

개인 가입 - Wellcare Fidelis Dual Align (HMO D-SNP) 가입 신청

OMB No. 0938-1378
Expires: 12/31/2026



By
FIDELIS CARE



여기에서 신청 상태를 확인하십시오:
[wellcare.com/applicationtracker](https://www.wellcare.com/applicationtracker)

본 양식 사용 대상

Medicare Advantage 플랜 가입을 희망하는
Medicare 가입자

플랜 가입 자격:

- 미국 시민 또는 합법적인 미국 거주자
- 플랜의 서비스 지역 거주자

중요: Medicare Advantage 플랜에 가입하려면
다음 두 가지에 모두 가입되어 있어야 합니다.

- Medicare Part A(병원 보험) 가입자
- Medicare Part B(의료 보험) 가입자

본 양식 사용 가능 기간

플랜 가입 가능 기간:

- 매년 10월 15일~12월 7일까지(보험 적용은
1월 1일부터)
- Medicare 최초 가입 후 3개월 이내
- 기타 플랜 가입 또는 변경이 가능한 경우

Medicare.gov에서 플랜 가입이 가능한 기간에
대해 확인하실 수 있습니다.

본 양식 작성에 필요한 사항

- Medicare 번호(가입자가 소지한 적색, 흰색,
청색의 Medicare 카드에 기재된 번호)
- 영구 거주지 주소와 전화번호

참고: 별표(*)가 표시된 질문은 필수 기재
사항입니다. 별표(*)가 표시되지 않은 질문은
선택 기재 사항입니다. 기재하지 않아도 보장
거절 여부에 영향을 주지 않습니다.



go.wellcare.com/FidelisNJ에서 가입하는
것에 대해 생각해 보셨나요? 빠르고
안전하며 쉽게 신청할 수 있는 방법입니다.

주의:

- 가을 가입 기간(10월 15일~12월 7일) 중에 가입을
희망하시는 경우, 작성 완료하신 양식을 12월 7일까지
제출하셔야 합니다.

다음은 어떻게 진행되나요?

작성과 서명을 마친 양식을 아래의 주소로 발송하여
주십시오.

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

가입 요청이 처리되면 연락드리겠습니다.

양식 작성과 관련하여 도움이 필요하신 경우

1-844-480-0680번으로 Wellcare Fidelis Dual Align에
전화하십시오. TTY 사용자는 **711**번으로 전화하시면
됩니다.

또는 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**
번으로 Medicare에 전화하십시오. TTY 사용자는
1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

노숙자

- 플랜에 가입하고 싶지만 영구 거주지 주소가 없는
경우, 우체국 사서함, 보호소나 진료소 주소 또는 우편
(예: 사회 보장 수표)을 받는 주소가 영구 거주지 주소로
간주될 수 있습니다.

중요

본 양식이나 귀하의 개인 정보(보험금 청구 내역, 지급 내역, 의료 기록 등)를 PRA Reports Clearance Office에
함께 보내지 마십시오. 당사는 이 양식이나 그 수집 부담(OMB 0938-1378에 설명되어 있음)을 개선하는
방법과 관련 없는 사항을 받으면 폐기합니다. 보관, 검토하거나 플랜에 전달하지 않습니다. “다음 단계
보기”에서 본 페이지를 참조하여 작성한 양식을 플랜으로 보냅니다.

2026 WELLCARE FIDELIS DUAL ALIGN (HMO D-SNP) INDIVIDUAL ENROLLMENT FORM

정보를 다른 언어 또는 형식(점자)으로 받으시려면 Wellcare Fidelis Dual Align으로 연락하시기 바랍니다.

— 별표(*)가 표시된 난은 필수 기재 사항입니다. —

Wellcare Fidelis Dual Align에 가입하려면, 다음 정보를 제공해 주십시오.

