

Đơn Yêu Cầu Ghi Danh vào Chương Trình Medicare Advantage (Phần C) dành cho Cá Nhân

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



Xem trạng thái đơn của quý vị tại đây:
[wellcare.com/applicationtracker](https://www.wellcare.com/applicationtracker)

Ai có thể sử dụng mẫu đơn 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 hiện diện hợp pháp ở Hoa Kỳ.
- Sống tại khu vực dịch vụ của chương trình

Thông tin quan trọng: Để tham gia Chương Trình Medicare Advantage, quý vị cũng phải có cả:

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

Tôi sử dụng mẫu đơn này khi nào?

Quý vị có thể tham gia một chương trình:

- Từ ngày 15 tháng 10 – ngày 7 tháng 12 hằng năm (áp dụng cho bảo hiểm bắt đầu từ ngày 1 tháng 1)
- Trong vòng 3 tháng kể từ khi lần đầu tiên nhận Medicare
- 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 tham gia vào một chương trình.

Tôi cần những gì để hoàn thành mẫu đơn này?

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

Lưu ý: Quý vị phải trả lời tất cả các câu hỏi có dấu hoa thị (*). Quý vị không bắt buộc trả lời các câu hỏi không có dấu hoa thị (*) – quý vị sẽ không bị từ chối bảo hiểm nếu quý vị không trả lời.



Thay vào đó, quý vị đã nghĩ đến việc ghi danh tại go.wellcare.com/OhanaHI chưa? Đây là cách đăng ký nhanh chóng, an toàn và dễ dàng

Nhắc nhở:

- Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình trong giai đoạn ghi danh mở mùa thu (ngày 15 tháng 10- ngày 7 tháng 12), quý vị phải hoàn tất mẫu đơn của chương trình chậm nhất vào ngày 7 tháng 12.
- Chương trình của quý vị sẽ gửi một hóa đơn lệ phí bảo hiểm của chương trình đó cho quý vị. Quý vị có thể chọn đăng ký thanh toán lệ phí bảo hiểm bằng cách trừ vào tài khoản ngân hàng của quý vị hoặc quyền lợi An Sinh Xã Hội (hoặc Ủy Ban Hưu Trí Ngành Hỏa Xa) hàng tháng của quý vị.

Điều gì sẽ xảy ra tiếp theo?

Gửi mẫu đơn đã điền đầy đủ thông tin và có chữ ký của quý vị đến:

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

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

Tôi có thể được trợ giúp về mẫu đơn này bằng cách nào?

Hãy gọi cho Wellcare By 'Ohana Health Plan theo số **1-844-480-0680**. Người dùng TTY có thể gọi số **711**. Hoặc gọi cho Medicare theo số **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Người dùng TTY có thể gọi số **1-877-486-2048**.

Người vô gia cư

- Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình nhưng không có địa chỉ thường trú, thì Hộp Thư Bưu Điện, địa chỉ nơi ở hoặc phòng khám hoặc địa chỉ nhận thư (ví dụ: séc an sinh xã hội) có thể được coi là địa chỉ thường trú của quý vị.

THÔNG TIN QUAN TRỌNG

Không gửi mẫu đơn này hoặc bất kỳ tài liệu nào có chứa thông tin cá nhân của quý vị (chẳng hạn như yêu cầu bảo hiểm, chứng từ thanh toán, hồ sơ bệnh án, v.v.) đến Văn Phòng Thu Thập Báo Cáo Theo PRA. Chúng tôi sẽ tiêu hủy bất kỳ tài liệu nào mà chúng tôi nhận được nếu không có nội dung về cách cải thiện mẫu đơn này hoặc trách nhiệm thu thập mẫu đơn (được nêu trong OMB 0938-1378). Chúng tôi sẽ không giữ lại, xem xét hoặc chuyển tiếp tài liệu đó đến chương trình. Xem phần "Các bước tiếp theo là gì?" trên trang này để gửi mẫu đơn đã điền đầy đủ của quý vị cho chương trình.

