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

Medicare Advantage 플랜 (파트 C) 개별 가입 요청서

여기에서 신청 상태를 확인하십시오:
wellcare.com/applicationtracker

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

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.

주의:

- 가을 가입 기간(10월 15일~12월 7일) 중에 가입을 희망하시는 경우, 작성 완료하신 양식을 12월 7일까지 제출하셔야 합니다.
- 플랜에서 플랜 보험료 청구서를 보내 드립니다. 은행 계좌나 월 사회 보장(또는 철도 퇴직자 위원회) 급여에서 공제되도록 선택하는 것에 서명하실 수 있습니다.

다음은 어떻게 진행되나요?

작성과 서명을 마친 양식을 아래의 주소로 발송하여 주십시오.

Wellcare By 'Ohana Health Plan
PO Box 31395
Tampa, FL
33631-3395

가입 요청이 처리되면 연락드리겠습니다.

양식 작성과 관련하여 도움이 필요하신 경우

1-844-480-0680번으로 Wellcare By 'Ohana Health Plan에 전화하십시오. TTY 사용자는 **711**번으로 전화하시면 됩니다. 또는 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**번으로 Medicare에 전화하십시오. TTY 사용자는 **1-877-486-2048**번으로 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)을 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.

H9916_WCM_4635357_KOR_0_C
©Wellcare 2025

2026 MEDICARE ADVANTAGE 플랜 개별 가입 양식

정보를 다른 언어 또는 형식(점자)으로 받으시려면 Wellcare로 연락하시기 바랍니다.

— 별표(*)가 표시된 난은 필수 기재 사항입니다. —

Wellcare Medicare Advantage 플랜에 가입하려면, 다음 정보를 제공해 주십시오.

*플랜 유형: ☐ HMO-POS D-SNP

---

*가입을 원하는 플랜의 박스를 선택하십시오.

☐ Wellcare 'Ohana Dual Align

플랜 ID #: H: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ *$☐☐☐.☐☐/월

(등록 지연 벌금, 해당될 경우, 이는 포함되지 않습니다)

개인 정보:

☐ Mr. ☐ Mrs. ☐ Ms. *성: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

*이름: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ 중간 이름: ☐

*성별: ☐ M ☐ F *생년월일: (MMDDYYYY) ☐☐☐☐☐☐☐☐

연락처 정보:

저희는 귀하가 가입자가 되는 것을 기뻐하며 귀하의 플랜을 이해하기를 바랍니다. 귀하의 신청 상태에 대해 알려드릴 수 있도록 전화번호와 이메일을 제공해 주시기 바랍니다. 가입자로서 무엇을 기대해야 하는지, 건강을 유지해야 하는지, 추가 혜택을 사용하는 것, 의사를 찾는 것, 가입자 포털 및 기타 중요한 정보와 같은 유용한 정보를 공유할 것입니다. 관심이 없는 경우 일부 문자 메시지와 이메일을 선택 해제할 수 있습니다.

Wellcare 플랜이 마음에 드셨으면 좋겠습니다. 귀하의 요구 사항이 변경됨에 따라 귀하에게 더 나은 다른 플랜이 있으면 알려드리겠습니다. 저희는 저희의 플랜에 대해서만 말씀드릴 것입니다.

전화 유형: ☐ 휴대폰 ☐ 기타 *기본 전화번호: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

전화 유형: ☐ 휴대폰 ☐ 기타 대체 전화번호: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

수혜자 이메일 주소: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

디지털 문서 사용을 권해 드립니다. 많은 플랜 문서가 디지털 형식으로 제공됩니다.

디지털 커뮤니케이션을 받으려면 여기를 체크 표시하세요. ☐

인터넷, 이메일, 문자 메세지를 혼자서 이용하는 것이 가능하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오

©Wellcare 2025

공인 판매원: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

선호하는 연락 방법: ☐ 전화 통화 ☐ 문자 메세지 ☐ 이메일

(선택한 '선호하는 연락 방법' 이외의 방법으로 커뮤니케이션이 수신될 수 있다는 점에 유의하시기 바랍니다.)

(우체국 사서함을 기재하지 마십시오. 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:

비상 연락 정보(선택 사항):

비상 연락처:

전화번호: 가입자와의 관계:

귀하의 Medicare 보험 정보를 제공해주십시오.

