

# 個人註冊登記申請表用於加入 SFHP 嘉安 (SFHP Care Plus)，一項 Medicare Medi-Cal 計劃

## 哪些人可以使用此表？

擁有 Medicare 並且想要加入 Medicare Advantage 計劃的人士

## 要加入計劃，您必須：

- 是 United States 公民或在 U.S. 合法居住
- 居住在該計劃的服務區內

## 重要提醒：要加入 Medicare Advantage 雙重資格特殊需求計劃，您必須還擁有：

- Medicare A 部分 (住院保險)
- Medicare B 部分 (醫療保險)
- Medi-Cal (California 州低收入個人 Medicaid 保險)

## 何時使用此表？

此計劃是一項雙重資格特殊需求計劃 (D-SNP)，根據綜合照護特殊註冊期運作。符合條件的會員可在全年任何時間註冊登記，承保自註冊登記後下一個日曆月的首日起生效。

請造訪 **Medicare.gov** 瞭解有關註冊計劃時間的更多資訊。

## 我需要填寫此表哪些內容？

- 您的 Medicare 號碼 (紅白藍 Medicare 卡上的號碼)
- 您的常住地址和電話號碼

注意：您必須填寫第 1 部分的所有項。第 2 部分中的項是非必填的 — 您不填寫也不會影響您的保險。

## 提示：

Because this is a Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP), eligible members may enroll any time of year through a month-to-month Special Enrollment Period (SEP).

## 接下來會發生什麼？

請將填妥並簽字的表單寄至：

SFHP Care Plus (HMO D-SNP)  
San Francisco Health Plan  
P.O. Box 194247  
San Francisco, CA 94119

他們處理了您的加入請求就會與您聯絡。

## 我如何獲得協助來填寫此表單？

致電 SFHP 嘉安，電話 **1(415) 988-8500** 或 **1(844) 254-8500** (免費)。TTY 使用者可致電 **711**。

亦可致電 Medicare，電話 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**。TTY 使用者可致電 **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.

## 無家可歸者

如果您想加入計劃但沒有常住居住地，則郵政信箱、庇護所或診所的地址或您的收件地址 (例如社會保障支票) 可被視為您的常住居住地址。

根據 1995 年《減少文書工作法案》，除非資訊收集顯示有效的 OMB 控制編號，否則任何人都無需對資訊收集做出回應。此資訊收集的有效 OMB 控制編號為 0938-NEW。填寫這些資訊所需的時間估計平均每個回應 20 分鐘，其中包括審查說明、搜尋現有資料資源、收集所需資料以及完成和審查資訊收集的時間。如果您對時間估算的準確性有任何意見或對改進此表格有任何建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

## 重要提醒

請勿將此表或任何包含您個人資訊的物品 (例如索償、付款、醫療記錄等) 寄送至 PRA Reports Clearance Office。如果我們收到的材料與改進此表的方法或其收集負擔 (OMB 0938-1378 中概述) 無關，則該材料將被銷毀。不會保留、審查該材料，也不會將其轉發給計劃。請參閱此頁面上的「接下來會發生什麼？」將填妥的表單發送給該計劃。

**第 1 部分 – 本頁所有欄位均為必填項 (除非標示為非必填)**

選擇您要加入的計劃： ☐ SFHP 嘉安 (HMO D-SNP) — 每月 \$0

名字: \_\_\_\_\_ 姓氏: \_\_\_\_\_ 中間名: \_\_\_\_\_

出生日期: (月/日/年) \_\_\_\_\_ 性別: ☐ 男 ☐ 女

電話號碼: \_\_\_\_\_ 備用電話號碼 (非必填): \_\_\_\_\_

電郵地址 (非必填): \_\_\_\_\_

我同意 SFHP 嘉安 直接或透過第三方代表與我聯絡，討論健康計劃承保福利、醫療保健方案或服務、健康教育或任何其他會員相關主題。我理解，這些訊息可能會透過簡訊、電郵或手機電話發送給我，包括自動電話發送預先錄製的訊息。