H9916_WCM_4635357_VIE_O_C

©Wellcare 2025

4635374_HI6WCMAPPVIE_M_0000

MẪU ĐƠN GHI DANH THAM GIA CÁC CHƯƠNG TRÌNH MEDICARE ADVANTAGE NĂM 2026 DÀNH CHO CÁ NHÂN

Vui lòng liên hệ với Wellcare nếu quý vị cần thông tin bằng ngôn ngữ hoặc định dạng khác (chữ nổi Braille).

— Tất cả các trường có dấu hoa thị (*) đều bắt buộc phải điền. —

**Để Ghi Danh Vào Chương Trình Wellcare Medicare Advantage,
Vui Lòng Cung Cấp Các Thông Tin Sau:**

*Loại Chương Trình: HMO-POS D-SNP

*Đánh dấu vào ô cho chương trình mà quý vị muốn ghi danh:

Wellcare 'Ohana Dual Align

Số ID Chương Trình: H: *\$. mỗi tháng
(Không bao gồm Tiền Phạt Do Ghi Danh Muộn, nếu có áp dụng)

Thông Tin Cá Nhân:

Ông Bà Chị *Họ:

*Tên:

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

 Chữ Đầu của Tên Đệm:

--

[illegible]

Thông Tin Liên Hệ:

Chúng tôi muốn quý vị hài lòng khi là hội viên và hiểu rõ về chương trình của mình. Vui lòng cung cấp số điện thoại và email để chúng tôi có thể cho quý vị biết về trạng thái đơn đăng ký của quý vị. Với tư cách là hội viên, chúng tôi sẽ chia sẻ những thông tin hữu ích như những điều cần biết, cách giữ gìn sức khỏe, sử dụng các quyền lợi bổ sung, tìm bác sĩ, cổng thông tin hội viên và nhiều thông tin quan trọng khác. Nếu không quan tâm, quý vị có thể chọn không nhận một số tin nhắn và email.

Chúng tôi muốn quý vị yêu thích chương trình Wellcare của mình. Nếu chúng tôi có các chương trình khác có thể tốt hơn cho quý vị khi nhu cầu của quý vị thay đổi, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị. Chúng tôi chỉ nói về các chương trình của chúng tôi.

Loại Điện Thoại: Di động Khác * Số Điện Thoại Chính:

Loại Điện Thoại: ☐ Di động ☐ Khác Số Điện Thoại Phụ:

Địa Chỉ Email của Người Thụ Hưởng:

[illegible]

Không sử dụng giấy tờ. Nhiều tài liệu về chương trình có sẵn ở định dạng số.

H9916_WCM_4635357_VIE_0_C
©Wellcare 2025

Người Đại Diện Được Cấp Phép:

TRANG 1/12

4635374 HI6WCMAPPVIE M 0000

Để nhận thông tin điện tử, vui lòng đánh dấu vào đây: ☐

Quý vị có cảm thấy thoải mái khi tự mình sử dụng Internet, email hoặc nhắn tin không?

☐ Có ☐ Không

Phương thức liên hệ ưu tiên: ☐ Cuộc Gọi Điện Thoại ☐ Tin Nhắn ☐ Email

(Xin lưu ý rằng thông tin liên lạc có thể được gửi theo hình thức khác ngoài “Phương thức liên hệ ưu tiên” đã chọn)

(Không điền số Hộp Thư Bưu Điện. Lưu ý: Đối với những cá nhân vô gia cư, Hộp Thư Bưu Điện có thể được coi là địa chỉ thường trú của quý vị.): Vô Gia Cư

*Địa Chỉ Thường Trú (Số Nhà, Tên Đường):

[illegible]

Quận:

*Thành Phố:		*Tiểu Bang:	
-------------	--	-------------	--

*Mã ZIP:

--	--	--	--	--

*Địa Chỉ Nhận Thư: (chỉ ghi nếu địa chỉ này khác Địa Chỉ Thường Trú của quý vị, số Hộp Thư Bưu Điện được chấp nhận)

*Địa Chỉ Đường Phố:

[illegible]

*Thành Phố:		*Tiểu Bang:	
-------------	--	-------------	--

*Mã ZIP:

--	--	--	--	--

Thông Tin Liên Hệ Khẩn Cấp (Không Bắt Buộc):

Người Liên Lạc Trong Trường Hợp Khẩn Cấp:

[illegible][illegible]

Mỗi Quan Hệ với Quý Vị:

Vui Lòng Cung Cấp Thông Tin về Bảo Hiểm Medicare của Quý Vị

Vui lòng lấy thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh của quý vị ra để hoàn thành phần này.

