

แบบฟอร์มคำร้องขอลงทะเบียนรายบุคคล เพื่อลงทะเบียนในแผน Medicare Advantage (ส่วน C)



ตรวจสอบสถานะการยื่นคำร้องของคุณที่:
[wellcare.com/applicationtracker](https://www.wellcare.com/applicationtracker)



คุณเคยคิดที่จะลงทะเบียนที่ go.wellcare.com/OhanaHI แทนหรือไม่ วิธีนี้เป็นวิธีที่รวดเร็ว ปลอดภัย และใช้งานง่าย

ใครบ้างที่ใช้แบบฟอร์มนี้ได้

ผู้ที่มี Medicare ที่ต้องการเข้าร่วมแผน Medicare Advantage

ในการเข้าร่วมแผน คุณต้อง:

- เป็นพลเมืองสหรัฐอเมริกาหรือมีถิ่นที่อยู่โดยชอบด้วยกฎหมายในสหรัฐอเมริกา
- อาศัยอยู่ในพื้นที่ให้บริการของแผน

ข้อสำคัญ: ในการเข้าร่วมแผน Medicare Advantage คุณต้องมีทั้ง:

- Medicare Part A (ประกันค่ารักษาพยาบาล)
- Medicare Part B (ประกันสุขภาพ)

จะใช้แบบฟอร์มนี้ได้เมื่อใด

คุณสามารถเข้าร่วมแผนได้:

- ระหว่างวันที่ 15 ตุลาคม - 7 ธันวาคม ในแต่ละปี (สำหรับความคุ้มครองตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม)
- ภายใน 3 เดือนนับจากที่ได้รับ Medicare ครั้งแรก
- ในบางสถานการณ์ที่คุณได้รับอนุญาตให้เข้าร่วมหรือเปลี่ยนแผน

ไปที่ [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) เพื่อเรียนรู้เพิ่มเติมว่าเมื่อใดที่คุณสามารถสมัครรับแผนได้

ต้องกรอกแบบฟอร์มนี้อย่างไร

- หมายเลข Medicare ของคุณ (หมายเลขบนบัตร Medicare สีแดง สีขาว และสีน้ำเงิน)
- ที่อยู่ถาวรและหมายเลขโทรศัพท์ของคุณ

หมายเหตุ: คุณต้องตอบคำถามทุกข้อที่มีเครื่องหมายดอกจัน (*) กำกับ คำถามที่ไม่มีเครื่องหมายดอกจัน (*) กำกับเป็นช่องที่ไม่จำเป็นต้องกรอก คุณจะไม่ต้องกรอกข้อมูลนี้

การแจ้งเตือน:

- หากคุณต้องการเข้าร่วมแผนในระหว่างการลงทะเบียนที่เปิดในช่วงฤดูใบไม้ร่วง (15 ตุลาคม - 7 ธันวาคม) คุณจะต้องกรอกแบบฟอร์มสำหรับแผนนี้ให้เสร็จสิ้นภายในวันที่ 7 ธันวาคม
- แผนของคุณจะส่งใบเรียกเก็บเงินค่าเบี้ยประกันของแผนให้คุณ คุณสามารถเลือกสมัครเพื่อหักค่าเบี้ยประกันจากบัญชีธนาคารของคุณหรือสวัสดิการประกันสังคมรายเดือน (หรือ คณะกรรมการบำนาญบำนาญรถไฟ) ของคุณ

สิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไป

ส่งแบบฟอร์มที่มีข้อมูลครบถ้วนและลงนามเรียบร้อยแล้วไปที่:

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

พวกเขาจะติดต่อคุณเมื่อดำเนินการตามคำขอเข้าร่วมของคุณ

จะขอความช่วยเหลือเกี่ยวกับแบบฟอร์มนี้ได้อย่างไร

โทรติดต่อ Wellcare By 'Ohana Health Plan ที่หมายเลข 1-844-480-0680

ผู้ใช้ TTY สามารถโทรไปที่หมายเลข 711 หรือโทรติดต่อ Medicare ที่ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ผู้ใช้ TTY สามารถโทรไปที่หมายเลข 1-877-486-2048

บุคคลที่อยู่สภาพคนไร้บ้าน

- หากคุณต้องการเข้าร่วมแผน แต่ไม่มีที่อยู่อาศัยถาวรสามารถใช้ตู้ไปรษณีย์เช่า ที่อยู่ของที่พักพิงหรือคลินิก หรือที่อยู่ที่คุณจะรับจดหมายส่งทางไปรษณีย์ได้ (เช่น เช็คจากสำนักงานประกันสังคม) เป็นที่อยู่อาศัยถาวรของคุณได้

ข้อสำคัญ

ห้ามส่งแบบฟอร์มนี้หรือรายการใด ๆ พร้อมข้อมูลส่วนบุคคลของคุณ (เช่น การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน การชำระเงิน บันทึก เวชระเบียน ฯลฯ) ไปยังสำนักงานตรวจสอบความถูกต้องของรายงาน PRA รายการใด ๆ ที่เราได้รับซึ่งไม่ได้เกี่ยวกับวิธีปรับปรุงแบบฟอร์มนี้หรือหน้าที่ในการเก็บข้อมูล (ระบุไว้ใน OMB 0938-1378) จะถูกทำลาย จะไม่มีการเก็บ ตรวจสอบ หรือส่งต่อข้อมูลดังกล่าวไปยังแผน ดูที่ "สิ่งที่เกิดขึ้นต่อไป" ในหน้านี้เพื่อส่งแบบฟอร์มที่มีข้อมูลครบถ้วนแล้วไปยังแผน

