



Սեղմեք ձեր դիմումի  
կարգավիճակին այստեղ՝  
[wellcare.com/applicationtracker](https://www.wellcare.com/applicationtracker)

### Ո՞վ կարող է օգտագործել այս հայտաձևը:

Medicare ունեցող մարդիկ, ովքեր միանում են Medicare Advantage ծրագիր

### Ծրագրին միանալու համար պետք է.

- Լինեք Միացյալ Նահանգների քաղաքացի կամ օրինական կերպով գտնվեք Միացյալ Նահանգներում
- Ապրեք ծրագրի սպասարկման տարածքում

**Կարևոր է.** Medicare Advantage ծրագիր միանալու համար պետք է նաև ունենաք.

- Medicare Part A (հիվանդանոցային ապահովագրություն)
- Medicare Part B (բժշկական ապահովագրություն)

### Ե՞րբ եմ օգտագործում այս ձևաթուղթը:

Կարող եք միանալ ծրագրին.

- Յուրաքանչյուր տարի հոկտեմբերի 15-ից մինչև դեկտեմբերի 7-ն ընկած ժամկետում (որպեսզի ապահովագրությունը սկսվի հունվարի 1-ից)
- Առաջին անգամ Medicare ստանալու 3 ամսվա ընթացքում
- Որոշակի իրավիճակներում, երբ ձեզ թույլատրվում է միանալ ծրագրին կամ փոխել այն

Այցելեք [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) կայքէջ, որպեսզի իմանաք ավելին, թե երբ կարող եք անդամագրվել ծրագրի համար:



Մտածե՞լ եք ընդգրկվել  
[go.wellcare.com/HealthNetCA](https://go.wellcare.com/HealthNetCA) կայքէջում  
դրա փոխարեն: Այն արագ է, ապահով  
և հեշտ է դիմել:

### Ինչո՞ւ պետք է լրացնեմ այս ձևաթուղթը:

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

**Նշում.** Դուք պետք է լրացնեք 1-ին բաժնի բոլոր կետերը: 2-րդ բաժնի կետերը պարտադիր չեն. ձեզ չեն մերժի ապահովագրությունը, եթե դրանք չեք լրացրել:

### Անօթևանները

- Եթե ցանկանում եք միանալ ծրագրին, բայց չունեք մշտական բնակության հասցե, փոստարկղ, ապաստանի կամ կլինիկայի հասցե, ապա փոստային նամակներ ստանալու հասցեն (օրինակ՝ սոցիալական ապահովագրության ստուգումներ) կարող է դիտարկվել որպես ձեր մշտական բնակության հասցե:

### Հիշեցումներ.

- Եթե ցանկանում եք ծրագրին միանալ աշնան բաց անդամագրության ընթացքում (հոկտեմբերի 15-դեկտեմբերի 7), ապա ծրագիրը պետք է ձեր լրացրած ձևաթուղթը ստանա մինչև դեկտեմբերի 7-ը:

### ԿԱՐԵՎՈՐ Է

Մի՛ ուղարկեք այս ձևաթուղթը կամ ձեր անձնական տվյալներով որևէ փաստաթուղթ (օրինակ՝ հայցեր, վճարումներ, բժշկական գրառումներ և այլն) PRA-ի հաշվետվությունների հարցերով գրասենյակին: Մեր ստացած ցանկացած փաստաթուղթ, որը չի վերաբերում նրան, թե ինչպես կարելի է բարելավել այս ձևաթուղթը կամ դրա հավաքգրման ընթացքը (նշված է OMB 0938-1378-ում), կոչնչացվի: Այն չի պահվի, վերանայվի կամ ուղարկվի ծրագրին: Տես «Ի՞նչ է տեղի ունենում դրանից հետո»: այս էջին, որպեսզի ծրագրին ուղարկեք ձեր լրացրած ձևաթուղթը:



- Ձեր ծրագիրը կուղարկի վճարահաշիվ ծրագրի ապահովագնի համար: Կարող եք ընտրել գրանցվել, որպեսզի ձեր ապահովագնի վճարումները նվազեցվեն ձեր բանկային հաշվեհամարից կամ ձեր ամսական սոցիալական ապահովագրությունից (կամ Երկաթուղային կենսաթոշակային խորհրդի) նպաստից:

### **Ի՞նչ է տեղի ունենում դրանից հետո:**

Ուղարկեք ձեր լրացրած և ստորագրած ձևաթուղթը հետևյալ հասցեին՝

Wellcare By Health Net

PO Box 10420

Van Nuys, CA

91410-0420

Երբ նրանք ընթացք տան ձեր միանալու հարցմանը, ապա կկապվեն ձեզ հետ:

### **Ինչպե՞ս կարող եմ օգնություն ստանալ այս ձևաթղթի հարցում:**

Զանգահարեք Wellcare By Health Net 1-844-480-0680 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները կարող են զանգահարել 711:

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:



**Բաժին 1 – Այս էջի բոլոր դաշտերը պարտադիր են (եթե նշված չեն  
ընտրովի)**

**Ընտրեք այն ծրագիրը, որին ցանկանում եք միանալ.**

**Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)<sup>1</sup>** – ներառում է դեղատոմսով դեղերի  
ապահովագրություն

☐ **H3561-008-000** Amador, Calaveras, Inyo, Los Angeles, Mono, Sacramento,  
San Joaquin, Stanislaus, Tulare, Tuolumne

\$0 ամսական

<sup>1</sup> Դուք պետք է բավարարեք անդամագրման կոնկրետ պահանջները,  
որպեսզի անդամագրվեք այս պլանին:





# Բաժին 1 – Այս բաժնի բոլոր դաշտերը պարտադիր են (եթե նշված չեն ընտրովի)

Անուն

Ազգանուն

Ընտրովի՝  
Երկրորդ անուն

Ծննդյան տարեթիվ

M M D D Y Y Y Y

Սեռ

- ☐ Արական  
☐ Իգական

Հեռախոսահամար

 -  - 

Ընտրովի՝ Երկրորդական  
հեռախոսահամար

 -  - 

Հեռախոսի  
տեսակ

- ☐ Տնային  
☐ Բջջային

Հեռախոսի  
տեսակ

- ☐ Տնային  
☐ Բջջային

Ընտրովի՝ Էլ. փոստի  
հասցե՝

Ընտրովի՝ Ձեզ ավելի հարմար է ինտերնետից, Էլ. փոստից օգտվե՞լը, թե ինքնուրույն  
տեքստային հաղորդագրություններ օգտագործելը: ☐ Այո ☐ Ոչ

Ընտրովի՝ Կապ հաստատելու նախընտրելի եղանակը՝ ☐ Հեռախոսազանգ ☐ Տեքստային  
☐ Էլ. նամակ

\*Նկատի ունեցեք, որ նամակագրությունը կարող է ուղարկվել ոչ ձեր նախընտրած կապ  
հաստատելու եղանակով:

Ցանկանում ենք, որ վայելեք անդամ լինելը և հասկանաք ձեր ծրագիրը: Խնդրում ենք  
տրամադրել ձեր հեռախոսահամար(ներ)ը և էլ. նամակ գրել, որպեսզի կարողանանք  
տեղեկացնել ձեր դիմումի կարգավիճակի մասին: Որպես անդամ՝ ձեզ կփոխանցենք  
օգտակար տեղեկություններ, օրինակ՝ ինչ կարելի է ակնկալել, ինչպես առողջ մնալ, լրացուցիչ  
նպաստներից օգտվել, բժիշկ գտնել, մեր անդամների հարթակից օգտվել և այլ կարևոր  
տեղեկություններ: Եթե հետաքրքրված չեք, կարող եք հրաժարվել որոշակի տեքստեր կամ  
էլ. նամակներ ստանալուց:

Ցանկանում ենք, որ ձեզ դուր գա ձեր Wellcare ծրագիրը: Եթե ունենանք այլ ծրագրեր, որոնք  
ձեզ ավելի նպաստավոր կլինեն՝ ըստ ձեր կարիքների փոփոխման, մենք ձեզ տեղյակ  
կպահենք այդ մասին: Մենք կխոսենք միայն մեր ծրագրերի մասին:

(Մի՛ մոտքագրեք փոտարկղի համարը: Նշում. անօթևանների դեպքում ձեր փոստարկղի  
համարը կհամարվի ձեր մշտական բնակության հասցե): ☐ Անօթևանի  
մշտական բնակության հասցե





Քաղաքը

Ընտրովի՝ Վարչաշրջանը

Փոստային  
դասիչը

**Փոստային հասցե**, եթե այն տարբեր է ձեր մշտական հասցեից (փոստարկղի համարը թույլատրված է) Փողոցի հասցե

Քաղաքը

Նահանգը

Փոստային  
դասիչը

**Ձեր Medicare-ի տվյալները՝**

**Medicare-ի համարը**

Իրավունք ունի՝  
ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ  
(Մաս A)

ԲԺՇԿԱԿԱՆ  
(Մաս B)

Ուժի մեջ մտնելու  
ամսաթիվը

M M D D Y Y Y Y

M M D D Y Y Y Y





## Պատասխանեք այս կարևոր հարցերին .

1. Դուք ունե՞ք դեղատոմսով դեղերի այլ ապահովագրական ծածկույթ (օրինակ VA, TRICARE), բացի Wellcare-ը:

☐ Այո ☐ Ոչ

Մյուս ապահովագրական ծածկույթի անվանումը

Այս ապահովագրական ծածկույթի անդամի համարը

Այս ապահովագրական ծածկույթի խմբի համարը

2. Խնդրում ենք տրամադրել ձեր Նահանգային Medicaid ծրագրի համարը՝

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Ներառեք Medicaid-ի համարը D-SNP-ի ծրագրերի համար: Medicaid-ի բացակայող համարները կարող են հանգեցնել նրան, որ դիմումին ուշ ընթացք տրվի և գուցե նաև մերժվի:

## ԿԱՐԵՎՈՐ Է. Կարդացեք և ստորագրեք ստորև.

- Ես պետք է պահեմ թե՛ հիվանդանոցային (Մաս A), թե՛ բժշկական (Մաս B) ապահովագրությունները, որպեսզի մնամ Wellcare-ում:
- Միանալով այս Medicare Advantage Plan-ին՝ ես ընդունում եմ, որ Wellcare-ն իմ տվյալները փոխանցելու է Medicare-ին, ով կարող է օգտագործել այն, որպեսզի հետևի իմ անդամագրությանը, կատարի վճարումներ և դաշնային օրենքով թույլատրելի այլ նպատակներով, որոնք թույլատրում են այս տվյալների հավաքագրումը (ստորև տես Գաղտնիության մասին օրենքի հայտարարությունը): Այս ձևաթղթին ձեր պատասխանելը կամավոր է: Ամեն դեպքում, չպատասխանելը գուցե պատճառ հանդիսանա, որ չանդամագրվեք ծրագրում:
- Ես հասկանում եմ, որ միաժամանակ կարող եմ անդամագրվել միայն մեկ MA կամ Մաս D ծրագրում . և որ այս ծրագրում անդամագրվելն ավտոմատ կերպով կավարտի իմ անդամագրությունը մյուս MA կամ Մաս D ծրագրում (բացառություններ են MA PFFS, MA MSA ծրագրերը):
- Ես հասկանում եմ, որ երբ իմ Wellcare-ի ապահովագրական ծածկույթն սկսվի, ես իմ բժշկական և դեղատոմսով դեղերի ամբողջ նպաստները պետք է ստանամ Wellcare-ից: Wellcare-ի կողմից տրամադրվող նպաստները և ծառայությունները, որոնք նշված են իմ Wellcare-ի «Ապահովագրական ծածկույթ» փաստաթղթում (նաև հայտնի է որպես անդամի ձեռնարկ, անդամի պայմանագիր կամ բաժանորդային պայմանագիր) ներառված են ապահովագրությունում: Ոչ Medicare-ը, ոչ Wellcare-ը չեն վճարի չապահովագրված նպաստների կամ ծառայությունների համար:
- Այս անդամագրության ձևաթղթում նշված տեղեկությունները ճիշտ են և ճշգրիտ՝ իմ իմացածի չափով: Ես հասկանում եմ, որ եթե այս ձևաթղթում միտումնավոր սխալ տեղեկատվություն տրամադրեմ, ինձ կհեռացնեն ծրագրի անդամագրությունից:
- Ես հասկանում եմ, որ իմ ստորագրությունը (կամ այն անձի ստորագրությունը, ում ես օրինական կերպով լիազորել եմ հանդես գալ իմ անունից) այս դիմումում նշանակում է, որ ես կարդացել և հասկացել եմ այս դիմումի պարունակությունը: Եթե ստորագրվել է լիազորված ներկայացուցչի կողմից (ինչպես նկարագրված է ստորև), այս ստորագրությունը վկայում է, որ .





- 1) Այս անձը նահանգային օրենքի շրջանակներում լիազորված է լրացնել այս անդամագրությունը, և
- 2) Այս լիազորության վերաբերյալ թղթաբանությունը, պահանջի դեպքում, հասանելի է Medicare-ի մոտ:

Ստորագրելով այս փաստաթուղթը՝ ես վկայում եմ, որ իմ իմացածի չափով այստեղ տրամադրված ամբողջ տեղեկատվությունը ճշմարիտ է, ամբողջական և ճշգրիտ: Ես հասկանում եմ, որ եթե որոշվի, որ տեղեկատվությունը ճշմարիտ չէ, ես կարող եմ հեռացվել անդամագրությունից:

| Այսօրվա ամսաթիվ |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|
|                 |   |   |   |   |   |   |   |
| M               | M | D | D | Y | Y | Y | Y |

Ստորագրություն

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

Անուն-ազգանունը

Հասցեն

Հետախոսահամարը

 -  - 

Հարաբերությունն անդամագրված անձի հետ





## Բաժին 2 – Այս բաժնի բոլոր դաշտերն ընտրովի են

Այս հարցերին պատասխանելը ձեր ընտրությունն է: Ձեզ չի կարող մերժվել ապահովագրությունը, եթե դրանք չեք լրացրել:

Ընտրեք մեկը, եթե ցանկանում եք, որ ձեզ ուղարկենք տեղեկատվությունն անգլերենից բացի մեկ այլ լեզվով:

☐ Իսպաներեն ☐ Չինարեն ☐ Կորեերեն ☐ Հնդկ ☐ Տագալոգերեն ☐ Վիետնամերեն  
☐ Արաբերեն ☐ Ռուսերեն ☐ Կամբոջերեն ☐ Հայերեն ☐ Պարսկերեն