- Điền thông tin ghi trên thẻ Medicare của quý vị.
- HOẶC -
- Đính kèm bản sao thẻ Medicare của quý vị hoặc thư từ Sở An Sinh Xã Hội hoặc Ủy Ban Hưu Trí Ngành Hỏa Xa.

Tên (như ghi trên thẻ Medicare của quý vị):

*Số Medicare:

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

Được Quyền Hưởng:

Ngày Có Hiệu Lực: (MMDDYYYY)

BỆNH VIỆN (Phần A)

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

Y TẾ (Phần B)

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

Quý vị phải có Medicare Part A và Part B để tham gia chương trình Medicare Advantage.

Vui Lòng Đọc và Trả Lời Những Câu Hỏi Quan Trọng Sau:

*1. Quý vị có bảo hiểm thuộc kê đơn khác (như VA, TRICARE) ngoài Wellcare không?

☐

Có

☐

Không

Nếu “có”, vui lòng liệt kê bảo hiểm khác của quý vị và (các) số nhận dạng (ID) cho bảo hiểm này:

*Tên của bảo hiểm khác:

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

*Mã số hội viên của bảo hiểm này:

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

*Mã số nhóm của bảo hiểm này:

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

2. Quý vị có ở trong cơ sở chăm sóc dài hạn như viện dưỡng lão không?

☐

Có

☐

Không

Nếu “có”, vui lòng cung cấp thông tin sau:

Tên Cơ Sở:

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

Địa Chỉ của Cơ Sở (số nhà và tên đường):

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

Thành Phố:

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

Tiểu Bang:

--	--

Mã ZIP:

--	--	--	--	--

Số Điện Thoại:

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

*3. Vui lòng cung cấp mã số Chương Trình Medicaid Tiểu Bang của quý vị:

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

Vui lòng cung cấp Mã Số Medicaid đối với các chương trình D-SNP. Việc thiếu số Medicaid có thể khiến quá trình xử lý đơn bị chậm trễ và có khả năng bị từ chối.

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

☐ CD Dữ Liệu

4635374 HI6WCMAPPVIE M 0000

Thanh Toán Lệ Phí Bảo Hiểm Trong Chương Trình Của Quý Vị

Quý vị có thể thanh toán lệ phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình bằng cách gửi thư, thẻ tín dụng, thanh toán qua điện thoại, hoặc Chuyển Tiền Điện Tử (EFT) hàng tháng. Quý vị cũng có thể chọn nộp lệ phí bảo hiểm bằng phương thức tự động khấu trừ vào séc quyền lợi An Sinh Xã Hội hoặc Ủy Ban Hưu Trí Ngành Hỏa Xa (RRB) hàng tháng, nếu đủ điều kiện. Nếu quý vị không chọn phương thức thanh toán, quý vị sẽ nhận được tập phiếu để nộp lệ phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị.

Nếu quý vị phải chi trả Khoản Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập Phần D (IRMAA Phần D), quý vị phải chi trả thêm khoản tiền này trực tiếp cho Medicare ngoài lệ phí bảo hiểm chương trình của mình. KHÔNG thanh toán IRMAA Phần D cho Wellcare.

Những người có thu nhập hạn chế có thể đủ tiêu chuẩn nhận Trợ Giúp Bổ Túc (Extra Help) để thanh toán chi phí thuốc theo toa. Ngay cả nếu quý vị hiện đang có Trợ Giúp Bổ Túc, quý vị vẫn có thể cần phải nộp đơn đăng ký lại mới được chứng nhận lại. Nhiều người đủ điều kiện nhận những khoản tiết kiệm này mà họ không biết. Để biết thêm thông tin về Trợ Giúp Bổ Túc này, hãy liên hệ với văn phòng An Sinh Xã Hội tại địa phương của quý vị hoặc gọi đến An Sinh Xã Hội theo số 1-800-772-1213. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-800-325-0778. Quý vị cũng có thể đăng ký nhận Trợ Giúp Bổ Túc trực tuyến tại <https://www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help>.