귀하의 빨간색, 흰색, 파란색 Medicare 카드를 꺼내놓고 이 섹션을 작성하시기 바랍니다.

- 귀하의 Medicare 카드에 표시된 정보 그대로 기재하십시오.
  또는
- 귀하의 Medicare 카드 사본 또는 사회 보장이나 철도 퇴직자 위원회로부터 받은 서신을 첨부해 주십시오.

이름(귀하의 Medicare 카드에 기재된 대로):

_____

*Medicare 번호:

자격 대상자: 발효일: (MMDDYYYY)

병원(파트 A)

의료(파트 B)

Medicare Advantage 플랜에 가입하시려면 Medicare 파트 A와 파트 B에 가입되어 있어야 합니다.

©Wellcare 2025

공인 판매원:

다음 중요 질문을 읽고 답변해 주십시오.

*1. Wellcare 외에 다른 처방약 보장(예: VA, TRICARE)이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니오

"예"인 경우, 귀하의 다른 보장과 이 보장에 대한 귀하의 ID 번호를 기재해 주십시오.

*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. 주 Medicaid 프로그램 번호를 입력해 주십시오.

D-SNP plan에 사용한 Medicaid 번호를 포함해 주십시오. Medicaid 번호가 누락되면 가입 절차가 지연되거나 가입 거절이 될 수 있습니다.

---

4. 귀하 또는 귀하의 배우자는 일을 하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오

영어 이외의 언어나 장애인을 위한 형식으로 정보를 수령하기를 원하신다면 아래 상자에 체크 표시를 해 주십시오.

☐ 중국어(가능한 경우) ☐ 한국어(가능한 경우) ☐ 몽어(가능한 경우)

☐ 타갈로그어(가능한 경우) ☐ 라오어(가능한 경우) ☐ 캄보디아어/크메르어(가능한 경우)

☐ 하와이어(가능한 경우) ☐ 일본어(가능한 경우) ☐ 베트남어(가능한 경우)

☐ 사모아어(가능한 경우) ☐ 태국어(가능한 경우) ☐ 일로카노어(가능한 경우)

☐ 대형 활자 인쇄본 ☐ 점자 ☐ 오디오 CD ☐ 데이터 CD

©Wellcare 2025

공인 판매원:

위에 기재된 것 외 다른 형식이나 언어로 정보를 이용하시려면 Wellcare에 **1-844-480-0680** (TTY 사용자: **711**)번으로 연락해 주십시오. 당사 영업 시간은 일요일~월요일, 오전 8시~오후 8시(모든 시간대)입니다. 기존 가입자는 가입자 ID 카드에 기재된 번호로 전화하셔도 됩니다.

네트워크 소속 주치의(PCP) (PCP 성명), 클리닉 또는 건강 센터를 선택하십시오.
www.wellcarefindaprovider.com에서 의료 제공자를 찾을 수 있습니다.

ID# 귀하는 현재 환자 입니까? ☐ 예 ☐ 아니오

IPA ID# PCP NPI

IPA 이름:

☐ PCP를 선택하고 싶지 않으며, Wellcare에서 담당 PCP를 선택해 주기를 원합니다. 본인은 언제든지 Wellcare 가입자 ID 카드에 있는 가입자 서비스부 번호로 연락하여 담당 PCP를 변경할 수 있음을 알고 있습니다.

유효한 네트워크 소속 PCP를 선택하지 않았거나 PCP 자동 배정 확인란을 선택하지 않은 경우 네트워크 소속 PCP가 수혜자에게 배정됩니다. 지정된 PCP는 언제든지 가입자 ID 카드에 있는 가입자 서비스부 번호로 연락하여 변경할 수 있습니다.

귀하의 플랜 보험료 납부

매월 우편, 신용카드, 전화 납부 또는 전자 자금 이체(EFT)를 통해 월 보험료를 납부할 수 있습니다. **또한 자격이 된다면 매월 사회 보장 또는 철도청 은퇴자 위원회(RRB) 급여 수표에서 자동 공제로 보험료를 납부하실 수도 있습니다.** 납부 방법을 선택하지 않으면 월 보험료 납부를 위한 쿠폰북을 받으시게 됩니다.

