

سند 1: فرم نمونه درخواست نام‌نویسی انفرادی برای نام‌نویسی در یک طرح Medicare ADVANTAGE (بخش C)

یادآوری‌ها:

- اگر بخواهید در زمان نام‌نویسی باز پاییز (15 اکتبر-7 دسامبر) به طرح بپیوندید، طرح باید فرم تکمیل شده شما را تا 7 دسامبر دریافت کند.

پس از آن چه اتفاقی می‌افتد؟

فرم تکمیل و امضاء شده‌تان را به اینجا بفرستید:

OneCare (HMO D-SNP)

City Parkway West, Orange, CA 92868 505

هنگامی که به درخواست شما برای پیوستن به طرح رسیدگی کردند، با شما تماس خواهند گرفت.

درباره این فرم چگونه می‌توانم کمک بگیرم؟

با OneCare به شماره 1-877-412-2734 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با این شماره تماس بگیرند 711.

یا با شماره 1-800-MEDICARE با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

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.

انفرادی که بی‌خانمانی را تجربه می‌کنند

- اگر بخواهید به یک طرح بپیوندید ولی محل سکونت دائمی ندارید، در این صورت یک صندوق پستی، نشانی یک خوابگاه یا کلینیک، یا نشانی جایی که نامه دریافت می‌کنید (مثلاً چک‌های بیمه تامین اجتماعی)، ممکن است به عنوان نشانی محل سکونت دائمی شما در نظر گرفته شود.

چه کسی می‌تواند از این فرم استفاده کند؟

افراد دارای Medicare که می‌خواهند به یک طرح Medicare Advantage بپیوندند

برای پیوستن به طرح، شما باید:

- شهروند ایالات متحده باشید یا به صورت قانونی در ایالات متحده اقامت داشته باشید
- در ناحیه خدمات طرح زندگی کنید

مهم: برای پیوستن به طرح Medicare Advantage شما باید همچنین دو طرح زیر را داشته باشید:

- Medicare بخش A (بیمه بیمارستان)
- Medicare بخش B (بیمه درمانی)

چه زمان از این فرم استفاده می‌کنم؟

در زمان‌های زیر می‌توانید به طرح بپیوندید:

- بین 15 اکتبر-7 دسامبر هر سال (برای پوششی که از 1 ژانویه آغاز می‌شود)
- ظرف 3 ماه پس از دریافت Medicare برای نخستین بار
- در بعضی وضعیت‌ها که در آنها مجاز هستید به طرح‌ها بپیوندید یا آنها را تغییر دهید

به وبسایت Medicare.gov بروید تا اطلاعات بیشتری درباره زمانی که می‌توانید برای یک طرح نام‌نویسی کنید دریافت کنید.

برای تکمیل این فرم به چه چیز نیاز دارم؟

- شماره Medicare شما (شماره روی کارت قرمز، سفید و آبی Medicare شما)
- نشانی دائمی و شماره تلفن شما

توجه: شما باید همه قسمت‌های بخش 1 را تکمیل کنید. قسمت‌های بخش 2 اختیاری هستند — اگر آنها را پر نکنید، پوشش شما لغو نمی‌شود.

طبق قانون کاهش تشریفات اداری 1995، هیچ فردی ملزم به همکاری با فرآیند گردآوری اطلاعات نیست، مگر این که آن فرآیند شماره کنترل معتبر OMB داشته باشد. شماره کنترل معتبر OMB مربوط به این فرآیند گردآوری اطلاعات، 0938-1378 است. زمان لازم برای تکمیل این اطلاعات به طور متوسط 20 دقیقه برای هر پاسخگویی تخمین زده می‌شود که شامل زمان بررسی دستورالعمل‌ها، جستجوی منابع داده‌های موجود و جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز و تکمیل و بررسی فرآیند جمع‌آوری اطلاعات می‌باشد. اگر نظری درباره دقت تخمین‌های (های) زمانی یا پیشنهادی برای بهبود این فرم دارید، لطفاً به این نشانی نامه بنویسید: CMS, 7500 Securi-ty Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4 26 05, Baltimore, Maryland 21244 1850

مهم

این فرم یا هیچ سند دیگر را همراه با اطلاعات شخصی خود (مانند مطالبات، پرداخت‌ها، سوابق پزشکی و غیره) به دفتر تسویه گزارش‌های PRA نفرستید. هر مورد دیگری که دریافت کنیم و درباره بهبود این فرم یا کار جمع‌آوری آن (مذکور در OMB 0938-1378) نباشد، از بین برده خواهد شد. آنها نگهداری، بررسی یا به طرح منتقل نخواهند شد. برای فرستادن فرم تکمیل شده به طرح، به بخش «بعد چه اتفاقی می‌افتد؟» در این صفحه نگاه کنید.

