

Անհատական անդամագրման հայտի ձև Medicare Advantage ծրագրում (Մաս C) անդամագրվելու համար

OMB No. 0938-1378
Սպառվում է՝ 7/31/2024



Ո՞վ կարող է օգտագործել այս ձևը:

Medicare ունեցող մարդիկ, ովքեր ցանկանում են միանալ Medicare Advantage ծրագրին

Ծրագրին միանալու համար դուք պետք է.

- Լինեք ԱՄՆ քաղաքացի կամ օրինական կերպով գտնվեք Միացյալ Նահանգներում
- Բնակվեք ծրագրի սպասարկման տարածաշրջանում

Կարևոր է. Medicare Advantage ծրագրին միանալու համար դուք պետք է նաև ունենաք թե մեկը, թե մյուսը.

- Medicare Մաս A (Հիվանդանոցային ապահովագրություն)
- Medicare Մաս B (Բժշկական ապահովագրություն)

Երբ պետք է օգտագործեմ այս ձևը:

- Դուք կարող եք միանալ ծրագրին.
- Ամեն տարի հոկտեմբերի 15-ից դեկտեմբերի 7-ն ընկած ժամանակահատվածում (հունվարի 1-ից սկսվող ապահովագրության համար)
- Medicare-ն առաջին անգամ ստանալուց հետո 3 ամսվա ընթացքում
- Որոշ իրավիճակներում, երբ ձեզ թույլատրվում է միանալ կամ փոխել ծրագրերը

Այցելեք [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)՝ ավելին իմանալու համար, թե երբ կարող եք գրանցվել ծրագրի համար:

Ի՞նչ է ինձ անհրաժեշտ այս ձևը լրացնելու համար:

- Ձեր Medicare համարը (ձեր կարմիր, սպիտակ և կապույտ Medicare քարտի համարը)
- Ձեր մշտական հասցեն և հեռախոսահամարը

Նշում. դուք պետք է լրացնեք Բաժին 1-ի բոլոր կետերը: Բաժին 2-ի կետերը կամընտիր են. ձեզ չեն կարող մերժել ապահովագրության համար, եթե դրանք չեք լրացնում:

Չիջեցումներ.

- Եթե ցանկանում եք միանալ ծրագրին աշնանային բաց գրանցման ժամանակ (հոկտեմբերի 15-դեկտեմբերի 7), ծրագիրը պետք է ստանա ձեր լրացված ձևը մինչև դեկտեմբերի 7-ը:
- Ձեր ծրագիրը ձեզ հաշիվ կուղարկի ծրագրի հավելավճարի համար: Դուք կարող եք ընտրել գրանցվել, որպեսզի ձեր հավելավճարների վճարումները հանվեն ձեր բանկային հաշվից կամ ձեր ամսական Սոցիալական ապահովության (կամ Երկաթուղու կենսաթոշակի խորհրդի) նպաստից:



Ի՞նչ է տեղի ունենում դրանից հետո:

Ուղարկեք ձեր լրացված և ստորագրված ձևը հետևյալ հասցեով՝

Wellcare by Health Net

PO Box 10420

Van Nuys, CA

91499-6208

Երբ նրանք մշակեն միանալու ձեր հայտը, նրանք կկապվեն ձեզ հետ:

Ինչպե՞ս կարող եմ օգնություն ստանալ այս ձևի հետ կապված:

Զանգահարեք Wellcare by Health Net-ին՝

1-844-917-0175: TTY-ից օգտվողները կարող են զանգահարել 711:

Կամ զանգահարեք Medicare-ին

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

հեռախոսահամարով, օրը 24 ժամ,

շաբաթը 7 օր:

TTY-ից օգտվողները կարող են զանգահարել՝

1-877-486-2048:

Անօթևան անհատներ

- Եթե ցանկանում եք միանալ ծրագրին, բայց չունեք մշտական բնակություն, փոստային արկղի, ապաստարանի կամ կլինիկայի հասցեն կամ հասցեն, որտեղ փոստ եք ստանում (օրինակ՝ սոցիալական ապահովության չեկեր) կարող եմ համարվել ձեր մշտական բնակության հասցեն:

ԿԱՐԵՎՈՐ Է

Մի ուղարկեք այս ձևը կամ ձեր անձնական տեղեկություններով որևէ տարրեր (օրինակ՝ հայցեր, վճարումներ, բժշկական արձանագրություններ և այլն) PRA հաշվետվությունների մաքրման գրասենյակ: Ցանկացած տարր, որը մենք ստանում ենք, որը չի վերաբերում, թե ինչպես բարելավել այս ձևը կամ դրա հավաքագրման ծանրաբեռնվածությունը (նշված OMB 0938-1378-ում), կոչնչացվի: Այն չի պահվի, չի վերանայվի կամ ուղարկվի ծրագրին: Ծանոթացեք «Ի՞նչ է տեղի ունենում դրանից հետո» բաժնին այս էջում՝ ձեր լրացված ձևը ծրագրին ուղարկելու համար:

Բաժին 1 – Այս էջի բոլոր դաշտերը պարտադիր են (եթե նշված չէ որպես ընտրովի)

Ընտրեք այն ծրագիրը, որին ցանկանում եք միանալ.

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561 – ներառում է դեղատոմսային դեղերի ապահովագրությունը

001

\$0/ամիսը

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) H3561 – ներառում է դեղատոմսային դեղերի ապահովագրությունը

008

\$0/ամիսը

1 Այս ծրագրին անդամակցելու համար դուք պետք է համապատասխանեք անդամակցության հատուկ չափանիշներին:



Բաժին 1 – Այս էջի բոլոր դաշտերը պարտադիր են (եթե նշված չէ որպես ընտրովի)

Անուն <input type="text"/>	Ազգանուն <input type="text"/>	Կամրնտիր՝ Միջին անվան առաջնատառ <input type="text"/>
Ծննդյան ամսաթիվ <input type="text"/> M M D D Y Y Y Y	Սեռ <input type="checkbox"/> Արական <input type="checkbox"/> Իգական	Յեռնախոսահամար <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Կամրնտիր՝ Գրանցվեք՝ տեքստային հաղորդագրություն ստանալու համար. <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	Կամրնտիր՝ Երկրորդային հեռախոսահամար <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Յեռնախոսա- համարի տեսակ <input type="checkbox"/> Տուն <input type="checkbox"/> Բջջային
		Յեռնախոսի տեսակը <input type="checkbox"/> Տուն <input type="checkbox"/> Բջջային

Միացնելով՝ դուք համաձայնում եք ստանալ մեզանից տեքստային հաղորդագրություններ՝ նպաստների ակնարկների, ողջույնի տեքստերի և ծրագրի կանոնավոր տեղեկատվական հաղորդակցություն: Դուք կարող եք անջատել ցանկացած ժամանակ:

Մշտական բնակության փողոցի հասցեն (Մի գրեք փոստարկղը)

Քաղաք <input type="text"/>	Կամրնտիր՝ Վարչաշրջան <input type="text"/>	Նահանգ <input type="text"/>	Փոստային դասիչ <input type="text"/>
-------------------------------	---	--------------------------------	--

Փոստային հասցեն, եթե տարբերվում է ձեր մշտական բնակության փողոցի հասցեից (փոստարկղը թույլատրվում է) Փողոցի հասցե

Քաղաք <input type="text"/>	Նահանգ <input type="text"/>	Փոստային դասիչ <input type="text"/>
-------------------------------	--------------------------------	--

Ձեր Medicare տեղեկությունները՝

Medicare-ի համարը <input type="text"/>	Իրավունք ունի՝ ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑ (Մաս A) ԲԺՇԿԱԿԱՆ (Մաս B)	Ուժի մեջ մտնելու ամսաթիվը <input type="text"/> M M D D Y Y Y Y <input type="text"/> M M D D Y Y Y Y
--	--	---

Պատասխանեք այս կարևոր հարցերին.

1. Բացի Wellcare-ից, դուք կունենա՞ք այլ դեղատոմսային դեղերի ապահովագրություն (օրինակ՝ VA, TRICARE): Այո Ոչ

Այլ ապահովագրության անվանումը

Անդամի համարն այս
ապահովագրության համար

Խմբի համարն այս ապահովագրության
համար

2. Դուք գրանցվա՞ծ եք ձեր պետական Medicaid ծրագրին: Այո Ոչ
Եթե «այո» խնդրում ենք տրամադրել ձեր Medicaid համարը.



ԿԱՐԵՎՈՐ Է. Խնդրում ենք կարդալ և ստորագրել ստորև.

