

誰能使用這一表格？

有 Medicare 且希望加入 Medicare Advantage Plan 的人

要加入計劃，您必須：

- 是美國公民或在美國有合法居住權
- 居住在計劃服務區域內

重要事項：要加入 Medicare Advantage Plan，您還必須同時擁有：

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

我何時使用這一表格？

您可在以下時段加入計劃：

- 每年的 10 月 15 日至 12 月 7 日（保險從 1 月 1 日起生效）
- 在第一次獲得 Medicare 的 3 個月內
- 在某些情況下，您可以加入或變更計劃

請瀏覽 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) 瞭解有關何時參保計劃的更多內容。

要填寫這一表格需要哪些資料？

- 您的 Medicare 編號（印於您的紅白藍 Medicare 卡上）
- 您的固定地址和電話號碼

注：您必須填寫完成第 1 部分的所有內容。第 2 部分為選填內容，您不會因為未填寫該部分內容而被拒絕參保。

提醒：

- 如果您想要在秋季開放參保期（10 月 15 日 - 12 月 7 日）加入計劃，則計劃須在 12 月 7 日前收到您填寫完成的表格。
- 您的計劃會向您寄送一份計劃保費帳單。您也可以選擇登記從您的銀行帳戶或您的每月社會保障（或鐵路職工退休委員會）福利中自動扣繳保費。

然後會怎樣？

將填寫完成並簽名的表格寄送至：
Centers Plan for Healthy Living
75 Vanderbilt Avenue
Staten Island, NY 10304

在處理您的加入申請後，他們將聯絡您。

我如何獲得有關這一表格的協助？

請致電 Centers Plan for Healthy Living：1-877-940-9330。聽力障礙電傳使用者可致電 711。

或致電 Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽力障礙電傳使用者請致電：1-877-486-2048。

En español: Llame a Centers Plan for Healthy Living al 1-877-940-9330/TTY 711

O, a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle. Los usuarios de TTY pueden llamar 1-877-486-2048.

無家可歸者

- 如果您想加入一項計劃但沒有固定住所，則郵政信箱、庇護所或診所的地址或您接收郵件（例如社會保障支票）的地址可被視為您的固定住所地址。

根據 1995 年《縮減文書工作法案》，任何人員都無需回應資訊收集，除非其展示有效的 OMB 控制編號。本次資訊收集的有效 OMB 控制編號為 0938-1378。填寫資訊表需要的時間平均為 20 分鐘，包括檢視說明、搜尋現有資料資源、收集需要的資料和填寫並檢查資訊收集表。如果您希望對預計時間的準確性發表任何評論，或希望針對如何完善本表格提出建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

重要事項

請勿將這一表格或任何含有您個人資訊（例如索賠、付款、醫療記錄等）的資料寄送至 PRA Reports Clearance Office。我們收到的任何與改進表格或其收集責任（詳見 OMB 0938-1378）無關的資料將被銷毀。我們將不會保留、審核資料或將其轉交計劃。查看本頁的「然後會怎樣？」部分內容，將填妥的表格寄送至計劃。

第 1 部分 - 請填寫本頁上所有欄位 (標明「選填」的內容除外)

請選擇您想要加入的計劃：

- Centers Plan for Medicare Advantage Care 每月\$0.00
 Centers Plan for Dual Coverage Care (HMO D-SNP) 每月\$48.70
 Centers Plan for Nursing Home Care (HMO I-SNP) 每月\$48.70

名字： 姓氏： [選填：中間名字首]：

出生日期：(月/日/年) 性別： 電話號碼：
(/ /) 男性 女性 ()

固定住所街道地址 (請勿填寫 P.O.郵箱)：

城市： [選填：郡]： 州： 郵遞區號：

郵寄地址 (僅在與您的固定住所地址不同時填寫，可填寫 P.O.郵箱)：

街道地址： 城市： 州： 郵遞區號：

您的 Medicare 資訊：

Medicare 編號： _____

回答下列重要問題：

除了Centers Plan for Healthy Living之外，您是否還將擁有其他處方藥保險 (例如，VA、TRICARE) ?
是 否

其他保險的名稱： 該保險的會員號： 該保險的團體號：

僅適用於擁有Medicare和Medicaid的人士：您是否參加了州Medicaid ?
是 否

如果回答為「是」，請提供您的Medicaid號： _____

僅適用於I-SNP：您是否長期住在保健機構裡，如療養院？是 否
如果答案為「是」，請提供以下資訊：

機構名稱： _____

地址： _____

電話號碼： _____

入院日期： / /

重要事項：請認真閱讀並在下方簽字：

- 要繼續參保 **Centers Plan for Healthy Living**，我必須保持住院（A 部分）和醫療（B 部分）保險。
- 加入此 **Medicare Advantage** 即代表我同意 **Centers Plan for Healthy Living** 將與 **Medicare** 共享我的資訊，**Medicare** 可使用我的資訊來追蹤我的參保、進行付款，以及用於授權收集此資訊的聯邦法律允許的其他目的（請參閱下方的《隱私權法聲明》）。
- 您可自願回覆本表格。但是，不回覆可能會影響您的計劃參保
- 在我所知的範圍內，本參保表上的資訊正確無誤。我明白，如果我在本表中蓄意提供虛假資訊，我將喪失參加該計劃的資格。
- 我知道，參保 **Medicare** 的人士在境外通常不受 **Medicare** 的保護，但在美國邊境附近享受有限的承保福利
- 我瞭解我一次只能參保一項 **MA** 計劃——如果參保此計劃，我將自動從另一項 **MA** 計劃退保（例外情況適用於 **MA PFFS**、**MA MSA** 計劃）。
- 我瞭解，自 **Centers Plan for Healthy Living** 保險生效起，我必須從 **Centers Plan for Healthy Living** 獲得所有醫療和處方藥福利。只有 **Centers Plan for Healthy Living** 提供的福利和服務以及我的 **Centers Plan for Healthy Living** 承保福利說明文件（又稱為會員合約或使用者協議）中包含的福利和服務才屬於有保障的福利。**Medicare** 和 **Centers Plan for Healthy Living** 均不會為非其承保的福利或服務付費。
- 我明白，我（或合法代表我本人的授權代理人）在本申請表上簽字意味著我已經閱讀並理解了本申請表中的內容。若由授權代表（如上所述）簽字，則該簽字表明：
 - 1) 該代理人根據州法律經授權完成本申請，並且
 - 2) 可以根據 **Medicare** 的要求提供此授權的文件。

簽名：	今日日期：
-----	-------

如果您是授權代表，請在上方簽字並填寫以下欄位：

姓名：	地址：
電話號碼：	與參保人的關係：

僅供辦公室/代理人/經紀人使用：

代理人/經紀人姓名（若幫助參保） _____

代理人/經紀人電話（若幫助參保）： _____

計劃合約：**H6988** PBP： _____ 參保生效日期： _____

第 2 部分 - 本頁上所有欄位均為選填內容

您可選擇是否回答這些問題。您不會因為未填寫該部分內容而被拒絕參保。

您是否講西班牙語、是拉美裔或西班牙人？請選擇所有適用的選項。

- 否，不講西班牙語、不是拉美裔或西班牙人
 是，波多黎各人
 講其他西班牙語、是其他拉美裔或西班牙人
 我選擇不回答。

- 是，墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾人
 是，古巴人

您的種族是什麼？請選擇所有適用的選項。

- 美國印第安人或阿拉斯加原住民

亞裔：

- 印度人
 華人
 菲律賓人
 日本人
 韓國人
 越南人
 其他亞裔

- 黑人或非裔美國人

夏威夷原住民/太平洋島民：

- 關島人或查莫羅人
 夏威夷原住民
 薩摩亞人
 其他太平洋島民
 白人
 我選擇不回答

如果您希望我們以英語之外的語言為您提供資訊，請選擇下列一項。

- 西班牙語 中文 其他：_____

如果您希望我們以特殊格式為您提供資訊，請選擇下列一項。

- 盲文 大號印刷體 音訊 CD

如果您需要以上述選項之外的其他格式提供的資訊，請聯絡 **Centers Plan for Healthy Living**：1-877-940-9330。我們的工作時間為每週 7 天，早 8 點至晚 8 點。聽力障礙電傳使用者可致電 711。

您是否有工作？ 是 否

您的配偶是否有工作？ 是 否

列出您的初級保健醫師(PCP)、診所或保健中心：

姓名/名稱：

地址：

電話號碼：

我希望透過電子郵件接收以下材料。選擇一項或多項。

- 《承保福利說明》 《藥房名錄》
 《服務提供者名錄》 《處方一覽表》（《藥物清單》）

電子郵件地址： _____

如果您希望透過電子郵件獲得其中一項上述資料，請聯絡 **Centers Plan for Healthy Living**：1-877-940-9330。我們的工作時間為每週 7 天，早 8 點至晚 8 點。聽力障礙電傳使用者可致電 711。

緊急聯絡人：

姓名： _____ 電話號碼： _____ 與您的關係： _____

支付您的計劃保費

您可以每月透過郵寄方式支付您的月計劃保費（包括您拖欠或可能拖欠的延遲參保罰金）。您也可以選擇每月從您的社會保障或鐵路職工退休委員會(RRB)福利中自動扣繳保費。

如果您需要支付D部分收入相關月調整額（D部分IRMAA），則您將需要在計劃保費之外再行支付這一筆額外費用。該款項一般會從您的社會保障福利中扣除，或者由Medicare（或RRB）向您開具帳單。請勿向Centers Plan for Healthy Living支付D部分-IRMAA。

如果您不選擇付款方式，您每個月都會收到一份帳單。

請選擇保費付款方式：

- 接收帳單
 自動從您的月社會保障(SSA)或鐵路職工退休委員會(RRB)福利支票中扣除。
 SSA RRB

隱私權法聲明

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)從Medicare計劃中收集資訊，用以追蹤Medicare Advantage (MA) Plans的受益人參保情況，改善護理品質並支付Medicare福利費用。《社會保障法》第1851節，以及42 CFR §§ 422.50和422.60授權此類資訊的收集。根據System of Records Notice (SORN)的「Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)」中System No. 09-70-0588的規定，CMS可收集、披露和交換Medicare受益人的參保資料。您可自願回覆本表格。但是，不回覆可能會影響您的計劃參保。