개인 정보:

☐ Mr. ☐ Mrs. ☐ Ms. *성:

*이름: 중간 이름:

*성별: ☐ 남 ☐ 여 *생년월일: (MMDDYYYY)

연락처 정보:

전화 유형: ☐ 휴대폰 ☐ 기타 *기본 전화번호:

전화 유형: ☐ 휴대폰 ☐ 기타 대체 전화번호:

이메일 주소:

종이 대신 디지털 양식 사용. 많은 플랜 문서가 디지털 형식으로 제공됩니다.

이메일로 플랜 문서를 받으시려면 여기에 체크 표시하십시오. ☐

선호하는 연락 방법: ☐ 전화 통화 ☐ 문자 메시지 ☐ 이메일

(‘선호하는 연락 방법’ 외의 방법으로도 의사소통이 이루어질 수 있습니다)

(사서함 기재 불가. 참고: 노숙자의 경우 사서함이 영구 거주지 주소로 간주될 수 있음): ☐ 노숙자

*영구 거주지 번지 주소:

카운티:

*시: *주: *우편번호:

*우편 주소: (영구 거주지 번지 주소와 다른 경우에만, 사서함 기재 가능)

*번지 주소:

*시: *주: *우편번호:

공인 판매원:

비상 연락 정보(선택 사항):

비상 연락처:

전화번호: 가입자와의 관계:

귀하의 Medicare 정보

*Medicare 번호:

다음 중요 질문을 읽고 답변해 주십시오.

*1. Wellcare Fidelis Dual Align 외에 다른 처방약 보장(예: VA, TRICARE)을 가지고 계십니까?

☐ 예 ☐ 아니오

*다른 보험의 명칭:

*이 보장의 가입자 번호:

*이 보장의 그룹 번호:

2. 귀하는 요양원과 같은 장기 치료 시설에 거주하고 계십니까? ☐ 예 ☐ 아니오

“예”인 경우, 다음 정보를 기재해 주십시오.

기관명:

기관 주소(번지수 및 거리 이름):

시: 주: 우편번호:

전화번호:

*3. Medicaid ID 번호를 알려 주십시오:

Medicaid 번호를 포함해 주십시오. Medicaid 번호가 누락되면 가입 절차가 지연되거나 가입 거절이 될 수 있습니다.

4. 귀하 또는 귀하의 배우자는 일을 하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오

공인 판매원:

중요: 다음을 읽고 서명해 주십시오.

- 본인은 Wellcare Fidelis Dual Align 가입 상태를 유지하기 위해 병원(파트 A)과 의료(파트 B) 보험을 유지해야 합니다.
 - Medicare Advantage 플랜에 가입함으로써 Wellcare Fidelis Dual Align이 가입 확인, 보험금 지급을 위해 그리고 연방법에서 허용하는 본 정보 수집을 승인하는 기타 목적을 위해 Medicare와 본인의 정보를 공유할 수 있음을 인정합니다(아래의 개인정보 보호법 참조). 본 양식에 대한 가입자의 기재는 자발적인 것입니다. 그러나 기재하지 않으면 플랜 가입에 영향을 미칠 수 있습니다.
 - 한 번에 하나의 MA 또는 파트 D 플랜만 가입할 수 있으며, 본 플랜에 가입하면 다른 MA 또는 파트 D 플랜의 서비스가 자동으로 종료된다는 점을 알고 있습니다(MA PPFS, MA MSA 플랜에는 예외가 적용됩니다).
 - Wellcare Fidelis Dual Align 보장이 시작되면 의료 및 처방약 혜택을 Wellcare Fidelis Dual Align으로부터 받아야 함을 알고 있습니다. Wellcare Fidelis Dual Align이 제공하고 본인의 Wellcare Fidelis Dual Align ‘보장 범위 증명서’ 문서(가입자 계약서 또는 보험증서라고도 함)에 포함된 혜택 및 서비스가 보장됩니다. Medicare 및 Wellcare Fidelis Dual Align 둘다 보장되지 않는 혜택 또는 서비스에 대해 지급하지 않습니다.
 - 이 가입 양식에 기재된 정보는 사실이며 정확합니다. 본인은 이 양식에 고의로 허위 정보를 제공할 시에는 플랜에서 탈퇴될 수 있음을 알고 있습니다.
 - 이 신청서에 기재된 본인의 서명(또는 본인을 대신하도록 위임받은 자의 서명)은 본인이 이 신청서를 읽고 그 내용을 이해하였음을 의미한다는 점을 알고 있습니다. 위임된 대리인(상기 기술된 바)이 서명을 한 경우, 이 서명은 다음을 증명합니다.
1. 이 사람은 주 법에 따라 이 가입서를 작성할 권한을 부여 받았고
 2. 이 위임장은 Medicare의 요청이 있으면 확인할 수 있습니다.

