

본인의 기록을 위해 이 양식의 복사본을 보관하십시오.

메디케어 OneCare Connect Cal MediConnect (Medicaid) 플랜 신청서

메디케어-메디칼 플랜에 가입하려면, 메디케어 파트 A(병원 보험), 메디케어 파트 B(의료 보험) 및 메디칼을 가지고 있어야 합니다.

건강플랜을 선택하십시오:

☐ OneCare Connect

귀하의 정보:

이름: (이름, 미들네임, 성)

생년월일:
(_ _ / _ _ / _ _ - -)
월 일 년도

성별: ☐ 여자 ☐ 남자

전화번호:

추가 번호:

이메일 주소:

거주지 주소:

시:

주:

우편번호:

카운티 (선택권):

우편물을 받는 주소 (거주지 주소와 다를 경우):

시:

주:

우편번호:

카운티 (선택권):

응급 연락인:

응급 연락 전화번호:

만약 영어가 아닌 다른 언어 또는 형식으로 된 정보를 받아보시길 원하시면, 아래 칸에 표시하십시오:

_____ 스페인어 _____ 월남어 _____ 페르시아어 _____ 한국어
 _____ 중국어 _____ 아랍어 _____ 점자, 오디오 테이프 또는 큰글자

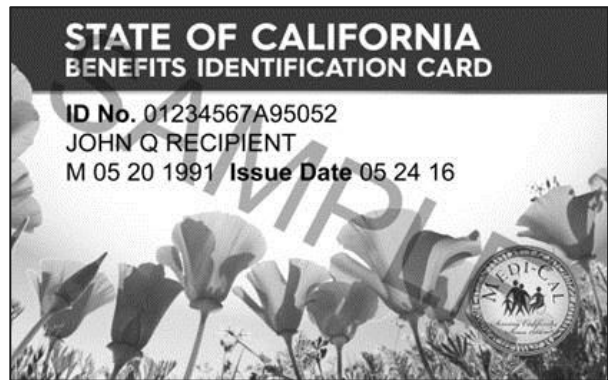
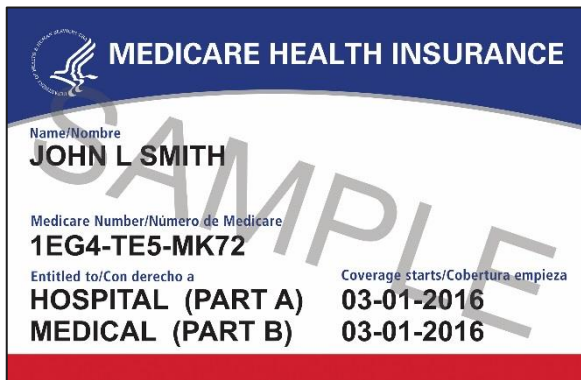
원하시는 형식 또는 언어가 위 선택권 중 없을 경우, OneCare Connect 전화번호 **1-855-705-8823** 으로 전화하십시오. 저희 근무시간은 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이입니다. TDD/TTY 사용자는 번호 **1-800-735-2929** 로 전화하십시오.

귀하께서 일반적으로 건강 서비스를 받으시는 장소를 말씀해 주십시오:

귀하의 담당의사, 의사 사무실 또는보건소의 이름:	전화번호:
-----------------------------	-------

귀하의 메디케어 및 메디칼 혜택에 대해 말씀해 주십시오:

아래 칸에 귀하의 메디케어 및 메디칼 정보를 적으십시오. 정보는 빨강색, 하얀색 및 파랑색으로 된 메디케어 카드 또는 Social Security(사회 보장국) 또는 철도 퇴직 위원회에서 받으신 편지에 적혀있습니다. 또한, 카드 앞쪽에 적힌 귀하의 메디칼 ID 번호도 적어주십시오.



이름 (메디케어 카드에 적힌대로):	
메디케어 번호:	
다음 혜택의 권리가 있음:	유효날짜:
병원 (파트 A):	
의료 (파트 B):	
MMP 플랜에 가입하려면, 메디케어 파트 A 및 파트 B 를 가지고 있어야 합니다.	