- Ես պետք է պահեն թե՛ Հիվանդանոցային (Մաս A), թե՛ Բժշկական (Մաս B) ապահովագրությունները՝ Wellcare-ում մնալու համար:
- Միանալով այս Medicare Advantage ծրագրին՝ ես ընդունում եմ, որ Wellcare-ն իմ տեղեկությունները կփոխանցի Medicare-ին, որը կարող է օգտագործել դրանք՝ հետևելու իմ անդամակցությանը, վճարումներ կատարելու և այլ նպատակների համար, որոնք թույլատրվում են Դաշնային օրենքով, որոնք թույլ են տալիս այս տեղեկատվության հավաքագրումը (տես Գաղտնիության օրենքի հայտարարությունը ստորև): Այս ձևին ձեր կողմից պատասխանելը կամավոր է: Այնուամենայնիվ, չպատասխանելը կարող է ազդել ծրագրում անդամակցության վրա:
- Ես հասկանում եմ, որ ես կարող եմ միաժամանակ անդամակցել միայն մեկ MA ծրագրում, և որ այս ծրագրին անդամակցելն ավտոմատ կավարտի իմ անդամակցությունը մեկ այլ MA ծրագրին (բացառությունները կիրառվում են MA PFFS, MA MSA ծրագրերի համար):
- Ես հասկանում եմ, որ երբ սկսվի իմ Wellcare ապահովագրությունը, ես պետք է ստանամ իմ բժշկական և դեղատոմսային դեղերի իմ բոլոր նպաստները Wellcare-ից: Wellcare-ի կողմից տրամադրվող նպաստներն ու ծառայությունները, որոնք պարունակվում են իմ Wellcare «Ապահովագրության ապացույց» փաստաթղթում (նաև հայտնի է որպես անդամի պայմանագիր կամ բաժանորդի պայմանագիր) ապահովագրված կլինեն: Ոչ Medicare-ը, ոչ Wellcare-ը չեն վճարի այն նպաստների կամ ծառայությունների համար, որոնք ապահովագրված չեն:
- Ես հասկանում եմ, որ Medicare ունեցող մարդիկ սովորաբար ապահովագրված չեն Medicare-ով, երբ գտնվում են երկրից դուրս, բացառությամբ ԱՄՆ սահմանի մոտ սահմանափակ ապահովագրության:
- Այս գրանցման ձևի տեղեկությունները ճիշտ են իմ գիտելիքների լավագույնի չափով: Ես հասկանում եմ, որ եթե դիտավորյալ կեղծ տեղեկություններ տրամադրեմ այս ձևում, ես կհեռացվեմ ծրագրից:
- Ես հասկանում եմ, որ իմ ստորագրությունը (կամ իմ անունից գործելու օրինական լիազորված անձի ստորագրությունը) նշանակում է, որ ես կարդացել և հասկանում եմ այս դիմումի բովանդակությունը: Եթե ստորագրված է լիազոր ներկայացուցչի կողմից (ինչպես նկարագրված է վերևում), այս ստորագրությունը հավաստում է, որ.
 - 1) Այս անձը լիազորված է պետական օրենսդրության համաձայն՝ ավարտելու այս անդամակցությունը, և
 - 2) Այս մարմնի փաստաթղթերը հասանելի են Medicare-ի պահանջով:

Այսօրվա ամսաթիվը

--	--	--	--	--	--	--	--

M M D D Y Y Y Y

Ստորագրություն

Եթե դուք լիազորված ներկայացուցիչ եք, ստորագրեք վերևում և լրացրեք այս դաշտերը՝

Անուն

Հասցե

Հեռախոսահամար

 - -

Անդամագրված անձի հետ կապը



Բաժին 2 - Այս էջի բոլոր դաշտերը պարտադիր են

Այս հարցերին պատասխանելը ձեր ընտրությունն է: Ձեզ չեն կարող մերժել ապահովագրության համար, եթե դրանք չեք լրացնում:

Դուք հիսփանիկ, լատինաամերիկյան, թե՛ իսպանական ծագում ունեք: Ընտրեք բոլորը, ինչը կիրառելի է ձեզ համար: Ոչ, ոչ հիսփանիկ, լատինաամերիկյան կամ իսպանական ծագման Այո, մեքսիկացի, մեքսիկացի ամերիկացի, չիկանո/ա Այո, պուերտորիկացի Այո, կուբացի Այո, մեկ այլ հիսփանիկ, լատինո կամ իսպանական ծագման **Ես նախընտրում եմ չպատասխանել**