본인은 이 문서에 서명하고 제출함으로써 본 문서에 제공된 정보가 본인이 알고 믿는 한 사실이고 완전하며 정확하다는 것을 증명합니다. 본인은 이 정보가 정확하지 않은 것으로 판단되는 경우 탈퇴 처리될 수 있음을 알고 있습니다.

서명: _____ 오늘 날짜:

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

가입 기간 동안의 자격 증명

일반적으로, 매년 10월 15일부터 12월 7일까지 연례 등록 기간 동안에만 Medicare Advantage 플랜에 가입하실 수 있습니다. 이 기간 외의 시점에 Medicare Advantage 플랜에 가입할 수 있도록 허용하는 예외가 있습니다. Medicare 혜택 이용이 처음이고 만 65세가 된 지 90일이 넘은 경우, “Medicare 신규 가입자입니다.” SEP는 적용되지 않으므로 아래에서 적절한 SEP를 선택해 주십시오.

다음 진술을 주의 깊게 읽고 귀하에게 해당되는 칸을 선택해 주십시오. 다음 중 어느 것이라도 기재를 하시면, 알고 계신 바에 따라 귀하는 가입 기간 동안 자격이 있음을 증명하는 것입니다. 추후에 이 정보가 정확하지 않은 것으로 판단되면, 귀하는 탈퇴 처리될 수도 있습니다.

선택하신 진술에서 날짜가 필요한 경우에는 다음의 형식을 사용하십시오. MMDDYYYY

선택하기 전에 아래의 모든 내용을 읽어보시기 바랍니다.

공인 판매원:

--	--	--	--	--	--	--	--

1. ☐ 본인은 Medicare에 신규로 가입합니다.
*1번인 경우에만 선택해 주십시오. 2. 만 65세가 된 지 90일 이내이거나 최근 90일 이내에 만 65세가 됨. 3. 신규 혜택 수혜자임. 4. 새로 적격자가 되었지만, 이전에는 장애로 인해 Medicare 혜택을 받았음.
*최근에 고용주를 통한 보험이 종료되어 Medicare를 처음 이용하게 되었다면, 아래 "고용주 또는 노조 보험이 종료되었습니다." SEP를 선택하여 주십시오.
2. ☐ 연례 등록 기간(AEP) 매년 10월 15일부터 12월 7일까지.
3. ☐ 파트 A/D가 있으며, 최근 파트 B에 가입했습니다. MA 플랜 가입을 희망합니다.
4. ☐ 본인은 Medicare에 신규로 가입하며, 파트 A 및/또는 파트 B의 보장이 시작된 후에 Medicare에 대한 통지를 받았습니다. 본인은 다음 날짜에 통지를 받았습니다:
5. ☐ 본인은 지금까지 Medicare 혜택을 받았지만 곧 65세가 됩니다.
6. ☐ Medicare Advantage 플랜에 등록되어 있으며 Medicare Advantage 공개 등록 기간(MA OEP)에 변경하고 싶습니다.
7. ☐ 본인은 본인의 현재 플랜의 서비스 지역 밖인 새로운 주소로 이사를 갔거나 최근에 이사를 와서 이 플랜을 새로 선택하는 것입니다. 본인이 이사한 날짜는 다음과 같습니다:
8. ☐ 본인은 외국에서 살다가 미국으로 다시 돌아왔습니다. 미국으로 돌아온 날짜는 다음과 같습니다:
9. ☐ 본인은 감옥에서 석방되었습니다. 석방 날짜는 다음과 같습니다
10. ☐ 본인은 최근에 합법적인 미국 체류자 신분을 취득했습니다. 신분 취득일은 다음과 같습니다
11. ☐ 본인은 요양원 또는 재활 병원과 같은 장기 간병 시설에 거주하고 있습니다.
*참고: 서식에 장기 요양 시설 정보를 작성해야 합니다.
12. ☐ 본인은 최근에 요양원 또는 재활 병원과 같은 장기 간병 시설에서 퇴소했습니다.
*참고: 서식에 장기 요양 시설 정보를 작성해야 합니다.
시설에서 퇴소한 날짜는 다음과 같습니다:
13. ☐ 고용주 또는 조합(통합 일괄 예산 조정법(COBRA) 보장 포함) 보장에서 탈퇴한 날짜는 다음과 같습니다:
14. ☐ Medicare 처방약 보장(신뢰할 만한 보장) 만큼 좋은 기타 비 Medicare 처방약 보장을 상실했거나 본인의 기타 비 Medicare 보장이 변경되었고 더 이상 신뢰할 수 있는 것으로 간주되지 않습니다. 보장을 상실한날짜는 날짜는 다음과 같습니다:
15. ☐ 본인의 기존 플랜이 다음 계약 연도에 갱신되지 않습니다.
*참고: 이 SEP는 12/8부터 2월 마지막 날까지만 유효합니다.