☐ 是 ☐ 否

您可以隨時致電客戶服務部門變更您的通訊偏好設定。

常住居住地街道地址 (請勿輸入郵政信箱): \_\_\_\_\_

城市: \_\_\_\_\_ 縣: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 郵遞區號: \_\_\_\_\_

郵寄地址 (若與常住地址不同，可填寫郵政信箱):

街道地址: \_\_\_\_\_ 城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 郵遞區號: \_\_\_\_\_

**您的 Medicare 資訊**

Medicare 號碼: \_\_\_\_\_

A 部分 (醫院保險) 生效日期: \_\_\_\_\_

B 部分 (醫療保險) 生效日期: \_\_\_\_\_

**回答這些重要問題**

除了 SFHP 嘉安 之外，您是否還有其他處方藥保險 (如 VA、TRICARE)?

☐ 是 ☐ 否

其他保險名稱: \_\_\_\_\_

此保險的會員號碼: \_\_\_\_\_

此保險的組號: \_\_\_\_\_

雙重資格特殊需求 (HMO D-SNP) 計劃服務於符合 Medicare 和 Medicaid 條件的人士。加入此計劃即表明，您理解您必須持續加入您所在州的 Medicaid 計劃，才能繼續有資格註冊此計劃。

1) 您是否在您所在州的 Medicaid (Medi-Cal) 計劃註冊? ☐ 是 ☐ 否

2) 如果是，請提供您的 Medicaid 九位數客戶索引編號 (CIN): \_\_\_\_\_

**重要提醒。閱讀以下內容並簽名。**

我必須同時保留住院保險 (A 部分) 和醫療保險 (B 部分) 才能繼續擁有 SFHP 嘉安會員資格。

- 加入此 Medicare Advantage 計劃即表明我認可，SFHP 嘉安將與 Medicare 共享我的資訊，後者可能會使用我的資訊來追蹤我的註冊情況、付款以及用於聯邦法律允許的其他授權收集此資訊的目的 (請參閱下面的隱私權法聲明)。您回覆此表是自願的。然而，不回覆可能會影響註冊該計劃。
- 我理解，我一次只能註冊一個 MA 計劃，註冊該計劃將自動使我無法註冊另一個 MA 計劃 (MA PFFS、MA MSA 計劃除外)。
- 我理解，當我的 SFHP 嘉安承保開始時，我必須從 SFHP 嘉安獲得所有醫療和處方藥福利。SFHP 嘉安提供的福利和服務，以及我的 SFHP 嘉安「會員手冊」文件 (也稱為會員合約或訂戶協議) 中包含的福利和服務均在承保範圍內。Medicare 和 SFHP 嘉安均不會支付未承保福利或服務的費用。
- 據我所知，此註冊登記表上的資訊是正確無誤的。我理解，如果我故意在此表上提供虛假資訊，系統將使我退出計劃。
- 我理解，我在此申請上的簽名 (我的合法授權代表的簽名) 意味著我已閱讀並理解此申請表的內容。若由授權代表簽署 (如上所述)，此簽名即證明:
  - 1) 根據州法律，此人有權完成此註冊，並且
  - 2) 可根據 Medicare 的要求提供此授權的文件

簽名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

**如果您是授權代表，請在上方簽名並填寫以下欄位:**

姓名: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

電話號碼: \_\_\_\_\_

## 第 2 部分 – 本頁所有欄位均為選填項

您可選擇是否回答這些問題。您不填寫也不會影響您的保險。

您是否是西班牙裔、拉丁裔或西班牙血統? 請選取所有適用項。

- |                                              |                                             |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 否，不是西班牙裔、拉丁裔或西班牙血統  | <input type="checkbox"/> 是，古巴裔              |
| <input type="checkbox"/> 是，波多黎各裔             | <input type="checkbox"/> 是，其他西班牙裔、拉丁裔或西班牙血統 |
| <input type="checkbox"/> 是，墨西哥裔、墨西哥裔美國人、奇卡諾人 | <input type="checkbox"/> 我選擇不回答             |