5146426 HI6WCMAPPTHA M 0000

(โปรดทราบว่าอาจมีการสื่อสารในวิธีอื่น ๆ นอกจาก 'วิธีการติดต่อที่ต้องการ' ที่เลือก)

*ที่อยู่ของที่อยู่อาศัยถาวร:

[illegible][illegible][illegible]

*เมือง: *รหัส: *รหัส ZIP:

ข้อมูลติดต่อในกรณีฉุกเฉิน:

[illegible]

หมายเลขโทรศัพท์:

ความสัมพันธ์กับคุณ:

ชื่อ (ตามที่ปรากฏในบัตร Medicare ของคุณ):

***หมายเลข Medicare:**

[illegible]

มีสิทธิใน: วันที่มีผลบังคับใช้: (MMDDYYYY)

การรักษาพยาบาล (ส่วน A)

สุขภาพ (ส่วน B)						
-----------------	--	--	--	--	--	--

คุณต้องมี Medicare Part A และ Part B เพื่อเข้าร่วมแผน Medicare Advantage

*1. คุณจะรับความคุ้มครองยาตามใบสั่งแพทย์อื่น ๆ (เช่น VA, TRICARE) นอกเหนือจาก Wellcare หรือไม่

☐ បាទ ☐ ទេ

ตัวแทนที่ได้รับอนุญาต:

หากตอบว่า “ใช่” โปรดระบุความคุ้มครองอื่น ๆ ของคุณและหมายเลขบัตรประจำตัว (ID) ของคุณสำหรับความคุ้มครองนี้:

*ชื่อของความคุ้มครองอื่น ๆ:

*หมายเลขสมาชิกสำหรับความคุ้มครองนี้:

*หมายเลขกลุ่มสำหรับความคุ้มครองนี้:

2. คุณเป็นผู้มีถิ่นพำนักในสถานที่ดูแลระยะยาว เช่น ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

หากตอบว่า “ใช่” โปรดให้ข้อมูลต่อไปนี้:

ชื่อสถาบัน:

ที่อยู่ของสถาบัน (หมายเลขและถนน):

เมือง: รัฐ:

รหัส ZIP: หมายเลขโทรศัพท์:

*3. โปรดระบุหมายเลขโครงการ Medicaid ประจำรัฐของคุณ:

โปรดระบุหมายเลข Medicaid สำหรับแผน D-SNP หากไม่มีหมายเลข Medicaid อาจส่งผลให้การประมวลผลคำร้องล่าช้าและอาจทำให้คำร้องถูกปฏิเสธได้

4. คุณหรือคู่สมรสของคุณทำงานหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

โปรดเลือกช่องใดช่องหนึ่งด้านล่าง หากคุณต้องการให้เราส่งข้อมูลในภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษหรือในรูปแบบที่คนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงได้:

☐ จีน (หากมี) ☐ เกาหลี (หากมี) ☐ มัง (หากมี)

☐ ดากาล็อก (หากมี) ☐ ลาว (หากมี) ☐ กัมพูชา/เขมร (หากมี)

☐ ฮาวาย (หากมี) ☐ ญี่ปุ่น (หากมี) ☐ เวียดนาม (หากมี)

☐ ชามัว (หากมี) ☐ ไทย (หากมี) ☐ ฮิลอกาโน (หากมี)

☐ ตัวอักษรขนาดใหญ่ ☐ อักษรเบรลล์ ☐ แผ่น CD ข้อมูลเสียง ☐ แผ่นซีดีที่ใช้เก็บข้อมูล

โปรดติดต่อ Wellcare ที่หมายเลข 1-844-480-0680 (ผู้ใช้ TTY ควรโทรไปที่หมายเลข 711) หากคุณต้องการข้อมูลในรูปแบบที่คนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงได้หรือภาษาอื่นที่นอกเหนือจากที่ระบุไว้ข้างต้น เวลาทำการของเราคือวันอาทิตย์ - วันเสาร์ เวลา 8 a.m. ถึง 8 p.m. (ทุกเขตเวลา) สมาชิกปัจจุบันยังสามารถโทรไปที่หมายเลขที่ระบุไว้บนบัตร ID ของคุณ

คลินิกหรือศูนย์สุขภาพ: คุณสามารถค้นหาผู้ให้บริการได้ที่ wellcarefindaprovider.com

[illegible]

IPA ID#										PCP NPI								
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------	--	--	--	--	--	--	--	--

ชื่อ IPA:

[illegible]