Ընտրեք մեկը, եթե ցանկանում եք, որ ձեզ ուղարկենք տեղեկությունները մատչելի ձևաչափով:

☐ Բրայլյան տպագիր ☐ Մեծ տառատեսակ ☐ Աուդիո CD ☐ Տվյալների CD

Կապվեք Wellcare-ի հետ 1-844-480-0680 հեռախոսահամարով (TTY-ից օգտվողները կարող են զանգահարել 711), եթե ցանկանում եք տեղեկատվությունը մատչելի ձևաչափով, որը նշված չէ վերևում: Մեր աշխատանքային ժամերն են կիրակիից շաբաթ առավոտյան 8-ից - երեկոյան 8-ը (բոլոր ժամային գոտիներով):

1. Աշխատում եք: ☐ Այո ☐ Ոչ

2. Ձեր ամուսինը/կինն աշխատում է: ☐ Այո ☐ Ոչ

3. Հանդիսանում եք երկարատև խնամքի բուժհաստատության բնակիչ, օրինակ՝ ծերանոց:

☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե «այո», ապա տրամադրեք հետևյալ տեղեկատվությունը.  
Բուժհաստատության անվանումը՝

Բուժհաստատության հասցեն (համարը և փողոցը)

| Քաղաքը               | Նահանգը              | Փոստային դասիչը      | Հեռախոսահամարը       |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Թվարկեք ձեր ներգանցային առաջնային խնամքի մատակարարին (PCP), կլինիկան կամ առողջապահական կենտրոնը.

Մատակարար կարող եք գտնել այստեղ՝ [findaprovider.healthnetcalifornia.com](https://findaprovider.healthnetcalifornia.com)

Մատակարարների մասին տեղեկություններ HMO-ի ծրագրերի դեպքում.

PPG-ի անունը՝

PPG ID՝

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

Այժմ հիվանդ եք: ☐ Այո ☐ Ոչ





## Ձեր ծրագրի ապահովագների վճարումը

Ամեն ամիս կարող եք վճարել ձեր ամսական ծրագրի ապահովագինը (ներառյալ ձեր ներկայիս կամ հնարավոր ուշ գրանցման տույժը) փոստով, էլեկտրոնային դրամական փոխանցմամբ (EFT) կամ վարկային քարտով: **Կարող եք նաև ընտրել վճարել ձեր ապահովագինը՝ այն ամեն ամիս ավտոմատ կերպով հանելով ձեր սոցիալական ապահովագրության կամ Երկաթուղային կենսաթոշակային խորհրդի (RRB) նպաստից:**

**Եթե պետք է վճարեք Մաս D-ի եկամտին առնչվող ամսական ճշգրտվող գումար (Մաս D-IRMAA), դուք պետք է վճարեք այս լրացուցիչ գումարն ի լրումն ձեր ծրագրի ապահովագնի վճարի:** Գումարը սովորաբար հանվում է ձեր սոցիալական ապահովագրության նպաստից, կամ դուք կարող եք վճարահաշիվ ստանալ Medicare-ից (կամ RRB-ից): Մի՛ վճարեք Wellcare-ին Մաս D-IRMAA-ի համար:

Եթե չեք ընտրում վճարման տարբերակ, ապա ամեն ամիս կստանաք վճարահաշիվ:

## Խնդրում ենք ընտրել ապահովագնի վճարման տարբերակ.

- ☐ Ստանալ վճարահաշիվ
- ☐ Ավտոմատ նվազեցում ձեր ամսական սոցիալական ապահովագրության կամ երկաթուղային կենսաթոշակային խորհրդի (RRB) նպաստի չեկի տեսքով: Ես ամսական նպաստներ եմ ստանում՝ ☐ Սոցիալական ապահովագրությունից ☐ RRB-ից
- (Սոցիալական ապահովագրության/RRB-ի պահումը կարող է տևել երկու կամ ավելի ամիս, երբ Սոցիալական ապահովագրությունը կամ RRB-ն հաստատի տվյալ պահումը: Շատ դեպքերում, եթե Սոցիալական ապահովագրությունը կամ RRB-ն ընդունի ձեր ավտոմատ պահման հայտը, ձեր Սոցիալական ապահովագրության կամ RRB նպաստի չեկի առաջին պահումը կներառի ձեր անդամագրության ուժի մեջ մտնելու օրվանից մինչև պահումների սկսվելը վճարման ենթակա բոլոր վճարները: Եթե Սոցիալական ապահովագրությունը կամ RRB-ն չհաստատի ձեր ավտոմատ պահման հայտը, մենք ձեզ կուղարկենք ձեր ամսական ապահովագների թղթային վճարահաշիվ:)

## Այն անհատների համար, ովքեր օգնում են անդամագրվողին միայն այս ձևաթուղթը լրացնելիս

Լրացրեք այս բաժինը, եթե անհատ եք (օրինակ՝ գործակալներ, միջնորդներ, SHIP խորհրդատուներ, ընտանիքի անդամներ կամ այլ երրորդ կողմեր), ով օգնում է անդամագրվողին լրացնել այս ձևաթուղթը:

Անուն-ազգանունը՝ \_\_\_\_\_ Հարաբերությունն անդամագրված անձի հետ՝ \_\_\_\_\_

Ազգային արտադրողի համարը \_\_\_\_\_  
(միայն գործակալների/  
Ստորագրությունը՝ \_\_\_\_\_ միջնորդների համար): \_\_\_\_\_

## ԳԱՂՏՆԻՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ ՕՐԵՆՔԻ ՀԱՅՏԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

Medicare-ի և Medicaid-ի ծառայությունների կենտրոնները (CMS) տեղեկատվություն են հավաքում Medicare ծրագրերից՝ Medicare Advantage (MA) Plan-ում շահառուների գրանցումը հետևելու, խնամքը բարելավելու և Medicare-ի նպաստների վճարման համար: Սոցիալական ապահովագրության մասին օրենքի 1851-րդ և 1860D-1 բաժինները և 42 CFR-ի §§ 422.50 և 422.60 բաժինները թույլատրում են այս տեղեկատվության հավաքումը: CMS-ը կարող է օգտագործել, հրապարակել կամ փոխանակել Medicare-ի նպաստառուների անդամագրության տվյալները, ինչպես նշված է Գրանցամատյանների համակարգի ծանուցման մեջ (SORN) «Medicare Advantage Դեղատոմսով դեղեր (MARx)», համակարգ թիվ 09-70-0588: Այս ձևաթղթի ձեր պատասխանը կամավոր է: Ամեն դեպքում, չպատասխանելը կարող է պատճառ լինել, որ հեռացվեք ծրագրի անդամագրությունից:





**ՄԻԱՅՆ ԳՐԱՍԵՆՅԱԿԱՅԻՆ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ.**

Ստորագրելով և ներկայացնելով այս փաստաթուղթը՝ ես հավաստում եմ, որ դրանում տրամադրված տեղեկատվությունը ճշմարիտ է, ամբողջական և ճշգրիտ, որքանով ինձ հայտնի է: Ես հասկանում եմ, որ ցանկացած սխալ տեղեկատվություն կամ բացթողում կարող է կարգապահական պատասխանատվության հիմք հանդիսանալ, ընդհուպ մինչև իմ բժշկական ժամադրության և արտադրողի պայմանագրի դադարեցում:

Բուժանձնակազմի/գործակալի/միջնորդի անունը (եթե օգնել է անդամագրման ժամանակ)՝

Ծրագրի ID  
համարը՝

Ապահովագրական  
ծածկույթի ուժի մեջ  
մտնելու ամսաթիվը՝

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

M M D D Y Y Y Y

**Wellcare-ի վաճառքի գծով ներկայացուցիչ/լիազորված գործակալ**

(վաճառքի գծով անհատական ներկայացուցիչ/գործակալ, ով լրացրել է այս դիմումը)

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

Վաճառքի ներկ./Գործակալի անունը

Վաճառքի ներկ./Գործակալի NPN  
համարը

Գործակալության/FMO-ի անդամակացությունը (եթե կիրառելի է)՝

**Այս տեղեկատվությունը պետք է համընկնի Wellcare-ի լիցենզավորման վերաբերյալ  
ձեր կողմից հաստատված գրառումների հետ:**

**Գործակալի հեռախոսահամար՝**

|                      |   |                      |   |                      |
|----------------------|---|----------------------|---|----------------------|
| <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> |
|----------------------|---|----------------------|---|----------------------|

**Էլ. փոստ**

**Գործակալության/FMO-ի  
հեռախոսահամար** (եթե կիրառելի է)

|                      |   |                      |   |                      |
|----------------------|---|----------------------|---|----------------------|
| <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> |
|----------------------|---|----------------------|---|----------------------|

**Վաճառքի ներկայացուցիչ/լիազորված գործակալի  
դիմումի ստացման ամսաթիվ՝**

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

M M D D Y Y Y Y

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

**Դիմումի ստացման վայրը՝** ☐ Բժշկական ժամադրություն ☐ Վաճառքի առնչությամբ  
իրադարձություն ☐ Այց՝ առանց ժամադրության

☐ Այլ (նշել)՝

**Միջնորդի դիմումի ներկայացում.** Վաճառքի ներկայացուցիչը/գործակալը պետք  
է բժշկական ժամադրության նպատակի և գրանցման ձևաթղթերը ֆաքսով ուղարկի  
1-844-222-3180 հեռախոսահամարին:





## Գրանցման ժամկետի համար իրավասության վկայագիր

**Սովորաբար, կարող եք գրանցվել Medicare Advantage ծրագրում միայն տարեկան գրանցման համար նախատեսված ամեն տարվա հոկտեմբերի 15-ից մինչև դեկտեմբերի 7-ն ընկած ժամանակահատվածում:** Կան բացառություններ, որոնք կարող են թույլ տալ ձեզ այս ժամանակահատվածից դուրս գրանցվել Medicare Advantage ծրագրում: Եթե սա ձեր առաջին անգամն է, որ օգտվում եք Medicare-ի նպաստներից, և ձեր 65 տարեկանը լրանալուց անցել է ավելի քան 90 օր, ապա կհայտնվի «Ես նորեկ եմ Medicare-ում» գրությունը: SEP-ը ՉԻ կիրառվում, այնպես որ ընտրեք համապատասխան ստորև SEP-ը:

Խնդրում ենք ուշադիր կարդալ այս հայտարարություններն ու նշել վանդակը, եթե հայտարարությունը կիրառելի է ձեզ համար: Նշելով ներքոնշյալ վանդակներից որևէ մեկը՝ դուք վկայում եք, որ իրավասու եք Անդամագրության ժամանակաշրջանի համար, որքանով որ ձեզ հայտնի է: Եթե ավելի ուշ որոշենք, որ այս տեղեկատվությունը ճիշտ չէ, դուք գուցե հեռացվեք անդամագրությունից:

**Խնդրում ենք կարդալ բոլոր ստորև հայտարարությունները՝ նախքան որևէ ընտրություն կատարելը:**

☐ Ես նորեկ եմ Medicare-ում:

\*Խնդրում ենք միայն ընտրել, եթե 1. նոր եք դարձել իրավասու, 2. ձեր 65 տարեկան դառնալուն մնացել է 90 օր ԿԱՄ վերջերս եք 65 տարեկան դարձել նախորդ 90 օրվա ընթացքում, 3. նպաստների նոր ստացող եք, կամ 4. նոր եք իրավասու դարձել, բայց նախկինում պարզապես ստացել եք Medicare հաշմանդամության պատճառով:  
\*Եթե ձեր գործատուի ապահովագրությունը վերջերս է ավարտվել, և սա ձեր առաջին անգամն է, որ օգտվում եք Medicare-ից, խնդրում ենք ստորև ընտրել «Ես լքել եմ իմ գործատուի կամ միության ապահովագրությունը» SEP-ը:

☐ Տարեկան անդամագրության ժամանակաշրջան (AEP) ամեն տարի հոկտեմբերի 15-ից մինչև դեկտեմբերի 7-ը:

☐ Ես ունեմ Մաս A/D և վերջերս եմ գրանցվել Մաս B-ի համար: Ես ցանկանում եմ անդամագրվել MA-ի ծրագրերում:

☐ Ես նորեկ եմ Medicare-ում և ինձ ծանուցել են Medicare ստանալու մասին իմ Մաս A-ի և/կամ Մաս B-ի ապահովագրական ծածկույթի մեկնարկից հետո: Ես ծանուցվել եմ (մուտքագրել ամսաթիվը)-ին

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| M | M | D | D | Y | Y | Y | Y |

☐ Ես նախկինում ունեցել եմ Medicare, իսկ այժմ 65 տարեկան եմ դառնում:

☐ Ես անդամագրված եմ Medicare Advantage ծրագրում և ցանկանում եմ փոփոխություն կատարել Medicare Advantage-ի բաց անդամագրության ժամանակաշրջանում (MA OEP):

☐ Ես տեղափոխվել եմ նոր հասցե, որը դուրս եմ իմ ներկայիս ծրագրի սպասարկման տարածքից, կամ վերջերս եմ տեղափոխվել, և այս ծրագիրը նոր տարբերակ է ինձ համար: Ես տեղափոխվել եմ (մուտքագրել ամսաթիվը)-ին

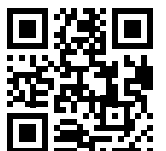
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| M | M | D | D | Y | Y | Y | Y |

☐ Մեկ այլ երկրում բնակվելուց հետո նորից տեղափոխվել եմ ԱՄՆ (մուտքագրել ամսաթիվը)-ին:

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| M | M | D | D | Y | Y | Y | Y |

☐ Ես ազատվել բանտարկությունից: Ես ազատ եմ արձակվել (մուտքագրել ամսաթիվը)-ին

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| M | M | D | D | Y | Y | Y | Y |





☐ Վերջերս ԱՄՆ-ում ստացել եմ օրինական բնակության կարգավիճակ: Այս կարգավիճակը ստացել եմ (մուտքագրել ամսաթիվը)-ին

|   |   |             |
|---|---|-------------|
|   |   |             |
| M | M | D D Y Y Y Y |

☐ Ես ապրում եմ երկարատև խնամքի բուժհաստատությունում, օրինակ՝ ծերանոց կամ վերականգնողական հիվանդանոց: \*ՆՇՈՒՄ. Երկարատև խնամքի բուժհաստատության տեղեկատվությունը պետք է լրացվի ձևաթղթում:

|   |   |             |
|---|---|-------------|
|   |   |             |
| M | M | D D Y Y Y Y |

☐ Վերջերս եմ տեղափոխվել երկարատև խնամքի բուժհաստատությունից, օրինակ՝ ծերանոց կամ վերականգնողական հիվանդանոց: \*ՆՇՈՒՄ. Երկարատև խնամքի բուժհաստատության տեղեկությունները պետք է լրացվեն ձևաթղթում: Ես տեղափոխվել եմ բուժհաստատությունից (մուտքագրել ամսաթիվը)-ին

|   |   |             |
|---|---|-------------|
|   |   |             |
| M | M | D D Y Y Y Y |

☐ Ես հեռացել եմ իմ գործատուի կամ միության ապահովագրական ծածկույթից (այդ թվում COBRA-ի ապահովագրական ծածկույթը) (մուտքագրել ամսաթիվը)-ին

|   |   |             |
|---|---|-------------|
|   |   |             |
| M | M | D D Y Y Y Y |

☐ Ես կորցրել եմ այլ, Medicare չհանդիսացող դեղերի ապահովագրական ծածկույթը, որը նույնքան լավն է, որքան Medicare-ի դեղերի ապահովագրական ծածկույթը (հուսալի ապահովագրական ծածկույթ), կամ իմ մյուս, Medicare չհանդիսացող ապահովագրական ծածկույթը փոխվել է և այլև հուսալի չի համարվում: Ես կորցրել եմ ապահովագրությունս (մուտքագրել ամսաթիվը)-ին

☐ **Իմ առկա ծրագիրը չերկարաձգվող է առաջիկա պայմանագրային տարվա համար \*ՆՇՈՒՄ. Այս SEP-ը միայն վավեր է 12/8-ից մինչև փետրվարի վերջին օրը:**

|   |   |             |
|---|---|-------------|
|   |   |             |
| M | M | D D Y Y Y Y |

☐ Ես կորցրել եմ իմ ապահովագրական ծածկույթը, քանի որ Medicare-ն ավարտել է իմ ծրագրի պայմանագիրը: Medicare-ից նամակ եմ ստացել, որում ասվում էր, որ կարող եմ միանալ մեկ այլ ծրագրի: Իմ ապահովագրական ծածկույթն ավարտվեց (մուտքագրել ամսաթիվը)-ին

|   |   |             |
|---|---|-------------|
|   |   |             |
| M | M | D D Y Y Y Y |

☐ Ես լքել եմ PACE-ի (Տարեցների համար նախատեսված և բոլոր ծառայությունները ներառված խնամք) ծրագրում իմ ապահովագրական ծածկույթը: Ես լքել եմ ծրագիրը (մուտքագրել ամսաթիվը)-ին

|   |   |             |
|---|---|-------------|
|   |   |             |
| M | M | D D Y Y Y Y |

☐ Ես կորցրել եմ Հատուկ կարիքների համար նախատեսված իմ ծրագիրը, քանի որ այլևս չունեմ այդ ծրագրի համար անհրաժեշտ հատուկ կարիքների կարգավիճակ: Ինձ կհեռացնեն կամ ես հեռացվել եմ SNP-ի անդամագրությունից (մուտքագրել ամսաթիվը)-ին

☐ Ես ցանկանում եմ միանալ Հատուկ կարիքների այնպիսի ծրագրի, որը հարմարեցնում է իր առավելությունները իմ քրոնիկ վիճակին:

|   |   |             |
|---|---|-------------|
|   |   |             |
| M | M | D D Y Y Y Y |

☐ Ես չեմ բավարարում իմ CSNP ծրագրի պահանջները և ցանկանում եմ գրանցվել մեկ այլ ծրագրում: Ես ծանուցվել եմ (մուտքագրել ամսաթիվը)-ին

|   |   |             |
|---|---|-------------|
|   |   |             |
| M | M | D D Y Y Y Y |

☐ Վերջերս իմ Medicaid-ը փոխվել է (նոր եմ ստացել Medicaid, փոխվել է Medicaid-ի մակարդակը կամ կորցրել եմ Medicaid-ը) (մուտքագրել ամսաթիվը)-ին





☐ Վերջերս փոխվեց դեղերի ծախսերի համար վճարվող իմ «Լրացուցիչ օգնությունը» (Extra Help) (նոր եմ ստացել «Լրացուցիչ օգնություն», փոխվել է «Լրացուցիչ օգնության» մակարդակը կամ կորցրել եմ «Լրացուցիչ օգնությունը») (մուտքագրեք ամսաթիվը)-ին

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| M | M | D | D | Y | Y | Y | Y |

☐ Ես անդամագրված էի Medicare-ի (կամ իմ նահանգի) մի ծրագրում, և ցանկանում եմ մեկ այլ ծրագիր ընտրել: Այդ ծրագրի իմ անդամագրությունն սկսվել է (մուտքագրել ամսաթիվը)-ին

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| M | M | D | D | Y | Y | Y | Y |

☐ Ես գտնվում եմ նահանգային դեղագործական աջակցության ծրագրում: Հետևյալ նահանգներն ունեն որակավորված SPAP՝ Delaware, Indiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Jersey, New Mexico, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Texas, Vermont, Wisconsin.

