

Nếu yêu cầu hủy đăng ký thì quý vị phải tiếp tục nhận tất cả các dịch vụ chăm sóc y tế từ SFHP Care Plus cho đến ngày hủy đăng ký có hiệu lực. Hãy liên hệ với chúng tôi để xác minh việc hủy đăng ký của quý vị trước khi quý vị tìm kiếm các dịch vụ y tế bên ngoài mạng lưới SFHP Care Plus. Chúng tôi sẽ thông báo ngày có hiệu lực cho quý vị sau khi nhận được biểu mẫu này từ quý vị.

Họ:	Tên:	Chữ đầu tên đệm:
Mã số Hội viên:		
Ngày sinh:	Giới tính: Nam Nữ	Số điện thoại nhà riêng:

Trước khi ký tên và điền ngày vào đơn yêu cầu hủy đăng ký này, hãy đọc kỹ và điền đầy đủ các thông tin sau đây:

Nếu đã đăng ký tham gia một Chương trình Thuốc theo toa Medicare Advantage hoặc Medicare khác, tôi hiểu rằng Medicare sẽ hủy tư cách hội viên hiện tại của tôi trong SFHP Care Plus vào ngày đăng ký mới có hiệu lực. Tôi hiểu rằng tôi không được đăng ký tham gia một chương trình nào khác tại thời điểm này. Tôi cũng hiểu rằng nếu tôi hủy đăng ký tham gia bảo hiểm thuốc theo toa Medicare của mình và muốn được bao trả thuốc theo toa Medicare trong tương lai, thì tôi có thể phải trả phí bảo hiểm cao hơn cho bảo hiểm này.

Chữ ký của bạn*: _____ **Ngày:** _____

*Hoặc chữ ký của người được ủy quyền thay mặt quý vị theo luật pháp của Tiểu Bang nơi quý vị sinh sống. Nếu người được ủy quyền (theo mô tả ở trên) ký tên, chữ ký này xác nhận rằng: 1) người này được ủy quyền theo luật pháp của Tiểu bang để điền đơn yêu cầu hủy đăng ký này và 2) tài liệu ủy quyền này sẽ được cung cấp theo yêu cầu của SFHP Care Plus hoặc Medicare.

Người đại diện phải cung cấp các thông tin sau đây:

Tên: _____

Địa chỉ: _____

Số điện thoại: _____

Mối quan hệ với Người đăng ký: _____

Thông thường, quý vị chỉ có thể hủy đăng ký tham gia chương trình Medicare Advantage trong thời gian ghi danh hàng năm từ ngày 15/10 đến ngày 7/12 hàng năm hoặc trong Thời gian Đăng ký Mở Medicare Advantage từ ngày 1/1 đến ngày 31/3 hàng năm. Có trường hợp ngoại lệ mà quý vị có thể được phép hủy đăng ký tham gia chương Medicare Advantage ngoài khoảng thời gian này.

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 thời gian lựa chọn.

Gần đây tôi đã có thay đổi về Medicaid (mới nhận Medicaid, thay đổi về mức hỗ trợ Medicaid hoặc bị mất Medicaid) vào ngày (điền ngày) _____.

Gần đây, tôi đã có thay đổi về Extra Help khi thanh toán bảo hiểm thuốc theo toa Medicare (mới nhận Extra Help, có sự thay đổi về mức Extra Help hoặc mất Extra Help) vào ngày (điền ngày) _____.

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/rời khỏi cơ sở chăm sóc dài hạn vào ngày (điền ngày) _____.

Tôi tham gia chương trình PACE vào ngày (điền ngày) _____.

Tôi tham gia bảo hiểm của chủ lao động hoặc công đoàn vào ngày (điền ngày) _____.

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 (điền ngày) _____.

Nếu không có câu nào trong số này đúng với quý vị hoặc quý vị không chắc chắn, vui lòng liên hệ với SFHP Care Plus theo số **1(833) 530-7327** (người dùng TTY hãy gọi số **711**) để xem quý vị có đủ điều kiện hủy đăng ký hay không. Chúng tôi mở cửa từ 8:00am–8:00pm, bảy ngày một tuần từ tháng 10 đến tháng 3, đóng cửa vào Thứ Bảy và Chủ Nhật từ tháng 4 đến tháng 9.