

## 附表 1: 參加醫療保險優惠計劃的個人投保申請表範本 (C 部分)

### 誰可以使用本表格？

擁有聯邦醫療保險(Medicare)並想參加聯邦醫療保險優惠(Medicare Advantage) 計畫的人

### 如欲加入計劃,您必須符合下列條件:

- 是美國公民或合法居留美國
- 住在計劃的服務地區內

**重要:** 如欲加入 Medicare Advantage 計劃,您也必須擁有下列兩者:

- Medicare A 部份 (醫院保險)
- Medicare B 部份 (醫療保險)

### 我何時該使用本表格？

您可以加入計劃的時間:

- 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日期間 (適用 1 月 1 日開始的承保)
- 最初取得 Medicare 起 3 個月內
- 允許您加入或轉換計劃的特定情況下

請瀏覽 Medicare.gov, 進一步瞭解您何時可以登記加入計劃。

### 我需要哪些資訊來填寫本表格？

- 您的 Medicare 號碼 (您的紅、白、藍聯 Medicare 卡上的號碼)
- 您的永久地址和電話號碼

**注意:** 您必須填妥第 1 節中的所有項目。第 2 節中的項目為自選填寫,不能因為您沒有回答問題就拒絕為您提供承保。

### 叮嚀:

- 如果您想在秋季開放註冊期間 (10 月 15 日至 12 月 7 日) 參加計畫,該計畫必須在 12 月 7 日前收到您填好的表格。

### 接下來呢？

請將您填好並簽名的表格寄至:

OneCare (HMO D-SNP)  
505 City Parkway West, Orange, CA 92868  
他們處理好您的加入申請後就會與您聯絡。

### 我該如何取得協助填寫此表格？

致電 OneCare **1-877-412-2734**。聽力障礙用戶請撥打 **711**。

或者,請致電 Medicare。電話是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 1-877-486-2048。

**En español:** Llame a OneCare al **1-877-412-2734**. TTY al **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.

### 面臨無家可歸的人士

- 如果您想加入一項保險計畫,但沒有永久居住地,那麼郵政信箱、庇護所或診所的位址,或接收郵件 (如社會保險支票) 的地址可被視為您的永久居住地址

根據 1995 年文書減量法案,除非資訊收集顯示有效的預算管理辦公室 (OMB) 控制編號,否則任何人都不必回應。本資訊收集的有效預算管理辦公室 (OMB) 控制編號為 0938-1378。本資訊填寫所需時間預估每次回應平均 20 分鐘,包括閱讀指示說明、搜尋現有資料資源、收集所需資料,以及填寫和閱讀資訊收集內容。如果您有關於預估時間準確性的意見或改善本表格的建議,請寫信至: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

#### 重要

請勿將本表格或任何包含您個人資訊的文件 (例如請款、付款、病歷等) 寄給文書作業減量 (PRA) 報告審批辦公室。我們收件後將會銷毀任何與如何改善本表格或其收集責任 (如 OMB 0938-1378 所述) 無關的文件,不會進行保存、審查或轉交給計劃。請參閱本頁的「接下來呢?」的內容,將您填好的表格寄給計劃。



## ONECARE (HMO D-SNP), Medicare Medi-Cal 計劃 個人註冊表格

第 1 節 - 本頁所有欄位均為必須填寫 (除非標明非必填)			
<b>選擇您想要參加的計劃:</b> <input type="checkbox"/> OneCare (HMO D-SNP) - 每月 \$0			
名字:	姓氏:	[非必填:中間名首字母]:	
出生日期:(月/日/年) (____/____/____)	性別: <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	電話號碼:	
永久居住地址 (請勿填寫郵政信箱)			
城市:	[非必填:郡]:	州:	郵政編碼:
通訊地址 (如與永久居住地址不同時才需要填寫, 允許郵政信箱):			
街道地址:	城市:	州:	郵政編碼:
緊急聯絡人: _____			
電話號碼:	與您的關係:		
您的聯邦醫療保險信息:			
聯邦醫療保險編號:	_____ - _____ - _____		
請回答這些重要問題:			
除 OneCare 外, 您是否還有其他處方配藥承保 (如 VA、TRICARE)? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
其他保險的名稱:	該承保的會員卡號碼:	該承保的團體編號:	
_____	_____	_____	
您是否有參加註冊州政府醫療補助 (Medi-Cal) 方案? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果填寫「是」, 請提供您的醫療補助 9 位數的號碼 (客戶索引號 (CIN)):			
_____			

**重要：請閱讀並在下方簽名：**

- 本人必須維持醫院 (A 部份) 和醫療 (B 部份)，才能繼續留在 OneCare。
- 透過加入此 Medicare Advantage 計畫，我確認 OneCare 將與 Medicare 分享我的信息，後者可以用這些信息來追蹤我的投保情況，進行支付，以及用於聯邦法律允許收集這些資訊的其他目的 (見下面的隱私法聲明)。是否回答本表格的問題由您自行決定。不過，沒有回答可能對參加投保本計畫造成影響。
- 本人瞭解我一次只能加入一個醫療計畫，加入本計畫將自動終止我在另一個醫療計畫中的投保 (適用於 MA PFFS、MA MSA 計畫的除外)。
- 本人瞭解，本人的 OneCare 承保開始後就必須從 OneCare 取得本人所有的醫療和處方配藥福利。OneCare 授權的福利和服務以及本人的 OneCare 「承保證書/會員手冊」文件 (也稱為會員合約或投保人協議) 包含的福利和服務將屬於承保範圍。聯邦醫療保險或 OneCare 都不會支付承保範圍之外的福利或服務的費用。
- 盡本人所知，本參加投保申請表上的資訊正確無誤。本人瞭解，如果本人蓄意在本表格上提供不實資訊，本人將會被退出計畫。
- 本人瞭解，本人在此申請表上簽名 (或由獲得合法授權可代表本人的人簽名) 即表示本人已經閱讀並瞭解本申請表的內容。如果是由授權代表簽名 (如以上所述)，該簽名證明：
  1. 該人士按州法律獲得授權可完成此參加註冊；且
  2. 當聯邦醫療保險要求時，可出具該授權文件。

簽名：

今天日期：

如果您是授權代表，請於上方簽名並填寫這些欄位：

姓名：

地址：

電話號碼：

與計畫參加者的關係：

**第 2 節 – 本頁所有欄位均為非必填**

**您可以選擇是否回答這些問題。不能因為您沒有回答問題就拒絕為您提供承保。**

您是西語裔、拉丁裔或西班牙裔？選擇全部適用的答案。

不，不是西語裔、拉丁裔或西班牙裔

是，墨西哥裔、墨西哥裔美國人

是，波多黎各裔

是，古巴裔

是，其他西語裔、拉丁裔或西班牙裔

我選擇不回答。

<p>您的種族是甚麼?選擇全部適用的答案。</p> <p> <input type="checkbox"/> 美國印地安人或 Alaska 原住民      <input type="checkbox"/> 亞洲印度裔      <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人  <input type="checkbox"/> 華裔      <input type="checkbox"/> 菲律賓裔      <input type="checkbox"/> 關島或查莫羅裔  <input type="checkbox"/> 日裔      <input type="checkbox"/> 韓裔      <input type="checkbox"/> Hawaii 原住民  <input type="checkbox"/> 其他亞裔      <input type="checkbox"/> 其他太平洋島裔      <input type="checkbox"/> 薩摩亞裔  <input type="checkbox"/> 越南裔      <input type="checkbox"/> 白人  <input type="checkbox"/> 我選擇不回答。 </p>		
<p>如果您希望我們用英語以外的語言向您發送資訊,請選擇一項。</p> <p> <input type="checkbox"/> 西班牙語    <input type="checkbox"/> 越南語    <input type="checkbox"/> 波斯文    <input type="checkbox"/> 阿拉伯語    <input type="checkbox"/> 中文    <input type="checkbox"/> 韓語 </p>		
<p>如果您希望我們用無障礙格式向您發送資訊,請選擇一項。</p> <p> <input type="checkbox"/> 點字      <input type="checkbox"/> 大字體      <input type="checkbox"/> 音訊 CD </p>		
<p>如果您需要以上所列以外的無障礙格式資訊,請聯絡 OneCare, 電話 <b>1-877-412-2734</b>。我們的辦公時間是週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 TTY 用戶可以撥打 711。聽力障礙用戶請撥打 <b>711</b>。</p>		
<p>您是否有工作?   <input type="checkbox"/> 是   <input type="checkbox"/> 否</p>	<p>您的配偶是否有工作?   <input type="checkbox"/> 是   <input type="checkbox"/> 否</p>	
<p>請列出您的家庭醫生 (PCP)、診所,或健康中心:</p>		
<p><b>Office Use Only:</b></p>		
<p>Plan ID #: _____</p>		
<p>Effective Date of Coverage: _____ IEP: AEP: SEP: ICEP (type): _____</p>		
<p>Name of Plan Representative/agent/broker: _____</p>		

**隱私權法聲明**

聯邦醫療保險與醫療補助服務機構 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) 向聯邦醫療保險計劃收集資訊,以追蹤受益人參加註冊 Medicare Advantage (MA) 計劃的情形、改進護理,以及用於支付聯邦醫療保險福利。社會安全法案第 1851 和 1860D-1 節以及聯邦法規法典 (CFR) 第 42 編第 422.50 和 422.60 節授權可收集這類資訊。聯邦醫療保險與醫療補助服務機構 (CMS) 可使用、公開和交換聯邦醫療保險受益人提供的參加註冊資料,如紀錄系統通知 (System of Records Notice, SORN)「Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)」,系統編號 09-70-0588 所規定。是否回答本表格的問題由您自行決定。不過,沒有回答可能對參加註冊本計劃造成影響。

OneCare (HMO D-SNP) 是一個 Medicare Medi-Cal 計劃,是具有 Medicare 合同的 Medicare Advantage 組織。OneCare 的註冊取決於合同續簽。OneCare 遵循聯邦民權法律並且不會因為種族,膚色,原國籍,年齡,殘障或性別而歧視任何人。請聯繫 OneCare 客戶服務部門,免費電話是 **1-877-412-2734** (TTY **711**), 服務時間為每週 7 天,每天 24 小時。瀏覽我們的網站 [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare)。