

Mẫu Yêu cầu Đăng ký dành cho Cá nhân để Đăng ký Tham gia SFHP Care Plus (HMO D-SNP), một Chương trình Medicare Medi-Cal

Ai có thể sử dụng mẫu này?

Người có Medicare muốn tham gia Chương trình Medicare Advantage.

Để tham gia một chương trình bảo hiểm, quý vị phải:

- Là công dân Hoa Kỳ hoặc hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ
- Sống trong khu vực dịch vụ của chương trình

Quan trọng: Để tham gia Chương trình Nhu cầu Đặc biệt Đủ điều kiện Kép của Medicare, quý vị cũng phải có:

- Medicare Phần A (Bảo hiểm Bệnh viện)
- Medicare Phần B (Bảo hiểm Y tế)
- Medi-Cal (Bảo hiểm Medicaid của Tiểu bang California dành cho người có thu nhập thấp)

Khi nào thì tôi sử dụng mẫu này?

Đây là Chương trình Nhu cầu Đặc biệt Đủ điều kiện Kép (D-SNP) hoạt động trong Giai đoạn Đăng ký Đặc biệt Dịch vụ Chăm sóc Tích hợp. Hội viên đủ điều kiện có thể đăng ký vào bất kỳ thời điểm nào trong suốt năm, có hiệu lực bảo hiểm vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo sau khi đăng ký.

Truy cập vào **Medicare.gov** để tìm hiểu thêm về thời điểm quý vị có thể đăng ký tham gia chương trình.

Tôi cần điền những thông tin gì vào biểu mẫu này?

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

Lưu ý: Quý vị phải điền tất cả các mục trong Phần 1. Các mục trong Phần 2 là không bắt buộc — quý vị sẽ không bị từ chối bảo hiểm nếu không điền thông tin cho phần này..

Lưu ý:

Vì đây là Chương trình Nhu cầu Đặc biệt Đủ điều kiện Kép (D-SNP), nên hội viên đủ điều kiện có thể ghi danh bất kỳ lúc nào trong năm thông qua Giai đoạn Ghi Danh Đặc biệt (SEP) hàng tháng.

Điều gì sẽ xảy ra tiếp theo?

Gửi biểu mẫu đã điền và ký của quý vị đến:

SFHP Care Plus (HMO D-SNP)

San Francisco Health Plan

P.O. Box 194247

San Francisco, CA 94119

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

Tôi xin trợ giúp hoàn thành biểu mẫu này bằng cách nào?

Gọi cho SFHP Care Plus theo số **1(415) 988-8500** hoặc **1(844) 254-8500** (miễn phí). Người dùng TTY hãy 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**.

En español:

Llame a SFHP Care Plus al **1(415) 727-2273** o

1(888) 765-7327 (llamada gratuita), TTY **711**, o a Medicare gratis al **1-800-633-4227** y oprima el **8** para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Người đang trong tình trạng vô gia cư

Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình bảo hiểm nhưng không có địa chỉ thường trú thì hộp thư bưu điện, địa chỉ của nơi tạm trú hoặc phòng khám hoặc địa chỉ nơi quý vị nhận thư (ví dụ: séc An sinh Xã hội) có thể được coi là địa chỉ thường trú của quý vị.

Theo Đạo luật Giảm thiểu Thủ tục Giấy tờ năm 1995, không ai bắt buộc phải trả lời cho yêu cầu thu thập thông tin trừ khi thông tin có mã số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho việc thu thập thông tin này là 0938-NEW. Thời gian cần thiết để điền thông tin này là khoảng 20 phút, bao gồm thời gian xem hướng dẫn, tìm nguồn dữ liệu hiện có, thu thập dữ liệu cần thiết, điền và kiểm tra việc thu thập thông tin. Nếu quý vị có nhận xét liên quan đến tính chính xác của việc ước tính thời gian hoặc có đề xuất cải thiện biểu mẫu này, thì vui lòng gửi thư cho: CMS, 7500 Security Boulevard, Nơi nhận: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

QUAN TRỌNG:

Không gửi biểu mẫu này hoặc bất kỳ mục nào có thông tin cá nhân của quý vị (ví dụ như yêu cầu bồi hoàn bảo hiểm, thanh toán, hồ sơ y tế, v.v.) cho Văn phòng Xác nhận Báo cáo PRA. Bất kỳ nội dung nào mà chúng tôi nhận được không liên quan đến cách cải thiện hoặc việc thu thập biểu mẫu này (được nêu trong OMB 0938-1378) đều sẽ bị hủy. Những nội dung đó sẽ không được lưu lại, xem xét hoặc chuyển đến chương trình. Xem phần "Điều gì xảy ra tiếp theo?" trên trang này để gửi lại biểu mẫu đã hoàn thành của quý vị cho chương trình.