您是什麼種族? 請選取所有適用項。

- |                                         |                                        |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 | <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人      |
| <input type="checkbox"/> 亞裔:            | <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民和太平洋島民: |
| <input type="checkbox"/> 印度裔            | <input type="checkbox"/> 關島人或查莫羅人      |
| <input type="checkbox"/> 華裔             | <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民        |
| <input type="checkbox"/> 菲律賓裔           | <input type="checkbox"/> 薩摩亞人          |
| <input type="checkbox"/> 日裔             | <input type="checkbox"/> 其他太平洋島民       |
| <input type="checkbox"/> 韓裔             | <input type="checkbox"/> 白人            |
| <input type="checkbox"/> 越南裔            | <input type="checkbox"/> 我選擇不回答        |

如果您希望我們以英語以外的語言向您提供訊息，請選擇一項。

- ☐ 漢語   ☐ 西班牙語   ☐ 越南語   ☐ 俄語   ☐ 菲律賓語

如果您希望我們以無障礙格式向您提供訊息，請選擇一項。

- ☐ 大字型印刷   ☐ Braille   ☐ 支持的國家/地區   ☐ 加密音訊 CD   ☐ 加密資料 CD
- ☐ 音訊電子格式(未加密)   ☐ 資料電子格式(未加密)

如果您需要以上文未列出的其他無障礙格式獲取資訊，請聯絡 SFHP 嘉安，電話 **1(415)988-8500** 或 **1(844)254-8500** (免費)。十月至翌年三月，我們的Medicare專家的服務時間為每天上午8:00至晚上8:00。四月至九月，我們的服務時間為週一至週五上午8:00至晚上8:00。TTY使用者可致電**711**。

您是否工作? ☐ 是 ☐ 否   您的配偶是否工作? ☐ 是 ☐ 否

列出您的主診醫生 (PCP)、診所或健康中心: \_\_\_\_\_

### 承保資訊

建議承保生效日期: \_\_\_\_\_ 選擇期: ☐ IEP/ICEP   ☐ AEP   ☐ SEP   ☐ OEPI

**僅由協助參保人填寫此表的個人填寫**

如果您是協助參保人填寫此表的個人 (如代理人、經紀人、SHIP 顧問、家庭成員或其他第三方)，請填寫此部分。

姓名: \_\_\_\_\_

與參保人的關係: \_\_\_\_\_

簽名: \_\_\_\_\_

國家生產商編號: (僅由代理商/經紀人填寫) \_\_\_\_\_

選填空間，可填寫計劃所需的其他管理資訊:

---

---

---

---

---

**隱私權法聲明**

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) 從 Medicare 計劃收集資訊，以追蹤受益人註冊 Medicare Advantage (MA) 計劃的情況、改善照護和支付 Medicare 福利。Social Security Act 第 1851 條和 42 CFR §§ 422.50 及 422.60 授權收集此資訊。CMS 可根據《記錄系統通知》(SORN) 「Medicare Advantage 處方藥 (MARx)」，第 09-700588 號系統的規定使用、披露和交換 Medicare 受益人的註冊資料。您回覆此表是自願的。然而，不回覆可能會影響註冊該計劃。

**註冊期資格證明**

通常，您只能在每年 10 月 15 日至 12 月 7 日的年度註冊期加入 Medicare Advantage 計劃。也有例外情況，讓您在此時期之外的時間加入 Medicare Advantage 計劃。由於這是雙重資格特殊需求計劃 (D-SNP)，因此符合條件的會員可以在每年的綜合照護特殊註冊期 (SEP) 的任何時間加入。