หากไม่ได้เลือก PCP ในเครือข่ายที่ถูกต้องหรือไม่เลือกช่องทำเครื่องหมายการมอบหมาย PCP โดยอัตโนมัติ ระบบจะมอบหมาย PCP ในเครือข่ายให้กับผู้รับผลประโยชน์เอง การมอบหมาย PCP อาจเปลี่ยนแปลงได้ทุกเมื่อโดยโทรไปที่หมายเลขบริการสมาชิกบนบัตร ID สมาชิก

คุณสามารถจ่ายค่าเบี้ยประกันแผนความคุ้มครองรายเดือนของคุณทางไปรษณีย์ บัตรเครดิต จ่ายทางโทรศัพท์ หรือผ่านระบบโอนเงินทางอิเล็กทรอนิกส์ (EFT) ในแต่ละเดือน นอกจากนี้ คุณยังสามารถเลือกที่จะชำระเบี้ยประกันด้วยวิธีการหักเงินอัตโนมัติจากเช็คสวัสดิการประกันสังคม หรือ คณะกรรมการบำเหน็จบำนาญรถไฟ (RRB) ของคุณในแต่ละเดือน หากมีสิทธิ์ หากคุณไม่ได้เลือกตัวเลือกการชำระเงิน คุณจะรับผิดชอบคูปองเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันรายเดือนของคุณ

หากคุณต้องชำระเงินในส่วน D เงินที่ปรับเปลี่ยนตามรายได้ในแต่ละเดือน (ส่วน D-IRMAA) คุณต้องชำระจำนวนเงินเพิ่มเติมนี้ให้กับ Medicare เพิ่มเติมจากค่าเบี้ยประกันแผนความคุ้มครองของคุณโดยตรง ห้ามจ่ายเงินใน ส่วน D-IRMAA ให้แก่ Wellcare

ผู้ที่มียาได้จำกัดอาจมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือพิเศษ (Extra Help) ในการจ่ายค่ายาตามใบสั่งแพทย์ แม้ว่าคุณจะมีความช่วยเหลือพิเศษในตอนนี้ แต่คุณอาจต้องยื่นคำร้องใหม่เพื่อขอการรับรองอีกครั้ง หลายคนมีสิทธิ์ที่จะประหยัดเงินได้แต่ไม่รู้ด้วยซ้ำ สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความช่วยเหลือพิเศษนี้ โปรดติดต่อสำนักงานประกันสังคมในพื้นที่ของคุณ หรือโทรติดต่อประกันสังคมที่หมายเลข 1-800-772-1213 ผู้ใช้ TTY ควรโทรติดต่อที่หมายเลข 1-800-325-0778 นอกจากนี้ คุณยังสามารถสมัครขอรับความช่วยเหลือพิเศษทางออนไลน์ได้ที่ <https://www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help>

☐ ระบบโอนเงินทางอิเล็กทรอนิกส์ (EFT) จากบัญชีธนาคารของคุณในแต่ละเดือน

- . คุณไม่จำเป็นต้องจำว่าต้องส่งเช็คในแต่ละเดือน
- . เงินจะถูกหักจากบัญชีของคุณโดยอัตโนมัติระหว่างวันที่ 15 ถึง 20 ของแต่ละเดือน

ตัวแทนที่ได้รับอนุญาต:

. โปรดแนบเช็คที่ถูกยกเลิกหรือแจ้งข้อมูลดังต่อไปนี้:

ชื่อเจ้าของบัญชี: _____
(พิมพ์ชื่อตามที่ปรากฏในบัญชีที่ต้องการให้หักเงิน)

ชื่อธนาคาร: _____

หมายเลขการกำหนดเส้นทาง (ต้องเป็นหมายเลข 9 หลัก)

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

หมายเลขบัญชี

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

ประเภทบัญชี: ☐ บัญชีกระแสรายวัน ☐ บัญชีเงินฝากออมทรัพย์

ลายมือชื่อของเจ้าของบัญชี: (หากไม่ใช่ผู้ลงทะเบียน) _____

ข้าพเจ้าตกลงว่าการอนุญาตนี้จะยังคงมีผลจนกว่าข้าพเจ้าจะแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้ยกเลิกบริการนี้

☐ การหักเงินอัตโนมัติจากเช็คสวัสดิการประกันสังคมหรือ คณะกรรมการบำเหน็จบำนาญรถไฟ (RRB) รายเดือนของคุณ (หากมีคุณสมบัติเหมาะสม)

ข้าพเจ้าได้รับสวัสดิการรายเดือนจาก: ☐ ประกันสังคม ☐ คณะกรรมการบำเหน็จบำนาญรถไฟ

การหักเงินประกันสังคม/RRB อาจใช้เวลาเริ่มต้นอย่างน้อยสองเดือนขึ้นไปหลังจากที่สำนักงานประกันสังคมหรือ RRB อนุมัติให้มีการหักเงิน ในกรณีส่วนใหญ่ หากสำนักงานประกันสังคมหรือ RRB ยอมรับคำขอให้มีการหักเงินอัตโนมัติจากคุณ การหักเงินครั้งแรกจากเช็คสวัสดิการประกันสังคมหรือ RRB ของคุณจะรวมค่าเบี้ยประกันทั้งหมดที่ครบกำหนดชำระหลังจากวันที่การลงทะเบียนมีผลบังคับใช้จนถึงเวลาที่เริ่มหักเงิน หากสำนักงานประกันสังคมหรือ RRB ไม่อนุมัติคำขอให้มีการหักเงินอัตโนมัติจากคุณ หรืออนุมัติให้เริ่มมีการหักเงินหลังจากวันที่การลงทะเบียนมีผลบังคับใช้ เราจะส่งใบเรียกเก็บเงินค่าเบี้ยประกันรายเดือนให้กับคุณ