Mẫu Đăng ký SFHP Care Plus (HMO D-SNP)

Phần 1 – Tất cả các ô trên trang này đều là bắt buộc (trừ khi được đánh dấu là tùy chọn)

Chọn chương trình mà quý vị muốn tham gia: ☐ SFHP Care Plus (HMO D-SNP) — \$0 mỗi tháng

TÊN: _____ HỌ: _____ Chữ đầu tiên Tên đệm: _____

Ngày sinh: (NN/TT/NNNN) _____ Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ

Số điện thoại: _____ Số Điện thoại Thay thế (Tùy chọn): _____

Email (Tùy chọn): _____

Tôi đồng ý để SFHP Care Plus, trực tiếp hoặc thông qua các bên thứ ba thay mặt họ, liên hệ với tôi về các quyền lợi bảo hiểm của chương trình bảo hiểm sức khỏe, các lựa chọn hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe, giáo dục sức khỏe hoặc bất kỳ chủ đề nào khác liên quan đến hội viên. Tôi hiểu rằng những tin nhắn này có thể được gửi cho tôi qua tin nhắn văn bản, email hoặc gọi đến điện thoại di động của tôi, bao gồm cả các cuộc gọi điện thoại tự động gửi tin nhắn được ghi âm trước.

☐ Có ☐ Không

Quý vị có thể thay đổi tùy chọn liên lạc của mình bất cứ lúc nào bằng cách gọi đến Dịch vụ Khách hàng..

Địa chỉ thường trú (Không nhập Hộp thư Bưu điện): _____

Thành phố: _____ Hạt: _____ Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____

Địa chỉ nhận thư, nếu khác với địa chỉ thường trú (Chấp nhận Hộp thư Bưu điện): _____

Đường phố: _____ Thành Phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____

Thông tin Medicare của Quý vị

Số Medicare: _____

Phần A – Bảo hiểm Bệnh viện Ngày có hiệu lực: _____

Phần B – Bảo hiểm Y tế Ngày có hiệu lực: _____

Trả lời những câu hỏi quan trọng sau

Quý vị có bảo hiểm thuốc theo toa khác (như VA, TRICARE) ngoài SFHP Care Plus không?

☐ Có ☐ Không

Tên bảo hiểm khác: _____

Mã số hội viên cho bảo hiểm này: _____

Mã số nhóm cho bảo hiểm này: _____

Các chương trình Nhu cầu Đặc biệt Đủ điều kiện Kép (HMO D-SNP) dành cho những người đủ điều kiện nhận Medicare và Medicaid. Bằng việc đăng ký tham gia chương trình này, quý vị hiểu là quý vị phải tiếp tục tham gia chương trình Medicaid của tiểu bang để tiếp tục tham gia chương trình này.

1) Quý vị có tham gia chương trình Medicaid (Medi-Cal) của tiểu bang không? ☐ Có ☐ Không

2) Nếu “có” thì hãy cung cấp Số Định danh Khách hàng (CIN) gồm chín chữ số trong Medicaid: _____

QUAN TRỌNG. Đọc và ký tên bên dưới.

Tôi phải duy trì cả Bảo hiểm Bệnh viện (Phần A) và Bảo hiểm Y tế (Phần B) để tiếp tục sử dụng SFHP Care Plus.