이름 (메디케이드 카드에 적힌대로):
메디케이드 번호:

기타 개인 정보:

말기 신장 질환 (ESRD)을 앓고 계십니까? 만약 “예” 이고 신장 이식에 성공하여/또는 정기적 투석이 더 이상 필요하지 않다면, 그 내용이 담긴 귀하 의사의 편지를 첨부하십시오.		☐ 예 ☐ 아니오
귀하께서는 장기 요양 시설에 거주하십니까? 만약 “예”라면, 아래 칸에 정보를 적으십시오:		☐ 예 ☐ 아니오
요양 시설의 이름:		전화번호:
직장이 있으십니까? ☐ 예 ☐ 아니오	결혼 하셨습니까? ☐ 예 ☐ 아니오	배우자는 직장이 있으십니까? ☐ 예 ☐ 아니오

귀하의 건강 및 처방약 혜택에 대한 정보:

다소의 사람들은 다른 건강 보험 또는 개인 보험, TRICARE, 고용회사, 노조, Veterans Affairs(참전 용사 사무부) 또는 State Pharmaceutical Assistance Programs (SPAPs, 주 약물 도움 프로그램)을 통해 약물 혜택을 가지고 있습니다.

귀하께서는 다른 건강 혜택이 있으십니까? 만약 “예”라면, 아래 정보를 적어주십시오 ☐ 예 ☐ 아니오	
플랜 이름 (적용된다면, 고용회사):	보험 그룹 번호:
	ID 번호:
플랜 이름 (적용된다면, 고용회사):	보험 그룹 번호:
	ID 번호:
플랜 이름 (적용된다면, 고용회사):	보험 그룹 번호:
	ID 번호:
플랜 이름 (적용된다면, 고용회사):	보험 그룹 번호:
	ID 번호:
플랜 이름 (적용된다면, 고용회사):	보험 그룹 번호:
	ID 번호:

만약 현재 고용회사 또는 노조를 통해 건강 혜택이 있다면, 귀하(또는 귀하의 부양가족)께서는 OneCare Connect 에 가입시 그 혜택을 알을 수도 있습니다. 귀하의 고용회사 또는 노조에서 귀하의 혜택에 대한 자세한 정보를 제공 받으실 수 있습니다. 질문이 있으시면, 귀하 회사의 혜택 담당자에게 문의하십시오.

다음을 읽고 서명하십시오.

이 양식에 서명하는 것은 다음 내용을 이해한다는 뜻입니다:

- OneCare Connect 는 연방 정부와 캘리포니아 주와 계약을 맺었습니다.
- 나의 새 플랜에서 받는 건강 서비스는 전에 받던 서비스와 다를 수도 있습니다.
- 나는 메디케어 파트 A, 파트 B 및 메디칼을 유지해야 합니다.
- 나는 하나의 메디케어 플랜에만 가입되어 있을 수 있습니다.
- OneCare Connect 에 가입함으로써 나의 다른 메디케어 건강 또는 처방약 플랜은 종료될 것입니다.
- 나는 현재 가입되어있거나 앞으로 받을 다른 처방약 혜택에 대해 OneCare Connect 에 알려야 합니다.
- 만약 내가 이사를 한다면, OneCare Connect 에 알려야 합니다.
- OneCare Connect 의 회원으로써, 비용 또는 서비스에 대한 OneCare Connect 의 결정에 내가 동의하지 않는다면, 나는 항소를 제시할 권리가 있습니다.
- 나는 OneCare Connect 의 회원 안내서(혜택 설명서)에 내가 따라야 하는 규칙이 포함되어 있다는 것을 압니다.
- OneCare Connect 는 보통 회원이 외국에 있는 동안에는 혜택을 제공하지 않지만, 미국 국경에서 가까이에선 다소의 제한된 혜택이 있을 수 있습니다.
- OneCare Connect 가 시작하는 날짜부로, 응급 또는 긴급 상황, 지역 밖에서의 투석 또는 특별한 경우 OneCare Connect 또는 캘리포니아 승인 아래 소속되어 있지 않은 의사를 만나는 것을 제외하고, 나의 건강 관리는 OneCare Connect 소속 의사에게서 받아야 합니다.
- OneCare Connect는 회원 안내서(혜택 설명서)에 어떤 서비스들이 혜택에 적용되는지 설명된대로 OneCare Connect의 의사 및 다른 제공자들과 함께 나에게 건강 관리를 제공할 것입니다.
- 만약 내가 OneCare Connect에 소속되어 있지 않은 의사 또는 다른 의료 제공자를 만나야 한다면, 사전 승인이 필요하거나 받은 서비스에 대한 비용은 내가 비용을 부담해야 할 수도 있습니다.
- 만약 판매직원, 브로커 또는 다른 OneCare Connect의 직원 또는 고용된 개인이 도와주었다면, OneCare Connect가 그들에게 나를 가입시킨 것에 대한 지불을 할 수도 있습니다.
- OneCare Connect에 가입함으로써 OneCare Connect는 메디케어 및 메디칼, 그리고 다른 플랜들과 치료 또는 지불에 필요한 나의 정보를 공유할 수 있습니다.
- 나는 처방약에 대한 혜택을 받는 것은 알지만, 항상 복용하고 있는 같은 약은 아니라는 것을 이해합니다. 나는 OneCare Connect에 가입 후 첫90일동안 현재 복용하고 있는 처방약을 적어도 30일어치를 받을 수 있다는 것을 이해합니다. 나는 현재 만나고 있는 의사를 OneCare Connect 가입 유효 날짜부터 메디케어 서비스를 위해 계속해서 12개월까지 그리고 메디칼 서비스를 위해 12개월까지 만날 수 있다는 것을 이해합니다. 나는 이것을 어떻게 할 수 있는지에 대하여 OneCare Connect에 문의해야 합니다. 나는 또한, 비 일상적인 응급 상황을 제외하고, OneCare Connect에는 건강 관리 서비스를 위해 귀하께서 사용해야하는 의사들과 약국들이 있다는 것을 이해합니다.
- 나는 OneCare Connect 에서 메디케어 및 메디칼의 처방약 정보를 포함한 나의 정보들이 공유된다는 것을 이해합니다. 그들은 연방 정부 법률 및 규정의 허용아래 정보를 실험 및 다른 목적을 위해 공개할 수 있습니다.
- 이 양식에 있는 정보는 내가 아는대로입니다. 나는 이 양식에 고의적으로 잘못된 정보를 제공하면 OneCare Connect에서 탈퇴된다는 것을 이해합니다.
- 이 양식에 있는 나의 서명 (또는 귀하의 대리인의 서명)은 내가 이 양식을 읽고 이해한다는 뜻입니다. 만약 승인된 대리인이 서명을 하면, 그 승인된 대리인의 서명이 주법에 따라 이 양식을

작성하는데 권한을 부여받았고 권한에 대한 서류는 메디케어 또는 메디칼에서의 요청에 따라 제공될 수 있다는 뜻입니다.

귀하의 서명:		날짜:	
만약 해당된다면, 다음은 귀하의 승인된 대리인에 대한 정보입니다: 만약 귀하께서 승인된 대리인이라면, 다음 정보를 제공하시고 서명 그리고 서명한 날짜를 적으셔야 합니다:			
성함(활자체):			
서명:			
날짜:			
주소:			
전화번호:			
메디케어 및 메디칼을 가지고 있는 사람과의 관계:			

자세한 정보는 웹사이트 visit www.caloptima.org 를 방문하십시오. **질문이 있으시면**, OneCare Connect 에 전화번호 **1-855-705-8823** 으로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. TTY 사용자는 번호 **1-800-735-2929** 로 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 다른 언어 또는 큰글자, 점자 및 오디오 같은 다른 형식으로 된 이 정보는 무료로 받아보실 수 있습니다.

Office Use Only

Name of staff member (if assisted enrollment)	
Plan ID#:	Effective date of coverage:
SEPs: ☐ ICEP/IEP ☐ OEP ☐ AEP ☐ SEP (type) ☐ Not Eligible	
CMS approved (MM/DD/YY):	Preferred language:
Health network:	
PCP name:	

OneCare Connect Cal MediConnect Plan (Medicare– Medicaid Plan) 는 메디케어 및 메디칼과 계약을 맺고 두 프로그램의 혜택을 가입자들에게 제공하는 건강 플랜입니다. OneCare Connect 민권에 해당되는 연방정부 법률에 준수하며, 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별을 기초로 차별하지 않습니다. 혜택 정보는 간단한 요약이며, 완전한 혜택 설명이 아닙니다. 한도, 공동 부담금 및 제한이 있을 수 있습니다. 자세한 정보를 위해 OneCare Connect 고객 서비스 또는 OneCare

Connect 회원 안내서를 참고하십시오. 매년 1 월 1 일 혜택과 또는 공동 부담금은 변경될 수 있습니다. 자세한 정보는 웹사이트 www.caloptima.org/onecareconnect 를 방문하십시오. 질문이 있으시면, OneCare Connect 무료 번호 1-855-705-8823 으로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. TDD/TTY 사용자는 무료 번호 1-800-735-2929 로 전화하십시오.

English: ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929)。

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929).

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929)번으로 전화해 주십시오.

Armenian: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-855-705-8823 (TTY (հեռախոյ)՝ 1-800-735-2929):

Farsi:

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد.

باشماره 1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929) تماس بگیرید.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-705-8823 (телетайп: 1-800-735-2929).

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929)まで、お電話にてご連絡ください。

Arabic:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث بلغة أخرى غير الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل علي الرقم

1-855-705-8823 (الهاتف النصي/خط الاتصال لضعاف السمع TTY 1-800-735-2929).

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।

1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Cambodian: ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929)។

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**) पर कॉल करें।

Thai: เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

Lao: ໂບດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ, ແມ່ນມີຮ່າງໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929).