بخش ۱ - همه قسمت‌های این صفحه الزامی هستند (مگر آن که به عنوان اختیاری مشخص شده باشند)

طرحی را که می‌خواهید به آن بپیوندید انتخاب کنید:
 OneCare (HMO D-SNP) - مبلغ 0\$ در ماه

نام خانوادگی: [اختیاری: نام میانی]: نام:

تاریخ تولد: (سال/روز/ماه) (____/____/____)
 جنسیت: مرد زن
 شماره تلفن:

نشانی محل سکونت دائمی (صندوق پستی ننویسید):

شهر: [اختیاری: کانتی]: ایالت: زیپ کد:

نشانی پستی، اگر متفاوت از نشانی محل سکونت دائمی‌تان است (صندوق پستی مجاز است):
 نشانی خیابان: شهر: ایالت: زیپ کد:

فرد تماس اضطراری:

شماره تلفن: نسبت با شما:

اطلاعات Medicare شما:

شماره Medicare: _____ - _____ - _____

به این پرسش‌های مهم پاسخ دهید:

آیا پوشش داروی نسخه‌ای دیگر (مانند VA یا TRICARE) افزون بر OneCare خواهید داشت؟
 بله خیر

نام پوشش دیگر: شماره عضو برای این پوشش: شماره گروه برای این پوشش:

آیا شما در برنامه Medicaid (Medi-Cal) نام‌نویسی کرده‌اید؟ بله خیر
 اگر «بله»، لطفا شماره 9 رقمی Medicaid خود (شماره شناسایی مشتری (CIN)) را ارائه کنید:

مهم: عبارت زیر را بخوانید و امضاء کنید:

- من باید هم بیمه بیمارستان (بخش A) و هم Medical (بخش B) را نگه دارم تا در OneCare بمانم.
- با پیوستن به این طرح Medicare Advantage من تایید می‌کنم که OneCare اطلاعات من را در اختیار Medicare قرار خواهد داد که آن هم ممکن است از آنها برای پیگیری نامنویسی من، انجام پرداخت‌ها، و برای مقاصد دیگر مجاز بر اساس قانون فدرال که گردآوری این اطلاعات را مجاز اعلام می‌کنند استفاده کند (به بیانیه قانون حریم خصوصی در زیر نگاه کنید). پاسخگویی شما به این فرم داوطلبانه است. با این حال، عدم پاسخگویی ممکن است بر نامنویسی شما در طرح تأثیر بگذارد.
- من می‌فهمم که همزمان فقط می‌توانم در یک طرح MA نامنویسی کنم - و این که نامنویسی در این طرح، نامنویسی من را در طرح دیگر MA به صورت خودکار پایان خواهد داد (استثناها برای طرح‌های MA PFFS و MA MSA وجود دارند).
- من می‌فهمم که هنگامی که پوشش OneCare آغاز می‌شود، من باید همه مزایای درمانی و مزایای دارویی نسخه‌ای‌ام را از OneCare دریافت کنم. مزایا و خدمات ارائه شده از سوی OneCare و موجود در «سند پوشش/کتابچه راهنمای اعضا» OneCare (به عنوان قرارداد عضو یا توافقنامه مشترک نیز نامیده می‌شود)، پوشش داده خواهند شد. نه Medicare و نه OneCare هزینه‌های مزایا یا خدمات خارج از پوشش را پرداخت نخواهند کرد.
- تا جایی که اطلاع دارم، اطلاعات این فرم نامنویسی درست هستند. متوجه هستم که در صورتی که عمداً اطلاعات نادرست در این فرم ارائه کنم، ممکن است نامنویسی من در طرح لغو شود.
- من می‌فهمم که امضای من (یا امضای شخصی که قانوناً مجاز به نمایندگی من است) در این فرم درخواست به معنی آن است که من محتویات این فرم درخواست را خوانده و فهمیده‌ام. در صورتی که فرم از سوی یک نماینده مجاز (به شرح بالا) امضاء شود، این امضاء گواهی می‌کند که:
 1. این شخص بر اساس قانون ایالت مجاز به انجام این نامنویسی است و
 2. و مستندات این مجاز بودن قانونی، در صورت درخواست Medicare قابل دسترس است.