Ո՞րն է ձեր ռասան: Ընտրեք բոլորը, ինչը կիրառելի է ձեզ համար: Ամերիկացի հնդկացի կամ Ալյասկայի բնիկ Ասիական հնդիկ Սևամորթ կամ Աֆրիկյան ամերիկացի Չինացի Ֆիլիպինացի Գուամանյան կամ Չամորո Ճապոնացի Կորեացի Բնիկ Հավայան Այլ ասիացի Խաղաղ օվկիանոսի այլ կղզիներ Սամոան Վիետնամացի Սպիտակամաշկ **Ես նախընտրում եմ չպատասխանել**

Ընտրեք մեկը, եթե ցանկանում եք, որ մենք ձեզ տեղեկություններ ուղարկենք անգլերենից բացի այլ լեզվով: Իսպաներեն Չինարեն Կորեերեն Վիետնամերեն Թաիլերեն Արաբերեն Հայերեն Կամբոջերեն Պարսկերեն Ռուսերեն

Ընտրեք մեկը, եթե ցանկանում եք, որ մենք ձեզ տեղեկություններ ուղարկենք մատչելի ձևաչափով: Բրեյլ Մեծ տպագրություն Աուդիո CD

Խնդրում ենք կապվել Wellcare-ի հետ 1-844-917-0175 հեռախոսահամարով, եթե ձեզ անհրաժեշտ է տեղեկատվություն մատչելի ձևաչափով, քան վերը նշվածը: Աշխատանքային ժամերն են երկուշաբթիից ուրբաթ օրերը, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը (բոլոր ժամային գոտիներ): TTY-ից օգտվողները կարող են զանգահարել 711:

1. Դուք աշխատում եք: Այո Ոչ
2. Ձեր կինը/ամուսինն աշխատում է: Այո Ոչ

Նշեք ձեր Առաջնային խնամքի բժշկի (PCP), կլինիկայի կամ առողջապահական կենտրոնի անունը՝

Էլփոստի հասցե՝

Խնդրում ենք նկատի ունենալ, որ տրամադրելով ձեր էլ. հասցեն՝ դուք համաձայնում եք մեզնից էլփոստ ստանալ: Մենք ձեզ հնարավորություն կտանք միանալու, և դուք միշտ կարող եք հրաժարվել հետագա էլփոստի հաղորդակցություններից:

Կապվելու նախընտրելի միջոց. Հեռախոս Հաղորդագրություն Էլփոստ

*Խնդրում ենք նկատի ունենալ, որ հաղորդակցությունները կարող են ուղարկվել ընտրված «Կապվելու նախընտրելի եղանակից» դուրս:



Ձեր ծրագրի հավելավճարների վճարումը

Դուք կարող եք վճարել ձեր ամսական ծրագրի հավելավճարը (ներառյալ ուշ անդամագրման ցանկացած տուգանք, որն այժմ ունեք կամ կարող եք պարտք լինել) փոստով, «Էլեկտրոնային միջոցների փոխանցման» (EFT) կամ վարկային քարտի միջոցով ամեն ամիս: **Դուք կարող եք նաև ընտրել վճարել ձեր հավելավճարը՝ այն ավտոմատ կերպով հանելով ձեր Սոցիալական ապահովության կամ երկաթուղային կենսաթոշակային խորհրդի (RRB) նպաստից ամեն ամիս:**

Եթե դուք պետք է վճարեք Մաս D-Եկամտի հետ կապված ամսական ճշգրտման գումարը (Մաս D-IRMAA), դուք պետք է վճարեք այս հավելյալ գումարը՝ ի հավելումն ձեր ծրագրի հավելավճարի: Գումարը սովորաբար հանվում է ձեր Սոցիալական ապահովության նպաստից, կամ դուք կարող եք հաշիվ ստանալ Medicare-ից (կամ RRB-ից): ՄԻ ՎՃԱՐԵՔ Wellcare-ի Մաս D-IRMAA-ն:

Եթե վճարման տարբերակ չընտրեք, կստանաք վճարման հաշիվ ամեն ամիս:

Խնդրում ենք ընտրել հավելավճարի վճարման տարբերակ.

- Ստանալ վճարման հաշիվ
 - Ավտոմատ նվազեցում ձեր ամսական Սոցիալական ապահովության կամ Երկաթուղու կենսաթոշակի խորհրդի (RRB) նպաստի չեկից: Ես ամսական նպաստներ եմ ստանում հետևյալից. Սոցիալական ապահովություն RRB
- (Սոցիալական ապահովության/RRB-ի նվազեցումը կարող է տևել երկու կամ ավելի ամիս այն բանից հետո, երբ Սոցիալական ապահովությունը կամ RRB-ը կհաստատի նվազեցումը: Շատ դեպքերում, եթե Սոցիալական ապահովությունը կամ RRB-ն ընդունում են ավտոմատ նվազեցման ձեր խնդրանքը, ձեր Սոցիալական ապահովության կամ RRB նպաստների չեկից առաջին նվազեցումը կներառի ձեր գրանցման ուժի մեջ մտնելու օրվանից մինչև պահումների սկիզբը վճարվող բոլոր հավելավճարները: Եթե Սոցիալական ապահովությունը կամ RRB-ն չհաստատեն ավտոմատ նվազեցման ձեր խնդրանքը, մենք ձեզ հաշիվ կուղարկենք ձեր ամսական հավելավճարների համար):

ԳԱՂՏՆԻՈՒԹՅԱՆ ՕՐԵՆՔԻ ՀԱՅՏԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

Medicare և Medicaid ծառայությունների կենտրոնները (CMS) հավաքում են տեղեկատվություն Medicare-ի ծրագրերից՝ հետևելու շահառուների անդամակցությանը Medicare Advantage (MA) ծրագրերում, բարելավելու խնամքը և Medicare-ի նպաստների վճարման համար: Սոցիալական ապահովության օրենքի 1851 և 42 CFR §§ 422.50 և 422.60-ը թույլ են տալիս հավաքել այս տեղեկատվությունը: CMS-ը կարող է օգտագործել, բացահայտել և փոխանակել գրանցման տվյալները Medicare-ի շահառուներից, ինչպես նշված է Գրառումների համակարգի ծանուցման մեջ (SORN) «Medicare Advantage Rescripting Drug (MARx)», Համակարգի համարը՝ 09-70-0588: Այս ձևին ձեր կողմից պատասխանելը կամավոր է: Այնուամենայնիվ, չպատասխանելը կարող է ազդել ծրագրում անդամակցության վրա:



ՄԻԱՅՆ ԳՐԱՍԵՆՅԱԿԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ.

Անձնակազմի անդամի/գործակալի/միջնորդի անունը (եթե աջակցվում է գրանցման հարցում).

Ծրագրի ID #`

Ապահովագրության ուժի մեջ մտնելու ամսաթիվը.

M M D D Y Y Y Y

ICEP/IEP AEP SEP (տեսակ).

Իրավասու չէ

Wellcare-ի վաճառքի ներկայացուցիչ/Լիազորված գործակալ
(անհատ վաճառքի ներկայացուցիչ/գործակալ, ով լրացրել է հայտը)

Գործակալի տեսակ (ընտրեք մեկը). Լիազորված գործակալ Wellcare-ի աշխատակից
Լրացրեք ստորև բաժինը`

Վաճառքի ներկայացուցիչ/
Գործակալի անունը

Վաճառքի ներկայացուցիչ/Գործակալի
NPN #

Գործակալության/FMO կապ`
(եթե կիրառելի է)

Գործակալի ID#`

Այս տեղեկությունները պետք է համապատասխանեն ձեր հաստատված Wellcare լիցենզավորման գրառումներին:

Գործակալի հեռախոսահամարը` - -

Էլփոստ

Գործակալության/FMO հեռախոսահամարը (եթե կիրառելի է)

- -

Վաճառքի ներկայացուցիչ/լիազորված գործակալի դիմումի ընդունման ամսաթիվը.

M M D D Y Y Y Y

(Դիմումները պետք է ստացվեն Wellcare-ում այս ամսաթվից հետո 1 օրացուցային օրվա ընթացքում):

Հայտի ստացման վայրը` Ժամադրություն Վաճառքի իրադարձություն Առանց ժամադրության այց

Այլ (նշեք).

Մատակարարի տեղեկություններ HMO ծրագրերի համար`

PCP-ի անունը`

PCP NPI`

PPG անունը`

PPG ID`

Արդյոք ընտրված PCP/PPG-ն ընդունված է ընտրված ծրագրի համար: Այո Ոչ

Ընթացիկ բուժառնո էք: Այո Ոչ

Գործակալի հայտի ներկայացումներ` Վաճառքի ներկայացուցիչը/գործակալը պետք է ֆաքսով ուղարկի ժամադրության և Անդամագրման ձևերի բովանդակությունը 1-844-222-3180 հեռախոսահամարով:



Անդամագրման ժամկետի իրավասության ատեստավորում

Սովորաբար, դուք կարող եք անդամակցել Medicare Advantage ծրագրին միայն տարեկան անդամագրման ժամանակաշրջանի ընթացքում՝ յուրաքանչյուր տարվա հոկտեմբերի 15-ից մինչև դեկտեմբերի 7-ը: Կան բացառություններ, որոնք կարող են թույլ տալ ձեզ անդամակցել Medicare Advantage ծրագրին այս ժամանակահատվածից դուրս:

Խնդրում ենք ուշադիր կարդալ հետևյալ հայտարարությունները և նշել վանդակը, եթե հայտարարությունը վերաբերում է ձեզ:

Ստորև բերված վանդակներից որևէ մեկը նշելով՝ դուք հաստատում եք, որ ձեր լավագույն գիտելիքներով դուք իրավասու եք Անդամակցության ժամանակահատվածի համար: Եթե մենք ավելի ուշ որոշենք, որ այս տեղեկությունները սխալ են, դուք կարող եք դուրս գալ:

- Ես նոր եմ Medicare-ում:
- Ես գրանցված եմ Medicare Advantage ծրագրում և ցանկանում եմ փոփոխություն կատարել Medicare Advantage-ի Բաց անդամակցության ժամանակաշրջանի ընթացքում (MA OEP):
- Ես վերջերս տեղափոխվել եմ սպասարկման տարածքից դուրս իմ ընթացիկ ծրագրի համար կամ վերջերս եմ տեղափոխվել, և այս ծրագիրը ինձ համար նոր տարբերակ է: Ես տեղափոխվել եմ հետևյալ ամսաթվին՝ (մուտքագրեք ամսաթիվը):

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- Ինձ վերջերս են ազատել բանտից: Ինձ ազատել են հետևյալ ամսաթվին՝ (մուտքագրեք ամսաթիվը):

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- Ես վերջերս եմ վերադարձել Միացյալ Նահանգներ՝ ԱՄՆ-ից դուրս մշտապես ապրելուց հետո: Ես վերադարձել եմ ԱՄՆ հետևյալ ամսաթվին՝ (մուտքագրեք ամսաթիվը):

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- Ես վերջերս օրինական ներկայության կարգավիճակ եմ ստացել Միացյալ Նահանգներում: Այս կարգավիճակը ես ստացել եմ հետևյալ ամսաթվին՝ (մուտքագրեք ամսաթիվը):

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- Ես վերջերս փոխել եմ իմ Medicaid-ը (նոր եմ ստացել Medicaid, փոխել եմ Medicaid-ի օգնության մակարդակը կամ կորցրել եմ Medicaid-ը) հետևյալ ամսաթվին՝ (մուտքագրեք ամսաթիվը):

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- Ես վերջերս փոխել եմ իմ Լրացուցիչ օգնությունը (*Extra Help*)՝ վճարելով Medicare ղեղատոմսային ղեղերի ապահովագրության համար (նոր եմ ստացել Լրացուցիչ օգնություն (*Extra Help*), փոխվել է Լրացուցիչ օգնության (*Extra Help*) մակարդակը կամ զրկվել եմ Լրացուցիչ օգնությունից (*Extra Help*)) հետևյալ ամսաթվին՝ (մուտքագրեք ամսաթիվը):

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- Ես ունեմ և Medicare, և Medicaid (կամ իմ նահանգն օգնում է վճարել իմ Medicare-ի հավելավճարները) կամ ես ստանում եմ Լրացուցիչ օգնություն (*Extra Help*)՝ վճարելով իմ Medicare ղեղատոմսային ղեղերի ապահովագրության համար, բայց ես փոփոխություն չեմ ունեցել:
- Ես տեղափոխվում եմ, բնակվում եմ կամ վերջերս եմ տեղափոխվել Երկարատև խնամքի հաստատություն (օրինակ՝ ծերանոց կամ երկարատև խնամքի հաստատություն): Ես տեղափոխվել եմ/կտեղափոխվեմ հաստատություն/հաստատությունից դուրս հետևյալ ամսաթվին՝ (մուտքագրեք ամսաթիվը):

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- Ես վերջերս եմ դուրս եկել PACE ծրագրից հետևյալ ամսաթվին՝ (մուտքագրեք ամսաթիվը):

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y



Վերջերս ես ակամա կորցրեցի իմ դեղատոմսային դեղերի հավաստի ապահովագրությունը (այնքան լավ ապահովագրություն, որքան Medicare-ը): Ես կորցրել եմ իմ ապահովագրությունը հետևյալ ամսաթվին՝ (մուտքագրեք ամսաթիվը):

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

Ես թողնում եմ գործատուի կամ արհմիության ապահովագրությունը հետևյալ ամսաթվին՝ (մուտքագրեք ամսաթիվը):

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

Ես պատկանում եմ իմ նահանգի կողմից տրամադրվող դեղատների օգնության ծրագրին:

Իմ ծրագիրը ավարտում է իր պայմանագիրը Medicare-ի հետ, կամ Medicare-ն ավարտում է իր պայմանագիրը իմ ծրագրի հետ:

Ես անդամակցում էի Medicare-ի ծրագրի (կամ իմ նահանգի), և ես ուզում եմ այլ ծրագիր ընտրել: Այդ ծրագրում իմ անդամակցությունը սկսվեց հետևյալ ամսաթվին՝ (մուտքագրեք ամսաթիվը):

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

Ես անդամագրված էի Special Needs ծրագրին (SNP), բայց ես կորցրել եմ հատուկ կարիքների որակավորումը, որն անհրաժեշտ էր այդ ծրագրում լինելու համար: Ես դուրս եմ եկել SNP-ից հետևյալ ամսաթվին՝ (մուտքագրեք ամսաթիվը):

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

Ինձ վրա ազդել է արտակարգ իրավիճակը կամ մեծ աղետ (ինչպես հայտարարվել է Արտակարգ իրավիճակների կառավարման դաշնային գործակալության (FEMA) կամ դաշնային, նահանգային կամ տեղական կառավարման մարմնի կողմից: Այստեղի մյուս հայտարարություններից մեկը վերաբերում էր ինձ, բայց ես չկարողացա իմ անդամակցության հայտը ներկայացնել աղետի պատճառով: Ես բաց եմ թողել Անդամագրման ժամանակահատվածը հետևյալի պատճառով.

Եթե այս հայտարարություններից ոչ մեկը չի վերաբերում ձեզ կամ վստահ չեք, խնդրում ենք կապվել Wellcare-ին 1-844-917-0175 հեռախոսահամարով (TTY-ից օգտվողները պետք է գանգահարեն 711 համարով) պարզելու, թե արդյոք դուք իրավասու եք անդամագրվելու համար: Մենք բաց ենք երկուշաբթիից կիրակի, 8 am - 8 pm (բոլոր ժամային գոտիներում)

Համաձայն 1995 թ.-ի Թղթաբանության նվազեցման ակտի՝ ոչ ոք պարտավոր չէ պատասխանել տեղեկության հավաքագրմանը, եթե այն չունի վավեր OMB վերահսկման համար: Այս տեղեկության հավաքագրման OMB վերահսկման համարն է՝ 0938-1378: Այս տեղեկությունը լրացնելու համար պահանջվող ժամանակը կազմում է միջինում 20 րոպե ամեն պատասխանի համար, որը ներառում է՝ ցուցումները կարդալու ժամանակը, գոյություն ունեցող տվյալների աղբյուրները փնտրելը, անհրաժեշտ տվյալները հավաքագրելը, և տեղեկության հավաքագրումն ավարտելն ու վերանայելը: Եթե ունեք մեկնաբանություններ ժամանակի գնահատման (ժամանակահատումների) ճշգրտության կամ այս ձևի բարելավման վերաբերյալ առաջարկությունների վերաբերյալ, խնդրում ենք գրել՝ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850:

Դուք պետք է շարունակեք վճարել ձեր Medicare Մաս B-ի հավելավճարը: Այնուամենայնիվ, լրիվ երկակի շահառուների համար Պետությունը կփոխհատուցի ձեր Մաս B-ի հավելավճարն այնքան ժամանակ, քանի դեռ դուք պահպանում եք ձեր Medicaid իրավասությունը:

