐ 我想要加入針對我的慢性病自訂福利的特殊需求計畫。
20. ☐ 我被判定不符合慢性病特殊需求計畫 (CSNP) 的資格，並想投保其他計畫。
我收到通知的日期是
21. ☐ 我最近變更我的 Medicaid（新加入 Medicaid、Medicaid 等級變更或失去 Medicaid），日期為 。
22. ☐ 我最近在藥物費用額外幫助 (Extra Help) 支付方面有所變更（新近獲得額外幫助、額外幫助等級變更，或失去額外幫助），日期為 。
23. ☐ 我已投保由 Medicare（或我的所在州）提供的計畫，我希望另選計畫。我投保的計畫生效日期是 。
24. ☐ 我加入了州藥物協助計畫。
25. ☐ 我將失去州藥物協助計畫的幫助。
我失去幫助的日期是 。
26. ☐ 我或協助我作健康照護決定的人受到緊急情況或重大災難（如聯邦緊急管理機構或聯邦、州或地方政府所聲明）的影響。本頁的其中一項說明適合我，但因災難事件使我無法申請。
我錯過投保期的原因是：
27. ☐ 我投保了 5 星 Medicare 計畫。
28. ☐ 我參加的計畫在過去 3 年的星級評級都低於 3 星。我想加入星級評等為 3 星或更高的計畫。
29. ☐ 我參加的計畫最近因為財務問題而被州政府接管（進入接管程序）。我想轉換到另一個計畫。
30. ☐ 我要求提供無障礙格式的資料，但沒有及時收到。我想投保，因為我有時間作出投保決定。我先前要求的無障礙格式是：
*注意：無障礙格式包括但不限於盲文版、資料 CD、大字版。
31. ☐ 我支付 Part A 的保費，並在一般投保期間（每年 1 月 1 日至 3 月 31 日）投保 Part B。我想加入 Medicare 藥物計畫 (Part D) 或包含藥物承保的 Medicare Advantage 計畫。
32. ☐ 我在因特殊情況而符合資格的特殊投保期內投保 Part A（醫院保險）或 Part B（醫療保險）。
33. ☐ 我投保了 WellCare/Centene Medicaid 計畫，並希望加入 WellCare/Centene 完全整合 D-SNP (FIDE SNP)、高度整合 D-SNP (HIDE D-SNP) 或適用整合計畫 (AIP)。

Wellcare Fidelis Dual Align (HMO D-SNP) 是一項與 Medicare 簽有合約並與 New Jersey Medicaid 計畫簽有合約的完全整合式雙重資格特殊需求計畫。能否投保 Wellcare Fidelis Dual Align 視契約續簽情況而定。

本計畫適用於那些同時有 Medicare 和 Medicaid 全額給付的人士。

有關詳細資訊，請與 Wellcare 聯絡。

根據 1995 年的《紙本作業減量法案》(Paperwork Reduction Act)，除非顯示有效的 OMB 控管編號，否則不得要求任何人回覆資訊蒐集。本資訊蒐集的有效 OMB 控管編號是 0938-1378。完成本資訊所需時間預估為每次回覆平均 20 分鐘，其中包括檢閱說明、搜尋現有資料資源、收集所需資料以及填寫和檢查資訊收集表所需的時間。如果您對時間預估的準確性有任何意見或者您有可以改善本表格的建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

隱私法聲明美國醫療服務中心(CMS) 會收集 Medicare 計畫的資訊，以追蹤在 Medicare Advantage (MA) 計畫中的受益人投保、改善照護以及支付 Medicare 福利。社會安全法案第 1851 節和第 1860D-1 節，以及 42 CFR § § 422.50 和 422.60 授權收集此資訊。CMS 可以使用、揭露和交換 Medicare 受益人的投保資料，如記錄系統通知 (SORN) 的「Medicare Advantage 處方藥 (MARx)」，系統編號 09-70-0588 中所指定。您對此表單的作答出於自願。但是，如果沒有回答，則可能會影響投保該計畫。