파트 D-소득 관련 월별 조정 금액(파트 D-IRMAA)을 납부해야 한다면, 플랜 보험료에 이 금액을 추가하여 납부해야 합니다. Wellcare에 파트 D-IRMAA 비용을 납부하지 마십시오.

저소득자의 경우 처방약 비용을 지불하기 위한 추가 지원(Extra Help)을 받을 자격이 될 수 있습니다. 현재 추가 지원(Extra Help)을 받고 있어도 나중에 다시 신청해야 할 수 있습니다. 많은 분들이 이런 절약 혜택을 누릴 수 있지만 모르고 계신 분들이 많습니다. 이러한 추가 지원에 대한 자세한 내용은 지역 사회 보장 사무소에 문의하거나 사회 보장에 **1-800-772-1213**번으로 연락해 주십시오. TTY 사용자는 **1-800-325-0778**번을 이용해 주십시오. **https://www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help**에서 온라인으로 추가 지원(Extra Help) 신청을 하실 수도 있습니다.

©Wellcare 2025

공인 판매원:

보험료 납부 방법을 선택해 주십시오.

☐ 매월 귀하의 은행 계좌에서 자동 이체(EFT).

- 매월 수표를 보내실 필요가 없습니다.
- 매월 15일에서 20일 사이에 가입자의 계좌에서 자동으로 인출됩니다.
- 무효처리된 수표를 보내시거나 다음의 사항을 알려주십시오.

예금주 이름:_____
(인출 계좌에 표시된 이름을 정자체로 기재해 주십시오.)

은행명: _____

라우팅 번호 (9자리 숫자 포함) 계좌 번호

☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

계좌 유형: ☐ 당좌 ☐ 저축

예금주의 서명: (가입자와 다른 경우) _____

본 서비스의 서면 만료 통지를 제출하지 않는 한 본 승낙이 유효함을 인정합니다.

☐ 귀하의 매월 사회 보장 또는 철도 퇴직자 위원회(RRB) 급여 수표에서 자동 공제(자격이 되는 경우).

본인은 다음으로부터 매월 급여를 받습니다. ☐ 사회 보장 ☐ 철도청 은퇴자 위원회

사회 보장/RRB 공제가 시작되려면 사회 보장/RRB에서 공제를 승인한 후 두 달 이상 걸릴 수도 있습니다. 대부분의 경우에 사회 보장 또는 RRB가 귀하의 자동 공제 요청을 수락하는 경우, 귀하의 사회 보장 또는 RRB 급여 수표에서의 첫 공제에는 가입 발효일부터 원천징수가 시작되는 시점까지의 모든 보험료가 포함됩니다. 사회 보장 또는 RRB가 귀하의 자동 공제 요청을 수락하지 않거나, 가입 발효일 후에 공제가 시작되는 것을 승인하는 경우, 당사는 귀하에게 월 보험료 청구서를 발송할 것입니다.

☐ 월 보험료 납부를 위한 쿠폰북 받기.

참고: 월 쿠폰을 사용하는 대신 귀하의 은행 계좌(당좌/저축 계좌)에서 공제하거나 또는 신용카드로 플랜 보험료를 납부할 수도 있습니다. 납부 방법을 설정하시려면, 당사의 웹사이트 **go.wellcare.com/OhanaHI**를 방문하시거나 **1-844-480-0680**번으로 Wellcare에 전화하십시오. TTY 사용자는 **711**번으로 전화해야 합니다. 당사 영업 시간은 일요일~토요일, 오전 8시~오후 8시(모든 시간대)입니다.

다음의 중요 정보를 읽어 주십시오.

MAPD 플랜의 경우: 현재 직장 또는 조합의 의료 보험에 가입된 경우 Wellcare 플랜에 가입하시면 직장 또는 조합의 의료 혜택에 영향을 줄 수도 있습니다. Wellcare에 가입하시면 직장 또는 조합 의료 보험을 상실할 수도 있습니다. 직장 또는 조합에서 귀하에게 보내는 안내장을 잘 읽어 보십시오. 질문이 있으시면 해당 웹사이트를 방문하시거나 안내장에 기재된 사무소로 연락해 주십시오. 연락처 정보가 없으면, 귀하의 급여 관리자 또는 귀하의 보장에 관한 질문에 답하는 사무소에서 도움을 드릴 수 있습니다.