請仔細閱讀如下各項聲明，並核取適用於您的聲明。透過勾選以下任一方框，您即證明，據您所知，您在註冊期有資格進行註冊。如果我們後來確定資訊不正確，系統可能會讓您退出計劃。

- ☐ 我是 Medicare 新會員。
- ☐ 我正在特殊註冊期 (SEP) 註冊 Medicare Advantage D-SNP 計劃。
- ☐ 我註冊了 Medicare Advantage 計劃，想要在 Medicare Advantage 開放註冊期 (MA OEP) 更換計劃。
- ☐ 我最近搬到了我目前計劃的服務區域之外，或者我最近搬家了，這個計劃對我來說是新計劃。  
我於 (插入日期) 搬遷 \_\_\_\_\_
- ☐ 我最近剛獲釋，我於 (插入日期) 獲釋 \_\_\_\_\_
- ☐ 我曾在 United States 外長期生活，最近剛回 U.S.，我於 (插入日期) 回到 U.S. \_\_\_\_\_
- ☐ 我最近獲得了在 United States 的合法居留身份。我於 (插入日期) 獲得此身份 \_\_\_\_\_

## SFHP Care Plus (HMO D-SNP)登記表

- ☐ 最近，我的 Medicaid 發生了變更 (剛獲得 Medicaid、Medicaid 協助級別於 (插入日期) 發生變更或失去 Medicaid) \_\_\_\_\_
- ☐ 最近，我的支付 Medicare 處方藥保險費用的額外協助 (Extra Help) 於 (插入日期) 發生了變更 (剛獲得額外補助、額外協助的級別發生變更或失去額外補助) \_\_\_\_\_
- ☐ 我同時有 Medicare 和 Medicaid (或我所在州協助支付我的 Medicare 保費) 或我獲得了負責支付 Medicare 處方藥保險費用的額外補助，但我沒有發生變更。
- ☐ 我正在搬入、目前居住於或最近搬出長期照護機構 (例如療養院或長期照護機構)。我於/將於 (插入日期) 搬入/搬出該機構。 \_\_\_\_\_
- ☐ 我最近於 (插入日期) 退出 PACE 計劃。 \_\_\_\_\_
- ☐ 我最近被迫失去了值得信賴的處方藥保險 (與 Medicare 一樣好的保險)。我於 (插入日期) 失去了藥物保險 \_\_\_\_\_
- ☐ 我將於 (插入日期) 退出僱主或工會保險。 \_\_\_\_\_
- ☐ 我加入了我所在州的藥房援助計劃。
- ☐ 我的計劃將終止其與 Medicare 的合約，或 Medicare 將終止其與我的計劃的合約。
- ☐ 我加入了 Medicare (或我所在州) 的一個計劃，想要選擇不同的計劃。我於 (插入日期) 開始加入該計劃。 \_\_\_\_\_
- ☐ 我加入了一個特殊需求計劃 (SNP)，但我失去了留在該計劃所需要的特殊需求資格。我於 (插入日期) 退出了 SNP。 \_\_\_\_\_
- ☐ 我受到了 Federal Emergency Management Agency (FEMA) 宣佈的與天氣有關的緊急情況或重大災難的影響。這裡的另一則陳述適用於我，但由於自然災害，我無法註冊。

如果這些陳述都不適用於您或您不確定，請聯絡 SFHP Care Plus，電話 **1(415) 988-8500** 或 **1(844) 254-8500** (免費)。十月至翌年三月，我們的 Medicare 專家的服務時間為每天上午 8:00 至晚上 8:00。四月至九月，我們的服務時間為週一至週五上午 8:00 至晚上 8:00。TTY 使用者可致電 **711**。請造訪我們的網站 **sfhp.org**。

SFHP 嘉安 (HMO D-SNP) 是一個 HMO 計劃，擁有 Medicare 和 Medi-Cal 合約。能否註冊 SFHP 嘉安取決於合約續約情況。