- *참고: 장애인용 형식에는 한글 점자, 데이터 CD, 큰 활자 등이 포함됩니다.

공인 판매원 ID:

상담 범위 확인서 확인 번호:

공인 판매원 전화번호:

플랜 ID 번호: H 보장 발효일:
M M D D Y Y Y Y

플랜 명칭:

Wellcare Fidelis Dual Align (HMO D-SNP)는 Medicare와 계약을 맺고 있으며 New Jersey Medicaid 프로그램과 계약 관계에 있는 이중 적격 특별 요구 플랜입니다. Wellcare Fidelis Dual Align 가입은 갱신한 계약을 따릅니다.

이 플랜은 Medicare와 완전한 Medicaid 혜택을 모두 받는 가입자에게 제공됩니다.

자세한 내용은 Wellcare에 문의해 주십시오.

1995년 문서 감축법(Paperwork Reduction Act of 1995)에 따라 유효한 OMB 관리 번호가 표시되어 있지 않으면 어떤 개인도 정보 수집에 응답할 필요가 없습니다. 본 정보 수집에 대한 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1378입니다. 본 정보를 작성하는 데 필요한 시간은 지침 검토, 기존 데이터 자료 검색, 필요한 데이터 취합, 정보 수집 완료 및 검토 시간을 포함하여 응답 당 평균 20분으로 예상됩니다. 예상 시간의 정확성에 관한 의견이나 본 양식을 개선하기 위한 제안 사항이 있는 경우, CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850으로 서신을 보내주십시오.

개인정보 보호법 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)는 Medicare Advantage (MA)의 수혜자 가입을 확인하고, 치료 서비스 개선 및 Medicare 혜택 보험금 지급을 위해 Medicare 플랜으로부터 정보를 수집합니다. 사회보장법의 제1851절 및 제1860절 D-1과 연방규정집 42 §§ 422.50 및 422.60은 본 정보의 수집을 승인합니다. CMS는 기록 시스템 통지(SORN) “Medicare Advantage Prescription Drug(MARx)”, System No. 09-70-0588에 명시된 대로 Medicare 수혜자의 가입 자료를 사용, 공개, 교환할 수 있습니다. 본 양식에 대한 가입자의 기재는 자발적인 것입니다. 그러나 기재하지 않으면 플랜 가입에 영향을 미칠 수 있습니다.