©Wellcare 2025

공인 판매원: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

다음을 읽고 서명해 주십시오.

- 본인은 Wellcare 가입 상태를 유지하기 위해 병원(파트 A)과 의료(파트 B)를 유지해야 합니다.
- Medicare Advantage 플랜에 가입함으로써 Wellcare가 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 보장이 시작되면 모든 의료 및 처방약 혜택을 Wellcare로부터 받아야 한다는 것을 이해합니다. Wellcare가 제공하고 본인의 Wellcare '보장 범위 증명서' 문서(가입자 계약서 또는 보험증서라고도 함)에 포함된 혜택 및 서비스가 보장됩니다. Medicare나 Wellcare는 보장되지 않는 혜택이나 서비스에 대해서 보험금을 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 위임된 자의 서명)은 본인이 이 신청서를 읽고 그 내용을 이해하였음을 의미한다는 점을 알고 있습니다. 권한을 위임받은 개인(위에서 설명한 바와 같이) 서명한 경우, 이 서명은 다음을 증명합니다.

1) 이 사람은 주 법에 따라 이 신청서를 작성할 권한을 위임받았으며,

2) 이 권한에 대한 문서는 Medicare의 요청 시 제공됩니다.

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

***귀하가위임 대리인이라면, 귀하가 서명을 하고 다음 정보를 제공하셔야 합니다.**

모든 우편물이 위임 대리인에게 발송되기를 원하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오

위임된 대리인에게 직접 전화 연결이 되도록 하시겠습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

*이름:

*주소:

*시: *주:

*우편 번호:

*전화번호: *가입자와의 관계:

공인 판매원:

©Wellcare 2025

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.

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.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.

공인 판매원: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

©Wellcare 2025

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 상실한 날짜는 다음과 같습니다: ☐☐☐☐☐☐☐☐.

15. ☐ **본인의 기존 플랜이 다음 계약 연도에 갱신되지 않습니다.**
***참고: 이 SEP는 12/8부터 2월 마지막 날까지만 유효합니다.**

16. ☐ 본인은 Medicare에서 본인의 플랜과의 계약을 종료하였기 때문에 보장을 상실하였습니다. 본인은 Medicare로부터 다른 플랜에 가입할 수 있다는 서신을 받았습니다. 보장이 종료된 날짜는 다음과 같습니다: ☐☐☐☐☐☐☐☐.

17. ☐ 본인은 PACE(고령자 종합 치료 프로그램) 플랜에서 탈퇴하였습니다. 프로그램에서 탈퇴한 날짜는 다음과 같습니다: ☐☐☐☐☐☐☐☐.

18. ☐ 본인은 특별 요구 플랜이 필요한 특수 요구 사항이 더 이상 없기 때문에 해당 플랜을 상실하였습니다. 본인은 SNP에서 탈퇴한 날짜는 다음과 같습니다: ☐☐☐☐☐☐☐☐.

19. ☐ 본인은 만성 질환에 대한 맞춤 혜택을 제공하는 특별 요구 플랜에 가입하고 싶습니다.

20. ☐ CSNP 플랜에 가입할 자격이 없는 것으로 확인되어 다른 플랜에 가입하고 싶습니다.
본인은 다음 날짜에 통지를 받았습니다: ☐☐☐☐☐☐☐☐.

21. ☐ 최근에 본인의 Medicaid 상태가 변경되었습니다(Medicaid 신규 취득, Medicaid 지원 레벨 변경 또는 Medicaid 상실). 변경 날짜는 다음과 같습니다: ☐☐☐☐☐☐☐☐.

22. ☐ 최근에 처방약 비용을 지원하는 추가 지원(Extra Help)이 변경되었습니다(새로 추가 지원 가입, 추가 지원 레벨 변경, 추가 지원 상실) . 변경 날짜는 다음과 같습니다:
☐☐☐☐☐☐☐☐.

23. ☐ Medicare(또는 주) 플랜에 등록했으며, 다른 플랜을 선택하고 싶습니다. 본인의 플랜 가입이 시작된 날짜는 다음과 같습니다: ☐☐☐☐☐☐☐☐.

24. ☐ 주정부 의약품 지원 프로그램에 가입되어 있습니다. 다음 주는 공인된 SPAP를 운영하고 있습니다: Delaware, Indiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Jersey, New Mexico, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Texas, Vermont, Wisconsin.