☐ รับสมุดคู่มือสำหรับการชำระเงินค่าเบี้ยประกันรายเดือน

หมายเหตุ: นอกจากนี้ คุณยังสามารถจ่ายค่าเบี้ยประกันแผนความคุ้มครองของคุณด้วยบัตรเครดิต หรือหักจากบัญชีธนาคารของคุณ (บัญชีกระแสรายวัน/บัญชีเงินฝากออมทรัพย์) แทนการใช้คู่มือรายเดือน ในการเตรียมการชำระเงินของคุณ โปรดไปที่เว็บไซต์ของเราที่ go.wellcare.com/OhanaHI หรือโทรติดต่อ Wellcare ที่หมายเลข 1-844-480-0680 ผู้ใช้ TTY ควรโทรไปที่หมายเลข 711 เราเปิดให้บริการในวันอาทิตย์ - วันเสาร์ เวลา 8 a.m. ถึง 8 p.m. (ทุกเขตเวลา)



โปรดอ่านข้อมูลสำคัญนี้:

สำหรับแผน MAPD: หากขณะนี้ คุณมีความคุ้มครองด้านสุขภาพจากนายจ้างหรือสหภาพแรงงาน การเข้าร่วมแผน Wellcare อาจส่งผลกระทบต่อสวัสดิการด้านสุขภาพของนายจ้างหรือสหภาพแรงงานได้ คุณอาจสูญเสียความคุ้มครองด้านสุขภาพของนายจ้างหรือสหภาพแรงงาน หากคุณเข้าร่วม Wellcare อ่านข้อความสื่อสารที่นายจ้างหรือสหภาพแรงงานส่งให้คุณ หากคุณมีข้อสงสัย โปรดไปที่เว็บไซต์ของพวกเขา หรือติดต่อสำนักงานที่ระบุไว้ในข้อความสื่อสารของพวกเขา หากไม่มีข้อมูลบุคคลที่ควรติดต่อ ผู้ดูแลสวัสดิการของคุณหรือสำนักงานที่ตอบคำถามเกี่ยวกับความคุ้มครองของคุณสามารถช่วยได้

ตัวแทนที่ได้รับอนุญาต:

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

โปรดอ่านและลงนาม:

- ข้าพเจ้าจะต้องรักษาทั้งความคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล (ส่วน A) และด้านสุขภาพ (ส่วน B) ให้คงอยู่ใน Wellcare
- เมื่อเข้าร่วมแผน Medicare Advantage นี้ ข้าพเจ้ารับทราบว่า Wellcare จะแบ่งปันข้อมูลของข้าพเจ้ากับ Medicare ซึ่งอาจใช้ข้อมูลนี้ในการติดตามการลงทะเบียนของข้าพเจ้า เพื่อทำการชำระเงิน และเพื่อวัตถุประสงค์อื่น ๆ ที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายของรัฐบาลกลางซึ่งอนุญาตให้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลนี้ (ดูค่าแถลงเกี่ยวกับกฎหมายความเป็นส่วนตัวด้านล่าง) ค่าตอบของคุณในแบบฟอร์มนี้เป็นข้อมูลที่คุณยินยอมมอบให้ แต่หากไม่ตอบคำถาม อาจส่งผลต่อการลงทะเบียนในแผนได้
- ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้าสามารถลงทะเบียนในแผน MA หรือส่วน D ได้ครั้งละหนึ่งแผนเท่านั้น และการลงทะเบียนในแผนนี้จะยุติการลงทะเบียนในแผน MA หรือส่วน D อื่นโดยอัตโนมัติ (มีข้อยกเว้นสำหรับแผน MA PFFS, MA MSA)
- ข้าพเจ้าเข้าใจว่าเมื่อความคุ้มครองของ Wellcare ของข้าพเจ้าเริ่มต้นขึ้น ข้าพเจ้าจะต้องได้รับสวัสดิการทางการแพทย์และยาตามใบสั่งแพทย์ทั้งหมดของข้าพเจ้าจาก Wellcare สวัสดิการและบริการที่ Wellcare จัดหาให้และมีอยู่ในเอกสาร "หลักฐานความคุ้มครอง" ของ Wellcare (หรือที่เรียกว่าสัญญาสมาชิกหรือข้อตกลงของสมาชิก) จะได้รับความคุ้มครอง Medicare และ Wellcare จะไม่จ่ายสวัสดิการหรือบริการที่ไม่คุ้มครอง
- ข้อมูลในแบบฟอร์มการลงทะเบียนนี้ถูกต้องตามที่ข้าพเจ้าทราบ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าหากข้าพเจ้าตั้งใจให้ข้อมูลเท็จในแบบฟอร์มนี้ ข้าพเจ้าจะถูกตัดชื่อออกจากแผน
- ข้าพเจ้าเข้าใจว่าลายมือชื่อของข้าพเจ้า (หรือลายมือชื่อของบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจตามกฎหมายให้ดำเนินการในนามของข้าพเจ้า) ในคำร้องนี้หมายความว่าข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจเนื้อหาในคำร้องนี้แล้ว หากลงนามโดยตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจ (ตามที่อธิบายไว้ข้างต้น) ลายมือชื่อนี้รับรองว่า:

1) บุคคลนี้ได้รับมอบอำนาจภายใต้กฎหมายของรัฐให้ทำการลงทะเบียนนี้ และ

2) เอกสารการมอบอำนาจนี้มีพร้อมให้ตามคำขอของ Medicare

เมื่อลงนามในเอกสารฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้เป็นความจริง ครบถ้วน สมบูรณ์ และถูกต้องตามที่ข้าพเจ้าทราบ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าในกรณีที่พบว่าข้อมูลนี้ไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้าอาจถูกตัดชื่อออกจากแผนการลงทะเบียน

ลายมือชื่อ: _____ วันที่ของวันนี้:

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

*หากคุณเป็นตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจ คุณต้องลงนามและระบุข้อมูลต่อไปนี้

คุณต้องการให้ส่งจดหมายทุกฉบับไปยังตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

คุณต้องการให้โทรศัพท์ไปยังตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

*ชื่อ:

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

*ที่อยู่:

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

*เมือง

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

 *รัฐ:

--	--

 *ZIP:

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

ตัวแทนที่ได้รับอนุญาต:

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

*หมายเลขโทรศัพท์:

*ความสัมพันธ์กับผู้ลงทะเบียน:

การรับรองว่ามีคุณสมบัติเหมาะสมในช่วงการลงทะเบียน

โดยทั่วไป คุณสามารถลงทะเบียนในแผน Medicare Advantage ได้ในช่วงการลงทะเบียนประจำปี ตั้งแต่วันที่ 15 ตุลาคมถึง 7 ธันวาคมของแต่ละปีเท่านั้น มีข้อยกเว้นที่อาจอนุญาตให้คุณลงทะเบียนในแผน Medicare Advantage นอกช่วงเวลานี้ หากเป็นครั้งแรกที่คุณใช้สวัสดิการของ Medicare และคุณจะมีอายุครบ 65 ปีมากกว่า 90 วัน "ข้าพเจ้าเพิ่งมาเป็นสมาชิก Medicare" จะไม่มีผล ดังนั้น โปรดเลือก SEP ที่เหมาะสมด้านล่าง

โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้อย่างละเอียดและเลือกในช่องที่มีข้อความที่ตรงกับคุณ เมื่อทำเครื่องหมายในช่องด้านล่างนี้ ถือว่าคุณรับรองว่าคุณมีคุณสมบัติเหมาะสมสำหรับช่วงเวลาการลงทะเบียน ตามที่สุดคุณทราบ หากในภายหลัง เราพบว่าข้อมูลนี้ไม่ถูกต้อง คุณอาจถูกตัดชื่อออกจากการลงทะเบียน

หากข้อความที่คุณเลือกต้องระบุวันที่ โปรดใช้รูปแบบต่อไปนี้: MMDDYYYY

โปรดอ่านข้อความทั้งหมดด้านล่างก่อนทำเครื่องหมายเลือก

1. ☐ ข้าพเจ้าเพิ่งมาเป็นสมาชิก Medicare
*โปรดเลือกเฉพาะกรณีที่คุณเป็น 1. ได้รับสิทธิ์ใหม่ 2. คุณจะมีอายุครบ 65 ปีภายใน 90 วัน หรือคุณเพิ่งมีอายุครบ 65 ปีภายใน 90 วันที่ผ่านมา 3. ผู้รับสวัสดิการใหม่ หรือ 4. ได้รับสิทธิ์ใหม่แต่ก่อนหน้านี้เพิ่งได้รับ Medicare จากความทุพพลภาพ
*หากความคุ้มครองของนายจ้างของคุณเพิ่งจะสิ้นสุดลงไปในไม่นาน และนี่เป็นครั้งแรกที่คุณใช้ Medicare โปรดเลือก SEP ที่ "ข้าพเจ้าหมดสิทธิ์ในความคุ้มครองของนายจ้างหรือสหภาพแรงงานของข้าพเจ้าแล้ว" ด้านล่าง
2. ☐ ช่วงการลงทะเบียนประจำปี (AEP) คือวันที่ 15 ต.ค. ถึง 7 ธ.ค. ทุกปี
3. ☐ ข้าพเจ้าได้รับส่วน A/D และเพิ่งลงทะเบียนในส่วน B ข้าพเจ้าประสงค์จะลงทะเบียนเข้าร่วมแผน MA
4. ☐ ข้าพเจ้าเพิ่งมาเป็นสมาชิก Medicare และข้าพเจ้าได้รับแจ้งให้ทราบถึงการรับ Medicare หลังจากที่มีความคุ้มครองส่วน A และ/หรือส่วน B ของข้าพเจ้าเริ่มต้น ข้าพเจ้าได้รับแจ้งเมื่อวันที่:
5. ☐ ข้าพเจ้าเป็นสมาชิก Medicare มาก่อนหน้านี้ แต่ตอนนี้ข้าพเจ้าจะมีอายุครบ 65 ปี
6. ☐ ข้าพเจ้าได้ลงทะเบียนในแผน Medicare Advantage และต้องการทำการเปลี่ยนแปลงในช่วงการลงทะเบียนแบบเปิดของ Medicare Advantage (MA OEP)
7. ☐ ข้าพเจ้าย้ายไปยังที่อยู่ใหม่ที่อยู่นอกพื้นที่ให้บริการของแผนปัจจุบันของข้าพเจ้า หรือข้าพเจ้าเพิ่งย้ายมาและแผนนี้เป็นตัวเลือกใหม่ของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าย้ายมาเมื่อวันที่:
8. ☐ ข้าพเจ้าย้ายกลับมายังสหรัฐอเมริกาหลังจากที่อาศัยอยู่ต่างประเทศข้าพเจ้ากลับมาเมื่อวันที่:

9. ☐ ข้าพเจ้าได้รับการปล่อยตัวจากโทษจำคุก ข้าพเจ้าได้รับการปล่อยตัวเมื่อวันที่
10. ☐ ข้าพเจ้าเพิ่งได้รับสถานะผู้มีถิ่นที่อยู่โดยชอบด้วยกฎหมายในสหรัฐอเมริกาเมื่อไม่นานมานี้ ข้าพเจ้าได้รับสถานะนี้เมื่อวันที่
11. ☐ ข้าพเจ้าอาศัยอยู่ที่สถานที่ดูแลระยะยาว เช่น ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุหรือโรงพยาบาลเวชกรรมฟื้นฟู
*หมายเหตุ: ต้องกรอกข้อมูลของสถานที่ดูแลระยะยาวลงในแบบฟอร์ม
12. ☐ ข้าพเจ้าเพิ่งออกจากสถานที่ดูแลระยะยาว เช่น ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุหรือโรงพยาบาลเวชกรรมฟื้นฟู
*หมายเหตุ: ต้องกรอกข้อมูลของสถานที่ดูแลระยะยาวลงในแบบฟอร์ม
ข้าพเจ้าย้ายออกจากสถานที่นั้นเมื่อ
13. ☐ ข้าพเจ้าหมดสิทธิ์ในความคุ้มครองของนายจ้างหรือสหภาพแรงงาน (รวมถึงความคุ้มครองของ COBRA) ในวันที่
14. ☐ ข้าพเจ้าสูญเสียสิทธิ์ในความคุ้มครองยาอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ของ Medicare ซึ่งเทียบเท่ากับความคุ้มครองยาของ Medicare (ความคุ้มครองที่เชื่อถือได้) หรือมีการเปลี่ยนแปลงความคุ้มครองอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ของ Medicare ของข้าพเจ้าและไม่น่าเชื่อถืออีกต่อไป ข้าพเจ้าสูญเสียสิทธิ์ในความคุ้มครองเมื่อวันที่
15. ☐ จะไม่มีการต่ออายุแผนในปัจจุบันของข้าพเจ้าสำหรับปีสัญญาที่กำลังจะมาถึง
*หมายเหตุ: SEP นี้มีผลตั้งแต่วันที่ 12/8 - วันสุดท้ายของเดือนกุมภาพันธ์เท่านั้น
16. ☐ ข้าพเจ้าสูญเสียสิทธิ์ในความคุ้มครองของข้าพเจ้าเนื่องจากโครงการ Medicare ยุติสัญญากับแผนความคุ้มครองของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าได้รับจดหมายจาก Medicare ว่าข้าพเจ้าสามารถเข้าร่วมแผนความคุ้มครองอื่นได้ ความคุ้มครองของข้าพเจ้าสิ้นสุดลงเมื่อวันที่
17. ☐ ข้าพเจ้ายกเลิกสิทธิ์ในความคุ้มครองในแผน PACE (โครงการการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร) ข้าพเจ้าออกจากโครงการเมื่อวันที่
18. ☐ ข้าพเจ้าสูญเสียสิทธิ์ในแผนความต้องการพิเศษของข้าพเจ้า เพราะข้าพเจ้าไม่มีสถานะผู้ต้องการการดูแลเป็นพิเศษที่จำเป็นสำหรับแผนดังกล่าวอีกแล้ว ข้าพเจ้าจะหรือถูกตัดชื่อออกจากการลงทะเบียนจาก SNP เมื่อวันที่
19. ☐ ข้าพเจ้าต้องการเข้าร่วมแผนความต้องการพิเศษที่มีสวัสดิการที่เสนอให้ตรงกับอาการเรื้อรังของข้าพเจ้า
20. ☐ มีการตรวจพบว่าข้าพเจ้าไม่มีสิทธิ์ในแผน CSNP ของข้าพเจ้าและต้องการลงทะเบียนในแผนอื่น ข้าพเจ้าได้รับแจ้งเมื่อวันที่
21. ☐ ข้าพเจ้าเพิ่งทำการเปลี่ยนแปลงใน Medicaid ของข้าพเจ้า (เพิ่งได้รับ Medicaid, มีการเปลี่ยนแปลงในระดับ Medicaid ของข้าพเจ้า หรือสูญเสียสิทธิ์ใน Medicaid) เมื่อวันที่
22. ☐ ข้าพเจ้าเพิ่งทำการเปลี่ยนแปลงในการชำระค่ายาในความช่วยเหลือพิเศษของข้าพเจ้า (เพิ่งได้รับความช่วยเหลือพิเศษ มีการเปลี่ยนแปลงในระดับความช่วยเหลือพิเศษของข้าพเจ้า หรือสูญเสียสิทธิ์ในความช่วยเหลือพิเศษ) เมื่อวันที่