- Bằng cách tham gia Chương trình Medicare Advantage này, tôi xác nhận rằng SFHP Care Plus sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare, tổ chức này có thể sử dụng thông tin đó để theo dõi việc đăng ký tham gia của tôi, thực hiện thanh toán và cho các mục đích khác được luật Liên bang cho phép thu thập thông tin này (xem Tuyên bố về Đạo luật Quyền riêng tư bên dưới). Phản hồi của quý vị với biểu mẫu này là tự nguyện. Tuy nhiên, nếu quý vị không phản hồi thì có thể ảnh hưởng đến việc đăng ký tham gia chương trình.
- Tôi hiểu rằng tôi chỉ có thể đăng ký một chương trình MA tại một thời điểm và việc đăng ký tham gia chương trình này sẽ tự động kết thúc việc tôi đăng ký vào một chương trình MA khác (áp dụng các trường hợp ngoại lệ cho chương trình MA PFFS, MA MSA).
- Tôi hiểu rằng khi bảo hiểm SFHP Care Plus của tôi bắt đầu có hiệu lực thì tôi phải nhận tất cả các quyền lợi y tế và thuốc kê toa của mình từ SFHP Care Plus. Các quyền lợi và dịch vụ do SFHP Care Plus cung cấp và có trong “Sổ tay Hội viên” SFHP Care Plus của tôi (còn được gọi là hợp đồng của hội viên hoặc thỏa thuận của người đăng ký) sẽ được bao trả. Cả Medicare và SFHP Care Plus đều không thanh toán cho các quyền lợi hoặc dịch vụ không được bao trả.
- Tôi xác nhận rằng những thông tin trong mẫu đơn đăng ký này là chính xác theo những hiểu biết tốt nhất của mình. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai lệch trên mẫu đơn này thì tôi sẽ bị loại khỏi chương trình.
- Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người được ủy quyền hợp pháp thay mặt tôi) trên đơn đăng ký này thể hiện là tôi đã đọc và hiểu nội dung của đơn đăng ký này. Nếu người đại diện được ủy quyền ký tên (theo mô tả trên) thì chữ ký này xác nhận rằng:
 - 1) Người này được ủy quyền theo luật Tiểu bang để hoàn thành đơn đăng ký này và
 - 2) Giấy tờ về việc ủy quyền này sẽ được cung cấp theo yêu cầu của Medicare.

Chữ ký: _____

Ngày: _____

Nếu là người đại diện được ủy quyền thì vui lòng ký tên ở trên và điền vào các ô dưới đây:

Tên: _____

Địa chỉ: _____

Số điện thoại: _____

Mối quan hệ với người đăng ký: _____

Phần 2 — Tất cả các trường trên trang này là tùy chọn

Quý vị có toàn quyền chọn trả lời những câu hỏi này. Quý vị sẽ không bị từ chối bảo hiểm vì không điền thông tin vào phần này.

Quý vị có phải là người Hispanic, Latinh hay gốc Tây Ban Nha không? Chọn tất cả mục thích hợp.

- | | |
|--|---|
| ☐ Không, không phải người Hispanic, Latinh hoặc gốc Tây Ban Nha | ☐ Có, người Cuba |
| ☐ Có, người Puerto Rico | ☐ Có, người gốc Tây Ban Nha, La tinh hoặc Tây Ban Nha khác |
| ☐ Có, người Mexico, người Mỹ gốc Mexico, người Chicano | ☐ Tôi chọn không trả lời |

Chủng tộc của quý vị? Chọn tất cả mục thích hợp.

- | | |
|---|---|
| ☐ Người Mỹ Da đỏ hoặc Alaska Bản địa | ☐ Người Mỹ Da đen hoặc người Mỹ gốc Phi |
| ☐ Người châu Á: | ☐ Người Hawaii Bản địa và Đảo Thái Bình Dương: |
| ☐ Người Ấn Độ | ☐ Người Guaman hoặc Chamorro |
| ☐ Người Trung Quốc | ☐ Người Hawaii Bản địa |
| ☐ Người Philipin | ☐ Người Samoa |
| ☐ Người Nhật Bản | ☐ Người Đảo Thái Bình Dương Khác |
| ☐ Người Hàn Quốc | ☐ Người da trắng |
| ☐ Người Việt Nam | ☐ Tôi chọn không trả lời |

Chọn một mục nếu muốn chúng tôi gửi thông tin cho quý vị bằng ngôn ngữ khác tiếng Anh.

- ☐ Tiếng Trung ☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Tiếng Việt ☐ Tiếng Nga ☐ Tiếng Tagalog

Chọn một mục nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin cho quý vị theo định dạng có thể truy cập được.

- ☐ Chữ in Cỡ lớn ☐ Chữ nổi Braille ☐ Hỗ trợ của Quận ☐ CD Âm thanh Mã hóa ☐ CD Dữ liệu Mã hóa
- ☐ Điện tử Âm thanh (không mã hóa) ☐ Điện tử Dữ liệu (không mã hóa)

Vui lòng liên hệ với SFHP Care Plus theo số **1(415) 988-8500** hoặc **1(844) 254-8500** (miễn phí) nếu cần thông tin ở định dạng có thể truy cập khác với những định dạng được liệt kê ở trên. Từ tháng Mười đến tháng Ba, các Chuyên viên Medicare của chúng tôi làm việc hằng ngày từ 8:00 sáng – 8:00 tối. Từ tháng Tư đến tháng Chín, chúng tôi làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 sáng – 8:00 tối. Người dùng TTY hãy gọi số **711**.

Quý vị có việc làm không? ☐ Có ☐ Không **Does your spouse work?** ☐ Có ☐ Không

Liệt kê bác sĩ chăm sóc chính (PCP), phòng khám hoặc trung tâm y tế của quý vị: _____

Thông tin Bảo hiểm

Ngày Bảo hiểm có Hiệu lực Dự kiến: _____ Giai đoạn Lựa chọn: ☐ IEP/ICEP ☐ AEP ☐ SEP ☐ OEPI

Mẫu Đăng ký SFHP Care Plus (HMO D-SNP)

Chỉ dành cho cá nhân giúp người đăng ký hoàn thành mẫu đơn này

Hoàn thành phần này nếu là người (ví dụ: đại lý, nhà môi giới, cố vấn SHIP, thành viên gia đình hoặc các bên thứ ba khác) đang giúp người đăng ký điền vào biểu mẫu này.

Tên: _____

Mối quan hệ với người đăng ký: _____

Chữ ký: _____

Mã số Nhà sản xuất Quốc gia: (Chỉ Đại lý/Môi giới) _____

Chỗ trống tùy chọn nếu cần điền thông tin hành chính khác của chương trình::

TUYÊN BỐ VỀ ĐẠO LUẬT QUYỀN RIÊNG TƯ

Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) thu thập thông tin từ các chương trình Medicare để theo dõi việc đăng ký người thụ hưởng vào các Chương trình Medicare Advantage (MA), cải thiện dịch vụ chăm sóc và thanh toán các quyền lợi Medicare. Mục 1851 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 đăng ký tham gia từ những người thụ hưởng Medicare, như đã ghi cụ thể trong Thông báo về Hệ thống Hồ sơ (SORN) "Thuốc Kê toa của chương trình Medicare Advantage (MARx)", Số Hệ thống 09-700588. Phản hồi của quý vị với biểu mẫu này là tự nguyện. Tuy nhiên, nếu quý vị không phản hồi thì có thể ảnh hưởng đến việc đăng ký tham gia chương trình.

Chứng thực Tình trạng Đủ điều kiện trong Giai đoạn Đăng ký

Thông thường, quý vị chỉ được đăng ký tham gia chương trình Medicare Advantage trong thời gian ghi danh hàng năm từ ngày 15 tháng Mười đến ngày 7 tháng Mười Hai hàng năm. Có trường hợp ngoại lệ mà quý vị có thể được phép hủy đăng ký tham gia chương trình Medicare Advantage ngoài khoảng thời gian này. Vì đây là Chương trình Nhu cầu Đặc biệt Đủ điều kiện Kép (D SNP) nên những hội viên đủ điều kiện có thể ghi danh vào bất kỳ thời điểm nào trong năm theo Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt (SEP) Dịch vụ Chăm sóc Tích hợp.

Vui lòng đọc kỹ các mục sau đây và đánh dấu vào ô nếu mục đó áp dụng với quý vị. Bằng cách đánh dấu vào bất kỳ ô nào sau đây, quý vị xác nhận (theo hiểu biết tốt nhất của mình) là quý vị đủ điều kiện trong Giai đoạn Đăng ký. Nếu sau đó chúng tôi xác định thông tin này là không chính xác thì quý vị có thể bị hủy đăng ký.

- ☐ Tôi là hội viên Medicare mới.
- ☐ Tôi đang đăng ký chương trình Medicare Advantage D-SNP trong Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt (SEP).
- ☐ Tôi đã được tham gia chương trình Medicare Advantage và muốn thực hiện thay đổi trong Thời gian Đăng ký Mở Medicare Advantage (MA OEP).
- ☐ Gần đây tôi đã chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chương trình bảo hiểm hiện tại của mình hoặc tôi mới chuyển chỗ ở và tôi chọn chương trình mới này. Tôi đã chuyển vào khu vực (nhập ngày) _____
- ☐ Tôi vừa mới được ra tù. Tôi được tha tù vào (nhập ngày) _____

Mẫu Đăng ký SFHP Care Plus (HMO D-SNP)

- ☐ Tôi vừa mới trở lại United States sau khi sống thường trú ở ngoài Hoa Kỳ. Tôi trở về Hoa Kỳ vào ngày (nhập ngày) _____
- ☐ Tôi vừa mới được cấp tình trạng hiện diện hợp pháp tại United States. Tôi nhận được giấy xác nhận tình trạng này vào (nhập ngày) _____
- ☐ Tôi vừa mới có thay đổi về Medicaid (mới nhận Medicaid, thay đổi về mức hỗ trợ Medicaid hoặc bị mất Medicaid) vào (nhập ngày) _____
- ☐ Tôi vừa mới có thay đổi về Trợ giúp Bổ sung thanh toán bảo hiểm thuốc kê toa Medicare (mới nhận Trợ giúp Bổ sung, có sự thay đổi về mức Trợ giúp Bổ sung hoặc mất Trợ giúp Bổ sung) vào (nhập ngày) _____
- ☐ Tôi có cả Medicare và Medicaid (hoặc tiểu bang mà tôi cư trú giúp thanh toán phí bảo hiểm Medicare) hoặc tôi nhận được Trợ giúp Bổ sung thanh toán cho bảo hiểm thuốc kê toa của Medicare, nhưng tôi chưa có thay đổi nào.
- ☐ Tôi sẽ chuyển đến, sinh sống hoặc gần đây đã chuyển ra khỏi Cơ sở Chăm sóc Dài hạn (ví dụ: viện dưỡng lão hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn). Tôi đã chuyển/sẽ chuyển đến/ra khỏi cơ sở vào (nhập ngày) _____
- ☐ Tôi vừa mới rời khỏi chương trình PACE vào (nhập ngày) _____
- ☐ Gần đây tôi đã vô tình bị mất bảo hiểm thuốc kê toa hợp lệ (bảo hiểm tương tự như Medicare). Tôi mất bảo hiểm thuốc vào (nhập ngày) _____
- ☐ Tôi sẽ rút khỏi bảo hiểm của nhà tuyển dụng hoặc công đoàn vào (nhập ngày) _____
- ☐ Tôi thuộc chương trình hỗ trợ tiệm thuốc tây do tiểu bang cung cấp.
- ☐ Chương trình của tôi sắp kết thúc hợp đồng với Medicare hoặc Medicare sắp kết thúc hợp đồng với chương trình của tôi.
- ☐ Tôi đã được ghi danh vào một chương trình của Medicare (hoặc tiểu bang của tôi) và tôi muốn chọn một chương trình khác.
- Tôi ghi danh vào chương trình đó bắt đầu vào ngày (nhập ngày) _____
- ☐ Tôi đã được tham gia vào Chương trình Nhu cầu Đặc biệt (SNP) nhưng tôi đã không còn đủ tiêu chuẩn cho nhu cầu đặc biệt cần thiết để tham gia chương trình đó. Tôi đã rút khỏi chương trình SNP từ (nhập ngày) _____
- ☐ Tôi bị ảnh hưởng bởi tình trạng khẩn cấp liên quan đến thời tiết hoặc thảm họa lớn theo tuyên bố của Cơ quan Quản lý Tình trạng Khẩn cấp Liên bang (FEMA). Một trong những câu khác ở đây là đúng với tôi, nhưng tôi không thể thực hiện đăng ký do thiên tai.

Nếu không có câu nào trong số này là đúng với quý vị hoặc quý vị không chắc chắn, thì vui lòng liên hệ với SFHP Care Plus theo số **1(415) 988-8500** hoặc **1(844) 254-8500** (miễn phí). Từ tháng Mười đến tháng Ba, các Chuyên viên Medicare của chúng tôi làm việc hàng ngày từ 8:00 sáng – 8:00 tối. Từ tháng Tư đến tháng Chín, chúng tôi làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 sáng – 8:00 tối. Người dùng TTY hãy gọi số 711. Truy cập trang web của chúng tôi tại **sfhp.org**.

SFHP Care Plus (HMO D-SNP) là chương trình HMO có hợp đồng với Medicare và Medi-Cal. Đăng ký tham gia SFHP Care Plus phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.