25. ☐ 본인은 주정부 의약품 지원 프로그램 혜택을 받지 못하게 됩니다.
프로그램 혜택 상실 날짜는 다음과 같습니다: ☐☐☐☐☐☐☐☐.

©Wellcare 2025

공인 판매원: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

26. ☐ 본인 또는 본인의 의료 결정에 도움을 주는 사람이 응급 상황 또는 주요 재해(연방 비상 관리 기관 또는 연방, 주 또는 지방 정부에서 선포)의 영향을 받았습니다. 이 페이지의 다른 진술 중 하나가 본인에게 해당하지만, 해당 재해로 인해 요청할 수 없었습니다.

가입 기간 중 다음 기간 동안 요청을 하지 못했습니다: [ ]

27. ☐ 별점 5개를 받은 Medicare 플랜에 가입한 상태입니다.

28. ☐ **지난 3년 동안 별점이 별 3개 미만인 플랜에 가입했습니다. 별점이 별 3개 이상인 플랜에 가입하고 싶습니다.**

29. ☐ 최근 재정 문제(법정관리)로 인해 주에서 인수한 플랜에 가입되어 있습니다. 다른 플랜으로 바꾸고 싶습니다.

30. ☐ 본인은 장애인용 형식으로 된 자료를 요청하였고 제때 자료를 받지 못했습니다. 가입에 대해 생각해 볼 시간을 가졌으니 지금 가입하고 싶습니다. 이전에 요청한 장애인용 형식:

[ ]

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

31. ☐ 본인은 파트 A에 대한 보험료를 지불하고 있으며 일반 등록 기간(매년 1월 1일~3월 31일)에 파트 B에 가입하였습니다. Medicare 의약품 플랜(파트 D) 또는 처방약 보장이 있는 Medicare Advantage 플랜에 가입하고 싶습니다.

32. ☐ 본인은 예외적인 상황으로 인해 자격이 되는 특별 등록 기간 중에 파트 A(병원 보험) 또는 파트 B(의료 보험)에 가입하였습니다.

33. ☐ 본인은 WellCare/Centene Medicaid 플랜에 가입되어 있으며 WellCare/Centene 완전 통합형 D-SNP(FIDE SNP), 높은 통합형 D-SNP(HIDE D-SNP) 또는 해당하는 통합형 플랜(AIP)에 가입하고 싶습니다.

위의 진술 중 귀하에게 해당되는 것이 없거나, 잘 모르시는 경우에는 Wellcare에 1-844-480-0680(TTY 사용자는 711번으로 전화해야 함)번으로 연락하여 가입 자격이 있는지 알아보십시오. 당사 영업 시간은 일요일~토요일, 오전 8시~오후 8시(모든 시간대)입니다.

가입자가 이 양식을 작성하는 데 도움을 주는 개인의 경우

가입자가 이 양식을 작성하는 데 도움을 주는 개인(즉, 보험 설계사, 중개인, SHIP 상담원, 가족 또는 기타 제3자)인 경우 이 섹션을 작성합니다.

이름:_____ 가입자와의 관계:_____

서명:_____ 국가 생산자 번호(NPN, 보험 설계사/중개인만 해당):_____

©Wellcare 2025

공인 판매원: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

공인 판매원/대리점 전용:

본인은 이 문서에 서명하고 제출함으로써 본 문서에 제공된 정보가 본인이 알고 믿는 한 사실이고 완전하며 정확하다는 것을 증명합니다. 본인은 허위 진술 또는 누락이 있을 경우 최대 보험 설계사 지명 및 계약 해지에 이르는 징계 조치의 사유가 될 수 있음을 알고 있습니다.

직원/보험 설계사/중개인/공인 판매원(가입 시 도움을 받은 경우)의 이름:

공인 판매원 서명: _____

신청서 받은 날짜: | | | | | | | | | (M M D D Y Y Y Y)

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 이름:

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 CFR §§ 422.50 및 422.60은 본 정보의 수집을 승인합니다. CMS는 기록 공지 시스템(SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug(MARx)", 시스템 번호 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.

'Ohana Health Plan은 Wellcare Health Insurance of Arizona, Inc에서 제공하는 플랜입니다.

©Wellcare 2025

공인 판매원: | | | | | | | | | | |