ตัวแทนที่ได้รับอนุญาต:

23. ☐ Medicare (หรือรัฐของข้าพเจ้า) ลงทะเบียนแผนความคุ้มครองให้ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าต้องการเลือกแผนความคุ้มครองอื่น การลงทะเบียนของข้าพเจ้าในแผนความคุ้มครองนั้นเริ่มต้นเมื่อวันที่
24. ☐ ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการช่วยเหลือด้านยาของรัฐ (State Pharmaceutical Assistance Program) รัฐต่อไปนี้เสนอ SPAP ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม: Delaware, Indiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Jersey, New Mexico, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Texas, Vermont, Wisconsin
25. ☐ ข้าพเจ้าสูญเสียสิทธิ์ในความช่วยเหลือจากโครงการช่วยเหลือด้านยาของรัฐ ข้าพเจ้าสูญเสียสิทธิ์ในความช่วยเหลือเมื่อวันที่
26. ☐ ข้าพเจ้า หรือบุคคลที่ข้าพเจ้าพึ่งพาเพื่อทำการตัดสินใจเรื่องการดูแลสุขภาพ ได้รับผลกระทบจากเหตุฉุกเฉินหรือภัยพิบัติครั้งใหญ่ (ตามที่ประกาศโดยสำนักจัดการภาวะฉุกเฉินกลางหรือโดยรัฐบาลกลาง รัฐ หรือรัฐบาลท้องถิ่นของข้าพเจ้า) ข้อความอื่น ๆ ข้อหนึ่งในหน้านี้ที่มีผลกับข้าพเจ้า แต่ข้าพเจ้าไม่สามารถส่งค่าขอได้เนื่องจากภัยพิบัติ ข้าพเจ้าพลาดการลงทะเบียนในช่วงที่กำหนดสำหรับ:
27. ☐ ข้าพเจ้าจะลงทะเบียนในแผน Medicare ระดับ 5 ดาว
28. ☐ ข้าพเจ้าอยู่ในแผนที่อยู่ในระดับต่ำกว่า 3 ดาวในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ข้าพเจ้าต้องการเข้าร่วมแผนที่มียาตั้งแต่ 3 ดาวขึ้นไป
29. ☐ ข้าพเจ้าอยู่ในแผนที่ทางรัฐเพิ่งเข้ามาควบคุมอันเนื่องจากปัญหาทางการเงิน (คำสั่งพิทักษ์ทรัพย์) ข้าพเจ้าต้องการเปลี่ยนเป็นแผนอื่น
30. ☐ ข้าพเจ้าได้ขอเอกสารในรูปแบบที่คนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงได้แต่ก็ไม่ได้รับได้ทันเวลา ข้าพเจ้าต้องการลงทะเบียนตอนนี้เพราะข้าพเจ้าได้มีเวลาในการตัดสินใจลงทะเบียน รูปแบบที่คนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงได้ที่ข้าพเจ้าได้ขอไปก่อนหน้านี้คือ:
- *หมายเหตุ: รูปแบบที่คนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงได้รวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียงอักษรเบรลล์ แผ่น CD ที่ใช้เก็บข้อมูล ตัวอักษรขนาดใหญ่
31. ☐ ข้าพเจ้าชำระค่าเบี้ยประกันสำหรับส่วน A และข้าพเจ้าได้ลงทะเบียนสำหรับส่วน B ในช่วงการลงทะเบียนทั่วไป (1 มกราคม - 31 มีนาคม ในแต่ละปี) ข้าพเจ้าต้องการเข้าร่วมแผนความคุ้มครองยาของ Medicare (ส่วน D) หรือแผน Medicare Advantage ที่มีความคุ้มครองยา
32. ☐ ข้าพเจ้าได้ลงทะเบียนสำหรับส่วน A (ประกันค่ารักษาพยาบาล) หรือส่วน B (ประกันสุขภาพ) ในช่วงการลงทะเบียนพิเศษที่ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติ เนื่องด้วยว่าเป็นกรณีพิเศษ
33. ☐ ข้าพเจ้าได้ลงทะเบียนเข้าร่วมแผน WellCare/Centene Medicaid และประสงค์จะลงทะเบียนเข้าร่วมแผน D-SNP (FIDE SNP) แบบครบวงจรของ WellCare/Centene D-SNP แบบครบวงจรขั้นสูง (HIDE D-SNP) หรือแผนความคุ้มครองแบบครบวงจรที่เกี่ยวข้อง (AIP)