امضا:	تاریخ امروز:
اگر شما نماینده مجاز هستید، بالا را امضاء کنید و این قسمت‌ها را پر کنید:	
نام:	آدرس:
شماره تلفن:	نسبت با فرد نامنویسی‌کننده:

بخش ۲ - همه قسمت‌های این صفحه اختیاری هستند

پاسخ دادن به این پرسش‌ها اختیاری است. اگر آنها را تکمیل نکنید، از پوشش محروم نمی‌شوید.

آیا شما دارای اصالت هیسپانیک، لاتین یا اسپانیایی هستید؟ همه موارد مرتبط را انتخاب کنید.

- خیر، دارای اصالت هیسپانیک، لاتین یا اسپانیایی
 - بله، مکزیک، مکزیک-آمریکایی، چیکانو
 - بله، اهل کوبا
 - بله، اهل پورتو ریکو
 - بله، دارای اصالت هیسپانیک، لاتین یا اسپانیایی دیگر
- هستم
 پاسخ نمی‌دهم.

نژاد شما چیست؟ همه موارد مرتبط را انتخاب کنید.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> آمریکایی سیاهپوست یا آفریقایی
تبار آفریقایی | <input type="checkbox"/> هندی آمریکایی
<input type="checkbox"/> فیلیپینی
<input type="checkbox"/> ره‌ای | <input type="checkbox"/> سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا
<input type="checkbox"/> چینی
<input type="checkbox"/> ژاپنی
<input type="checkbox"/> آسیایی دیگر
<input type="checkbox"/> ویتنامی
<input type="checkbox"/> پاسخ نمی‌دهم. |
| <input type="checkbox"/> اهل گوام یا بومی گوام
<input type="checkbox"/> بومی هاوایی
<input type="checkbox"/> اهل ساموا | <input type="checkbox"/> اهل جزایر دیگر اقیانوس آرام
<input type="checkbox"/> سفیدپوست | |

اگر می‌خواهید اطلاعات شما را به زبانی غیر از انگلیسی به شما بفرستیم، یکی را انتخاب کنید.

- اسپانیایی ویتنامی فارسی عربی چینی کُرهای

اگر می‌خواهید اطلاعات شما را در یک قالب قابل دسترس برای شما بفرستیم، یکی را انتخاب کنید.

- بریل حروف درشت سی‌دی صوتی

اگر به اطلاعات در یک قالب قابل دسترس دیگر، غیر از موارد بالا، نیاز دارید، لطفاً با OneCare به شماره **1-877-412-2734** تماس بگیرید. ساعات کاری دفتر ما دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر است. کاربران TTY می‌توانند با این شماره تماس بگیرند **711**.

آیا شاغل هستید؟ بله خیر

آیا همسر شما شاغل است؟ بله خیر

نام پزشک مراقبت اولیه، کلینیک، یا مرکز سلامت خود را بنویسید:

فقط استفاده اداری:
Office Use Only:

Plan ID #: _____

Effective Date of Coverage: _____ IEP: AEP: SEP: ICEP (type): _____

Name of Plan Representative/agent/broker: _____

بیانیه قانون حریم خصوصی

مراکز خدمات Medicare و Medicaid Services (CMS) اطلاعات را از طرح‌های Medicare گردآوری می‌کنند تا نام‌نویسی فرد ذینفع را در مراقبت بهبود یافته طرح‌های Medicare Advantage (MA) پیگیری کنند و پرداخت هزینه‌های مزایای Medicare را انجام دهند. بخش‌های 1851 و 1860D-1 از قانون تامین اجتماعی و ماده‌های 422.50 و 422.60 از قانون CFR 42، گردآوری این اطلاعات را مجاز می‌سازند. CMS ممکن است از داده‌های نام‌نویسی ذینفعان Medicare به شکل تعیین شده در اطلاعیه سیستم سوانق (SORN) با نام «داروی نسخه‌ای Medicare Advantage (MARx)» با شماره سیستم 0588-70-09 استفاده، افشا و مبادله کند. پاسخگویی شما به این فرم داوطلبانه است. با این حال، عدم پاسخگویی ممکن است بر نام‌نویسی شما در طرح تأثیر بگذارد.

OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan، یک سازمان Medicare Advantage تحت قرارداد با Medicare می‌باشد. ثبت نام در OneCare به تمديد قرارداد بستگی دارد. OneCare از قوانین قابل اجرا حقوق مدنی فدرال پیروی می‌کند و بر اساس نژاد، رنگ، منشأ ملی، سن، ناتوانی یا جنسیت تبعیض قائل نمی‌شود. با بخش خدمات مشتریان OneCare با شماره رایگان **1-877-412-2734 (TTY 711)** در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. به وسایط ما مراجعه کنید www.caloptima.org/OneCare.