Vui lòng chọn một phương thức thanh toán lệ phí bảo hiểm:

☐ Chuyển Tiền Điện Tử (EFT) từ tài khoản ngân hàng của quý vị hàng tháng.

- Quý vị sẽ không cần phải nhớ gửi séc mỗi tháng.
- Số tiền này được tự động rút ra từ tài khoản của quý vị từ ngày 15 đến ngày 20 hàng tháng.
- Vui lòng gửi kèm séc KHÔNG CÓ HIỆU LỰC hoặc cung cấp những thông tin sau:

Tên chủ tài khoản: _____
(Viết in hoa tên như tên trên tài khoản được ghi nợ.)

Tên ngân hàng: _____

Số Định Tuyến (Cần phải có 9 chữ số)

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

Số Tài Khoản

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

Loại Tài Khoản: ☐ Thanh Toán ☐ Tiết Kiệm

Chữ ký của chủ tài khoản: (nếu không phải là người ghi danh) _____

Tôi đồng ý rằng giấy ủy quyền này sẽ vẫn có hiệu lực cho đến khi tôi cung cấp thông báo bằng văn bản về việc chấm dứt dịch vụ này.

☐ Tự động khấu trừ từ séc quyền lợi An Sinh Xã Hội hoặc Ủy Ban Hưu Trí Ngành Hỏa Xa (RRB) hàng tháng (nếu đủ điều kiện).

Tôi nhận được trợ cấp hàng tháng từ: ☐ Sở An Sinh Xã Hội ☐ Ủy Ban Hưu Trí Ngành Hỏa Xa

Việc khấu trừ từ trợ cấp An Sinh Xã Hội/RRB có thể cần hai tháng trở lên mới được áp dụng sau khi Sở An Sinh Xã Hội hoặc RRB phê duyệt việc khấu trừ. Trong hầu hết trường hợp, nếu Sở An Sinh Xã Hội hoặc RRB chấp thuận yêu cầu khấu trừ tự động của quý vị, thì khoản khấu trừ đầu tiên từ séc quyền lợi An Sinh Xã Hội hoặc RRB của quý vị sẽ bao gồm tất cả các khoản lệ phí bảo hiểm đến hạn từ ngày ghi danh của quý vị có hiệu lực đến ngày bắt đầu khấu trừ. Nếu Sở An Sinh Xã Hội hoặc RRB không phê duyệt yêu cầu khấu trừ tự động của quý vị hoặc phê duyệt áp dụng khấu trừ sau ngày ghi danh có hiệu lực, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị hóa đơn thông báo lệ phí bảo hiểm hàng tháng.

☐ Nhận tập phiếu để thanh toán lệ phí bảo hiểm hàng tháng.

Lưu ý: Quý vị cũng có thể thanh toán lệ phí bảo hiểm trong chương trình bằng thẻ tín dụng hoặc khấu trừ vào tài khoản ngân hàng (thanh toán/tiết kiệm) thay vì sử dụng phiếu hàng tháng. Để thiết lập thanh toán, hãy truy cập trang web của chúng tôi tại go.wellcare.com/OhanaHI hoặc gọi tới Wellcare theo số 1-844-480-0680. Người dùng TTY vui lòng gọi số 711. Chúng tôi làm việc trong khoảng thời gian là Chủ Nhật-Thứ Bảy, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (mọi múi giờ).



Vui Lòng Đọc Thông Tin Quan Trọng Đây:

Đối với chương trình MAPD: Nếu quý vị đang có bảo hiểm y tế do người sử dụng lao động hoặc công đoàn cung cấp, việc tham gia chương trình Wellcare có thể ảnh hưởng đến các quyền lợi chăm sóc sức khỏe do người sử dụng lao động hoặc công đoàn cung cấp cho quý vị. Quý vị có thể mất bảo hiểm y tế của hãng sở hoặc công đoàn nếu tham gia chương trình Wellcare. Đọc các thông báo mà hãng sở hoặc công đoàn gửi cho quý vị. Nếu quý vị có thắc mắc, hãy truy cập trang web của họ hoặc liên lạc với văn phòng có trong thông báo của họ. Nếu không có bất kỳ thông tin nào về người liên lạc, chuyên viên quản lý quyền lợi của quý vị hoặc văn phòng sẽ giải đáp thắc mắc về bảo hiểm có thể hỗ trợ quý vị.

Vui Lòng Đọc và Ký Tên:

- Tôi phải duy trì cả Bảo Hiểm Bệnh Viện (Phần A) và Bảo Hiểm Y Tế (Phần B) để tiếp tục tham gia Wellcare.
- Khi tham gia Chương Trình Medicare Advantage này, tôi xác nhận rằng Wellcare sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare. Medicare có thể sử dụng thông tin này để theo dõi tình trạng ghi danh của tôi, thực hiện thanh toán và nhằm các mục đích khác được phép theo luật Liên Bang về việc cho phép thu thập thông tin này (xem Tuyên Bố trong Đạo Luật Quyền Riêng Tư dưới đây). Quý vị không bắt buộc phải trả lời các câu hỏi trong mẫu đơn này. Tuy nhiên, việc không trả lời có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.
- Tôi hiểu rằng tôi chỉ có thể ghi danh một chương trình MA hoặc chương trình Phần D tại một thời điểm – và việc ghi danh vào chương trình này sẽ tự động chấm dứt việc ghi danh vào chương trình MA hoặc chương trình Phần D khác (trừ các trường hợp ngoại lệ đối với chương trình MA PFFS, MA MSA).

- 1) Người này được ủy quyền theo luật Tiểu Bang để hoàn thành việc ghi danh này và
- 2) Tài liệu ủy quyền này sẵn sàng được cung cấp nếu Medicare có yêu cầu.

Chữ Ký: _____ Ngày Hôm Nay:

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

Quý vị có muốn tất cả thư được gửi tới người đại diện được ủy quyền không? ☐ Có ☐ Không

☐ Có ☐ Không

[illegible]

*Địa Chỉ:

*Thành Phố:		*Tiểu Bang:	
--------------------	--	--------------------	--

*ZIP:				
-------	--	--	--	--

*Số Điện Thoại:

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

*Mỗi Quan Hệ với Người Ghi Danh:

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

Chứng Thực về Tư Cách Đủ Điều Kiện trong một Kỳ Ghi Danh

Thông thường, quý vị chỉ có thể ghi danh vào chương trình Medicare Advantage trong Kỳ Ghi Danh Thường Niên từ ngày 15 tháng 10 đến hết ngày 7 tháng 12 hàng năm. Trường hợp ngoại lệ có thể cho phép quý vị ghi danh vào chương trình Medicare Advantage ngoài giai đoạn này. Nếu đây là lần đầu tiên quý vị sử dụng quyền lợi Medicare và đã hơn 90 ngày kể từ khi quý vị tròn 65 tuổi, hãy chọn "Tôi mới tham gia Medicare". Kỳ Ghi Danh Đặc Biệt (SEP) KHÔNG áp dụng, vui lòng chọn SEP phù hợp bên dưới.

Vui lòng đọc kỹ những câu sau đây và chọn ô có câu đúng với trường hợp của quý vị. Bằng cách điền vào bất kỳ ô trống nào trong số những ô trống sau đây, quý vị xác nhận rằng theo hiểu biết tốt nhất của mình, quý vị đủ điều kiện tham gia giai đoạn ghi danh. Nếu sau đó chúng tôi xác định được rằng thông tin này không chính xác, quý vị có thể bị rút tên khỏi chương trình.

Nếu câu mà quý vị chọn yêu cầu ghi ngày tháng, vui lòng ghi theo định dạng sau: MMDDYYYY

Vui lòng đọc tất cả các tuyên bố dưới đây trước khi đưa ra lựa chọn.

1. ☐ Tôi mới tham gia Medicare.
*Vui lòng chỉ chọn nếu quý vị thuộc trường hợp số 1. mới được quyền hưởng; 2. quý vị đang trong vòng 90 ngày trước khi tròn 65 tuổi HOẶC quý vị vừa tròn 65 tuổi trong vòng 90 ngày qua; 3. người nhận quyền lợi mới; hoặc 4. mới hội đủ điều kiện nhưng trước đây chỉ nhận Medicare thông qua diện khuyết tật.
*Nếu bảo hiểm từ người sử dụng lao động của quý vị vừa mới chấm dứt và đây là lần đầu tiên quý vị sử dụng Medicare, vui lòng chọn mục "Tôi đã chấm dứt bảo hiểm từ người sử dụng lao động hoặc công đoàn" trong phần SEP dưới đây.
2. ☐ Kỳ Ghi Danh Thường Niên (AEP) từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 hàng năm.
3. ☐ Tôi đã có Phần A/D và gần đây đã đăng ký thêm Phần B. Tôi muốn ghi danh vào chương trình MA.
4. ☐ Tôi mới tham gia Medicare và tôi đã được thông báo về việc nhận được Medicare sau khi bảo hiểm Phần A và/hoặc Phần B bắt đầu. Tôi đã được thông báo vào ngày: .
5. ☐ Trước kia tôi đã có Medicare nhưng hiện tôi sắp 65 tuổi.
6. ☐ Tôi đã ghi danh tham gia chương trình Medicare Advantage và muốn thay đổi trong Kỳ Ghi Danh Mở của Medicare Advantage (MA OEP).
7. ☐ Tôi đã chuyển sang một địa chỉ mới nằm ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hiện tại hoặc tôi mới chuyển nơi ở và chương trình này là lựa chọn mới đối với tôi. Tôi chuyển nhà vào ngày .
8. ☐ Tôi quay trở về Mỹ sau khi đã sống ở nước ngoài. Tôi quay trở về vào .
9. ☐ Tôi được ra tù. Tôi ra tù vào ngày .

10. ☐ Tôi mới được xác nhận tình trạng hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ. Tôi được xác nhận tình trạng này vào ngày .
11. ☐ Tôi sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn, như viện dưỡng lão hoặc bệnh viện phục hồi chức năng. *LƯU Ý: Phải điền thông tin về cơ sở chăm sóc dài hạn vào mẫu đơn.
12. ☐ Tôi mới chuyển ra khỏi một cơ sở chăm sóc dài hạn, như viện dưỡng lão hoặc bệnh viện phục hồi chức năng. *LƯU Ý: Phải điền thông tin về cơ sở chăm sóc dài hạn vào mẫu đơn.
Tôi chuyển ra khỏi cơ sở này vào ngày .
13. ☐ Tôi rời chương trình bảo hiểm của người sử dụng lao động hoặc công đoàn (bao gồm bảo hiểm theo Đạo Luật Điều Phối Ngân Sách Tổng Hợp Omnibus (COBRA)) vào ngày .
14. ☐ Tôi mất bảo hiểm khác không phải Medicare nhưng cũng hữu ích như bảo hiểm thuốc của Medicare (bảo hiểm có uy tín) hoặc bảo hiểm khác không phải Medicare đã thay đổi và không còn uy tín nữa. Tôi mất bảo hiểm của mình vào ngày .
15. ☐ **Chương trình hiện tại của tôi sẽ không được gia hạn cho năm hợp đồng sắp tới**
***LƯU Ý: SEP này chỉ có hiệu lực từ ngày 12/8 đến ngày cuối cùng của tháng Hai.**
16. ☐ Tôi mất bảo hiểm vì Medicare đã chấm dứt hợp đồng với chương trình của tôi. Tôi nhận được thư từ Medicare thông báo rằng tôi có thể tham gia một chương trình khác. Quyền lợi bảo hiểm của tôi kết thúc vào ngày .
17. ☐ Tôi từ bỏ bảo hiểm trong chương trình PACE (Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện dành cho Người Cao Tuổi). Tôi rời chương trình vào ngày .
18. ☐ Tôi đã mất Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt vì tôi không còn ở tình trạng nhu cầu đặc biệt theo quy định của chương trình đó nữa. Tôi bị rút tên khỏi SNP vào ngày .
19. ☐ Tôi muốn tham gia một Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt có các quyền lợi phù hợp với tình trạng bệnh mãn tính của tôi.
20. ☐ Tôi được xác định là không đủ điều kiện tham gia chương trình CSNP của mình và muốn ghi danh vào một chương trình khác.
Tôi đã được thông báo vào ngày .
21. ☐ Tôi mới có thay đổi về Medicaid của mình (mới nhận được Medicaid, có thay đổi về mức Medicaid, hoặc mất Medicaid) vào ngày .
22. ☐ Tôi mới có thay đổi về việc Trợ Giúp Bổ Túc thanh toán chi phí thuốc cho tôi (mới nhận được Trợ Giúp Bổ Túc, cthay đổi mức Trợ Giúp Bổ Túc, hoặc mất Trợ Giúp Bổ Túc) vào ngày .

23. ☐ Tôi được ghi danh vào một chương trình của Medicare (hoặc tiểu bang của tôi) và tôi muốn chọn một chương trình khác. Tôi bắt đầu ghi danh vào chương trình đó vào ngày .
24. ☐ Tôi đang tham gia Chương Trình Hỗ Trợ Được Phẩm Của Tiểu Bang. Các tiểu bang sau có chương trình SPAP đủ điều kiện: Delaware, Indiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Jersey, New Mexico, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Texas, Vermont, Wisconsin.
25. ☐ Tôi sắp mất sự trợ giúp từ Chương Trình Hỗ Trợ Được Phẩm của Tiểu Bang.
Tôi mất sự hỗ trợ vào ngày .
26. ☐ Tôi, hoặc người mà tôi dựa vào để hỗ trợ đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe, bị ảnh hưởng bởi một thảm họa khẩn cấp hoặc thảm họa nghiêm trọng (theo tuyên bố của Cơ Quan Quản Lý Dịch Vụ Cấp Cứu Liên Bang, hoặc theo chính quyền Liên Bang, tiểu bang hoặc địa phương). Một trong những tuyên bố khác trên trang này đúng với trường hợp của tôi, nhưng tôi không thể gửi yêu cầu vì thảm họa đó.
Tôi đã bỏ lỡ Kỳ Ghi Danh cho:
27. ☐ Tôi đang ghi danh vào chương trình Medicare 5 sao.
28. ☐ Tôi đang tham gia một chương trình có xếp hạng sao dưới 3 sao trong 3 năm vừa qua. Tôi muốn tham gia một chương trình có xếp hạng từ 3 sao trở lên.
29. ☐ Tôi đang tham gia một chương trình vừa được Tiểu Bang tiếp quản do vấn đề tài chính (quản lý tài sản). Tôi muốn chuyển sang một chương trình khác.
30. ☐ Tôi đã yêu cầu nhận các tài liệu dưới định dạng dễ tiếp cận nhưng không nhận được các tài liệu một cách kịp thời. Tôi muốn ghi danh tham gia bây giờ khi tôi đã có thời gian để đưa ra quyết định ghi danh. Định dạng hỗ trợ tiếp cận mà tôi đã yêu cầu trước đây là:
- *LƯU Ý: Các định dạng hỗ trợ tiếp cận bao gồm nhưng không giới hạn ở Chữ Nổi Braille, Đĩa CD Dữ Liệu, Bản In Cỡ Lớn.
31. ☐ Tôi đã thanh toán lệ phí bảo hiểm cho Phần A và đã đăng ký nhận bảo hiểm Phần B trong Kỳ Ghi Danh Tổng Quát (từ ngày 1 tháng 1 đến 31 tháng 3 hàng năm). Tôi muốn tham gia một chương trình thuốc Medicare (Phần D) hoặc Chương Trình Medicare Advantage với bảo hiểm thuốc.
32. ☐ Tôi đã đăng ký nhận bảo hiểm Phần A (Bảo Hiểm Bệnh Viện) hoặc Phần B (Bảo Hiểm Y Tế) trong Kỳ Ghi Danh Đặc Biệt mà tôi đủ tiêu chuẩn tham gia vì một tình huống ngoại lệ.
33. ☐ Tôi đã ghi danh tham gia một Chương Trình WellCare/Centene Medicaid và muốn ghi danh tham gia một chương tích WellCare/Centene tích hợp đầy đủ D-SNP (FIDE SNP), tích hợp mức cao D-SNP (HIDE D-SNP) hoặc một chương trình tích hợp hiện hành khác (AIP).

Nếu không có câu nào trong số này đúng với quý vị hoặc quý vị không chắc chắn, vui lòng liên hệ với Wellcare theo số 1-844-480-0680 (người dùng TTY nên gọi số 711) để biết quý vị có hội đủ điều kiện ghi danh không. Chúng tôi làm việc trong khoảng thời gian là Chủ Nhật-Thứ Bảy, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (mọi múi giờ).

Dành riêng cho cá nhân giúp người ghi danh hoàn thành mẫu đơn này

Hoàn thành phần này nếu quý vị là cá nhân (tức là đại lý bảo hiểm, người môi giới bảo hiểm, cố vấn SHIP, thành viên gia đình hoặc bên thứ ba khác) giúp người ghi danh điền vào mẫu đơn này.

Tên:_____ Mỗi quan hệ với người ghi danh:_____

Mã Số Nhà Sản Xuất Quốc Gia

Chữ ký:_____ (dành riêng cho Đại lý/Người Môi Giới Bảo Hiểm):_____

Dành Riêng Cho Văn Phòng/Người Đại Diện Được Cấp Phép:

Bằng việc ký và nộp tài liệu này, tôi xác nhận rằng các thông tin được cung cấp trong đây là đúng sự thật, đầy đủ và chính xác theo hiểu biết và niềm tin tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng bất kỳ hành vi khai man hoặc bỏ sót thông tin nào đều có thể là căn cứ để bị xử lý kỷ luật, bao gồm cả việc chấm dứt cuộc hẹn và hợp đồng bảo hiểm của tôi.

Tên Nhân Viên/Đại Lý Bảo Hiểm/Người Môi Giới/Người Đại Diện Được Cấp Phép (nếu được hỗ trợ trong quá trình ghi danh):

[illegible]

Người Đại Diện Được Cấp Phép: _____

Ngày Nhận Đơn Đăng Ký:

M M D D Y Y Y Y

ID của Người Đại Diện Được Cấp Phép:

[illegible]

Số Điện Thoại của Người Đại Diện Được Cấp Phép:

Mã Nhận Dạng (ID) Chương Trình:	H								
---------------------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Ngày Bảo Hiểm Có Hiệu Lực:							
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--

M M D D Y Y Y Y

Tên Chương Trình:

[illegible]

Theo Đạo Luật Cắt Giảm Thủ Tục Giấy Tờ năm 1995, không người nào bắt buộc phải trả lời mẫu thu thập thông tin trừ khi yêu cầu này có số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho mẫu thu thập thông tin này là 0938-1378. Thời gian cần thiết để hoàn thành thông tin này ước tính trung bình 20 phút trên mỗi phần trả lời, bao gồm thời gian xem hướng dẫn, tìm kiếm nguồn dữ liệu hiện có, thu thập dữ liệu cần thiết, điền thông tin và xem lại mẫu thu thập thông tin. Nếu quý vị có bất kỳ ý kiến nào liên quan đến tính chính xác của (các) ước tính thời gian hoặc có đề xuất cải thiện biểu mẫu này, vui lòng viết thư gửi tới CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

TUYÊN BỐ TRONG ĐẠO LUẬT QUYỀN RIÊNG TƯ Các Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) thu thập thông tin từ các chương trình Medicare để theo dõi việc ghi danh của người thụ hưởng phúc lợi trong các Chương Trình Medicare Advantage (MA), cải thiện dịch vụ chăm sóc và thanh toán cho các phúc lợi Medicare. Các 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 của người thụ hưởng Medicare như được nêu trong Thông Báo về Hệ Thống Hồ Sơ (SORN) “Thuốc Theo Toa Medicare Advantage (MARx)”, Hệ Thống Số 09-70-0588. Quý vị không bắt buộc phải trả lời các câu hỏi trong mẫu đơn này. Tuy nhiên, việc không trả lời có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.

‘Ohana Health Plan là một chương trình do WellCare Health Insurance of Arizona, Inc. cung cấp.