หากไม่มีข้อความใดที่กล่าวมานี้เกี่ยวข้องกับคุณหรือคุณไม่แน่ใจว่าข้อใดที่เกี่ยวข้องกับคุณ โปรดติดต่อ Wellcare ที่หมายเลข 1-844-480-0680 (ผู้ใช้ TTY ควรโทรไปที่หมายเลข 711) เพื่อดูว่าคุณมีสิทธิ์ลงทะเบียนหรือไม่ เราเปิดให้บริการในวันอาทิตย์ - วันเสาร์ เวลา 8 a.m. ถึง 8 p.m. (ทุกเขตเวลา)

สำหรับผู้ช่วยเหลือผู้ลงทะเบียนในการกรอกแบบฟอร์มนี้เท่านั้น

กรอกข้อมูลในส่วนนี้หากคุณเป็นผู้ (เช่น ตัวแทน นายหน้า ที่ปรึกษา SHIP สมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลที่
สามารถอื่น ๆ) ที่ช่วยผู้ลงทะเบียนกรอกแบบฟอร์มนี้

ชื่อ:_____ ความสัมพันธ์กับผู้ลงทะเบียน:_____

ลายมือชื่อ:_____ หมายเลขผู้ให้บริการในประเทศ (ตัวแทน/นายหน้าเท่านั้น):_____

ตัวแทนที่ได้รับอนุญาต/ใช้ในสำนักงานเท่านั้น:

เมื่อลงนามและยื่นในเอกสารฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้ไว้ในที่นี่เป็นความจริง ครบถ้วนสมบูรณ์ และถูกต้องตามที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อเช่นนั้น ข้าพเจ้าเข้าใจว่าการแถลงข้อความเท็จหรือการละเว้นไม่กระทำการใด ๆ อาจเป็นเหตุให้มีการลงโทษทางวินัยสูงสุดถึงขั้นยุติการแต่งตั้งและถอดถอนของผู้ให้บริการของข้าพเจ้า

ชื่อพนักงาน/ตัวแทน/นายหน้า/ตัวแทนที่ได้รับอนุญาต (หากได้รับความช่วยเหลือในการลงทะเบียน):

[illegible]

ลายมือชื่อของตัวแทนที่ได้รับอนุญาต: _____

วันที่ได้รับคำร้อง:

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

ID ตัวแทนที่ได้รับอนุญาต:

ขอบเขตการตรวจสอบการนัดหมาย #:

โทรศัพท์ของตัวแทนที่ได้รับอนุญาต #:

ID แผน #: H

วันที่ความคุ้มครองมีผลบังคับใช้:

M	M	D	D	Y	Y	Y

ชื่อแผน:

[illegible]

ตัวแทนที่ได้รับอนุญาต:

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

ตามกฎหมายการลดการใช้เอกสารกระดาษปี 1995 บุคคลไม่จำเป็นต้องตอบกลับการเก็บรวบรวมข้อมูล เว้นแต่จะแสดงหมายเลขควบคุม OMB ที่ถูกต้อง หมายเลขควบคุม OMB ที่ถูกต้องสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลนี้คือ 0938-1378 คาดว่าจะใช้เวลาในการกรอกข้อมูลนี้จะอยู่ที่ประมาณ 20 นาทีโดยเฉลี่ยต่อการตอบหนึ่งครั้ง รวมถึงเวลาในการอ่านคำแนะนำ ค้นหาแหล่งข้อมูลที่มีอยู่ รวบรวมข้อมูลที่จำเป็น และกรอกข้อมูลให้เสร็จสมบูรณ์และทบทวนการเก็บรวบรวมข้อมูล หากคุณมีความคิดเห็นใด ๆ เกี่ยวกับความถูกต้องของเวลาโดยประมาณ หรือขอเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแบบฟอร์มนี้ โปรดส่งจดหมายมาที่: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

คำแถลงเกี่ยวกับกฎหมายความเป็นส่วนตัว Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) เก็บรวบรวมข้อมูลจากแผน Medicare เพื่อติดตามการลงทะเบียนผู้รับผลประโยชน์ในแผน Medicare Advantage (MA) ปรับปรุงบริการดูแลรักษา และการจ่ายสวัสดิการจาก Medicare มาตรา 1851 และ 1860D-1 ของกฎหมายประกันสังคมและ 42 CFR §§ 422.50 และ 422.60 อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลนี้ได้ CMS อาจใช้เปิดเผยและแลกเปลี่ยนข้อมูลการลงทะเบียนจากผู้รับผลประโยชน์ใน Medicare ตามที่ระบุไว้ในประกาศเกี่ยวกับระบบบันทึก (SORN) "ยาตามใบสั่งแพทย์ของ Medicare Advantage (MARx)" ระบบเลขที่ 09-70-0588 คำตอบของคุณในแบบฟอร์มนี้เป็นข้อมูลที่คุณยินยอมมอบให้ แต่หากไม่ตอบคำถาม อาจส่งผลต่อการลงทะเบียนในแผนได้

'Ohana Health Plan เป็นแผนสุขภาพที่เสนอโดย Wellcare Health Insurance of Arizona, Inc.