☐ Ես կորցնում եմ նահանգային դեղագործական օգնության ծրագրի օգնությունը: Աջակցությունը կորցրել եմ (մուտքագրել ամսաթիվը)-ին

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| M | M | D | D | Y | Y | Y | Y |

☐ Ես կամ այն անձը, որին վստահում եմ առողջապահական որոշումներ կայացնելու համար, տուժել է արտակարգ իրավիճակից կամ խոշոր աղետից (ինչպես հայտարարվել է Դաշնային արտակարգ իրավիճակների կառավարման գործակալության, Դաշնային, իմ նահանգային կամ տեղական ինքնակառավարման մարմինների կողմից): Այս էջում նշված մյուս հայտարարություններից մեկը վերաբերում էր ինձ, բայց չկարողացա կատարել իմ խնդրանքն աղետի պատճառով: Ես բաց եմ թողել Անդամագրության ժամանակաշրջանը հետևյալ պատճառով՝

|  |
|--|
|  |
|--|

☐ Ես անդամագրվում եմ Medicare-ի 5 աստղանի ծրագրում:

☐ **Ես մի ծրագրի մեջ եմ, որը վերջին 3 տարիների ընթացքում ունեցել է 3 աստղից պակաս գնահատական: Ցանկանում եմ միանալ 3 կամ ավելի աստղերի վարկանիշ ունեցող ծրագրի:**

☐ Ես մի ծրագրում եմ, որը վերջերս է անցել պետության վերահսկողությանը՝ ֆինանսական խնդիրների պատճառով (մրցույթային կառավարում): Ցանկանում եմ անցնել այլ ծրագրի:

☐ Նյութերը խնդրել էի մատչելի ձևաչափով և դրանք ժամանակին չեմ ստացել: Ցանկանում եմ անդամագրվել հիմա, քանի որ ժամանակ եմ ունեցել անդամագրման վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու համար: Նախկինում իմ խնդրած մատչելի ձևաչափն էր՝

|  |
|--|
|  |
|--|

\*Նշում. Մատչելի ձևաչափերը ներառում են, բայց չեն սահմանափակվում Բրայլի գրով, տվյալների CD-ով, խոշոր տառատեսակով:





- ☐ Ես վճարում եմ Մաս A-ի ապահովագին և գրանցվել եմ Մաս B-ի համար Ընդհանուր անդամագրման ժամանակաշրջանում (հունվարի 1 - մարտի 31 ամեն տարի): Ցանկանում եմ միանալ Medicare-ի դեղերի ծրագրին (Մաս D) կամ դեղերի ապահովագրությամբ Medicare Advantage Plan-ին:
- ☐ Ես գրանցվել եմ A մասի (հիվանդանոցային ապահովագրություն) կամ B մասի (բժշկական ապահովագրություն) համար Հատուկ գրանցման ժամանակաշրջանում, որին ես որակավորվել եմ բացառիկ հանգամանքից ելնելով:
- ☐ Ես անդամագրված եմ WellCare/Centene Medicaid ծրագրում և ցանկանում եմ անդամագրվել WellCare/Centene-ի ամբողջովին ինտեգրված D-SNP-ում (FIDE SNP), բարձր ինտեգրված D-SNP-ում (HIDE D-SNP) կամ կիրառելի ինտեգրված պլանում (AIP):
- ☐ Ես ունեմ Medicare-ի դեղերի ապահովագրություն (Մաս D)՝ Medicare Advantage Plan-ի միջոցով: Ցանկանում եմ միանալ Medicare-ի մեկ այլ առողջապահական ծրագրի, որը չի առաջարկում դեղերի ապահովագրություն, որպեսզի կարողանամ անցնել Medicare չհանդիսացող ոչ դեղորայքային ապահովագրության: \*ՆՇՈՒՄ . Միայն MA

**Եթե այս հայտարարություններից ոչ մեկը ձեզ չի վերաբերում կամ վստահ չեք, կապվեք Wellcare-ի հետ 1-844-480-0680 հեռախոսահամարով (TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711)՝ տեսնելու, թե արդյոք իրավասու եք անդամագրվելու համար:** Մենք բաց ենք կիրակիից շաբաթ, առավոտյան 8-ից մինչև երեկոյան 8-ը, (բոլոր ժամային գոտիներով)

Համաձայն 1995թ.-ի Թղթաբանության նվազեցման մասին 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 հավաքագրելու 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(ների) ճշգրտության վերաբերյալ կամ առաջարկություններ այս ձևաթուղթը բարելավելու համար, խնդրում ենք գրել այստեղ՝ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Դուք պետք է շարունակեք վճարել Medicare Part B-ի ձեր ապահովագինը: Ինչևէ, լիարժեք կրկնակի շահառուների համար Նահանգը կֆինանսավորի ձեր B մասի ապահովագինը, քանի դեռ դուք պահպանում եք ձեր Medicaid-ի իրավասությունը:

