

Form ng Kahilingan para sa Pang-indibiduwal na Pag-enroll para sa 2026 para Mag-enroll sa Medicare Advantage Plan (Bahagi C)



By



health net.

OMB No. 0938-1378

Expires: 12/31/2026



Tingnan ang status ng iyong application dito:
[wellcare.com/applicationtracker](https://www.wellcare.com/applicationtracker)

Sino ang maaaring gumamit ng form na ito?

Mga taong may Medicare na gustong sumali sa Medicare Advantage na Plano

Para sumali sa plano, ikaw dapat ay:

- Mamamayan ng Estados Unidos o legal na nasa U.S.
- Nakatira sa pinagseserbisyuhang lugar ng plano

Mahalaga: Para sumali sa Medicare Advantage na Plan, dapat mayroon ka ring:

- Medicare Part A (Insurance sa Ospital)
- Medicare Part B (Insurance na Pangmedikal)

Kailan ko gagamitin ang form na ito?

Maaari kang sumali sa plano:

- Mula Oktubre 15-Disyembre 7 bawat taon (para sa coverage simula Enero 1) Sa loob ng 3 buwan ng unang pagkuha ng Medicare
- Sa ilang partikular na sitwasyon kung saan pinapayagan kang sumali o lumipat ng mga plano

Bisitahin ang [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para alamin pa kung kailan ka maaaring mag-sign up para sa plano.

Ano ang kailangan ko para kumpletuhin ang form na ito?

- Ang iyong Numero sa Medicare (ang numero sa pula, puti, at asul mong Medicare card)
- Permanente mong address at numero ng telepono

Tandaan: Dapat mong kumpletuhin ang lahat ng item sa Seksyon 1. Ang mga item na nasa Seksyon 2 ay opsyonal – hindi ka maaaring tanggiin ng coverage dahil hindi mo pinunan ang mga ito.

Mga indibiduwal na nakakaranas ng kawalan ng tirahan

- Kung gusto mong sumali sa plano pero wala kang permanenteng tirahan, maaaring ituring ang Post Office Box, address ng matutuluyan o klinika, o ang address kung saan ka nakatanggap ng sulat (hal. mga tseke ng social security) bilang iyong permanenteng address ng tirahan.

MAHALAGA

Huwag ipadala ang form na ito o anumang item kasama ang iyong personal na impormasyon (tulad ng mga claim, pagbabayad, mga medikal na rekord, atbp.) sa PRA Reports Clearance Office. Sisirain ang anumang item na walang kinalaman sa pagpapabuti ng form na ito o sa problema sa pangongolekta (nakalista sa OMB 0938-1378). Hindi ito itatago, susuriin, o ipapadala sa plano. Tingnan ang “Ano ang susunod na mangyayari?” sa pahinang ito para ipadala ang iyong nakumpletong form sa plano.



Naisip mo bang mag-enroll sa go.wellcare.com/HealthNetCA sa halip? Ito ay mabilis, ligtas at madaling paraan para mag-apply.

Mga Paalala:

- Kung gusto mong sumali sa plano sa panahon ng bukas na enrollment sa taglagas (Oktubre 15–Disyembre 7), dapat makuha ng plano ang nakumpleto mong form nang hanggang Disyembre 7.
- Papadalhan ka ng iyong plano ng bayarin para sa premium ng plano. Maaari kang mag-sign up para ibawas ang iyong mga bayad sa premium mula sa iyong account sa bangko o sa buwanan mong benepisyo sa Social Security (o Railroad Retirement Board).

Ano na ang susunod na mangyayari?

Ipadala ang nakumpleto at nilagdaan mong form sa:

Wellcare By Health Net
PO Box 10420
Van Nuys, CA
91410-0420

Kapag naproseso na nila ang kahilingan mong sumali, kokontakin ka nila.

Paano ako makakahingi ng tulong para sa form na ito?

Tawagan ang Wellcare By Health Net sa 1-844-480-0680. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.

O, tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.



Seksyon 1 – Ang lahat ng field sa pahinang ito ay kinakailangan (maliban kung minarkahang opsyonal)

Piliin ang planong gusto mong salihan:

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) ¹ –kasama ang coverage sa inireresetang gamot

☐ **H3561-008-000** Amador, Calaveras, Inyo, Los Angeles, Mono, Sacramento, \$0 kada buwan
San Joaquin, Stanislaus, Tulare, Tuolumne

¹YDapat mong matugunan ang partikular na pamantayan sa pag-e-enroll para makapag-enroll sa planong ito.



Seksyon 1 – Ang lahat ng field sa seksyong ito ay kinakailangan (maliban kung minarkahang opsyonal)

Pangalan		Apelyido	Opsyonal: Gitnang Inisyal
Petsa ng kapanganakan		Kasarian	Uri ng telepono
		☐ Lalaki ☐ Babae	☐ Bahay ☐ Cell
M M D D Y Y Y Y		Numero ng telepono	Uri ng telepono
		- -	☐ Bahay ☐ Cell
		Opsyonal: Pangalawang Numero ng Telepono:	
		- -	
Opsyonal: E-mail address:			

Opsyonal: Komportable ka ba gamit ang internet, email, o text messaging ng sarili mo?
☐ Oo ☐ Hindi

Opsyonal: Mas gustong paraan ng pakikipag-ugnayan: ☐ Tawag sa Telepono ☐ Text ☐ Email

*Pakitandaan na ang mga pakikipag-ugnayan ay maaaring ipadala sa labas ng piniling ‘Mas gustong paraan ng pakikipag-ugnayan’.

Gusto naming ma-enjoy mo ang pagiging miyembro at maunawaan ang iyong plano. Pakibigay ang (mga) numero ng iyong telepono at email para masabi namin sa iyo ang tungkol sa status ng iyong application. Bilang miyembro, magbabahagi kami ng nakakatulong na impormasyon tulad ng kung ano ang dapat asahan, pananatiling malusog, paggamit ng mga karagdagang benepisyo, paghahanap ng doktor, ang aming portal ng miyembro at iba pang mahalagang bagay. Kung hindi ka interesado, maaari mong piliing huwag makatanggap ng ilang text at email.

Gusto naming magustuhan mo ang iyong plano ng Wellcare. Kung mayroon kaming ibang plano na maaaring mas mabuti para sa iyo habang nagbabago ang iyong mga pangangailangan, sasabihin namin sa iyo. Pag-uusapan lang namin ang tungkol sa mga plano na mula sa amin.

(Huwag maglagay ng PO Box. Tandaan: Para sa mga indibidwal na nakakaranas ng kawalan ng tirahan, maaaring tanggapin ang PO Box bilang iyong address ng permanenteng tirahan.):

☐ Nakakaranas ng Kawalan ng Tirahan

Address ng permanenteng tirahan

Lungsod	Opsyonal: County:	Estado	ZIP code

Address para sa sulat, kung iba sa iyong permanenteng address (Pinapayagan ang PO Box)

Street address

Lungsod	Estado	ZIP code	



Ang iyong impormasyon sa Medicare:

Numero sa Medicare:

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

Ay karapat-dapat sa: Petsa ng pagkakaroon ng bisa

OSPITAL (Bahagi A)

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

M M D D Y Y Y Y

MEDICAL (Bahagi B)

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

M M D D Y Y Y Y

Sagutan ang mahahalagang tanong na ito:

1. Magkakaroon ka ba ng ibang pang coverage ng inireresetang gamot (tulad ng VA, TRICARE) bilang karagdagan sa Wellcare?

☐ Oo ☐ Hindi

Pangalan ng iba pang coverage

--

Numero ng miyembro para sa coverage na ito

--

Numero ng grupo para sa coverage na ito

--

2. Pakibigay ang iyong Numero ng State Medicaid Program:

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

Mangyaring isama ang numero ng Medicaid para sa mga plano ng D-SNP. Ang mga kulang na numero ng Medicaid ay maaaring magresulta naantalang pagproseso ng application at posibleng pagtanggig ng application.

MAHALAGA: Basahin at lagdaan sa ibaba:

- Dapat kong panatilihin ang parehong Ospital (Bahagi A) at Medikal (Bahagi B) para manatili sa Wellcare.
- Sa pamamagitan ng pagsali sa Medicare Advantage na Plano na ito, kinikilala ko na ibabahagi ng Wellcare ang aking impormasyon sa Medicare na puwedeng gumamit dito para subaybayan ang aking enrollment, para magbayad, at para sa iba pang layuning pinapayagan ng Pederal na batas na nagpapahintulot sa pangongolekta ng impormasyong ito (tingnan ang Pahayag sa Batas sa Pagkapribado sa ibaba). Boluntaryo ang pagsagot mo sa form na ito. Gayunpaman, maaaring makaapekto sa pag-e-enroll mo sa plano ang hindi mo pagsagot dito.
- Nauunawaan ko na maaari akong ma-enroll sa MA lang o Bahagi D na plano – at ang pag-enroll na iyon sa planong ito ay awtomatikong tatapusin ang aking pag-enroll sa isa pang MA o Bahagi D na plano (naaangkop ang mga eksepsyon para sa MA PFFS, MA MSA na mga plano)



- Nauunawaan ko na kapag nagsimula na ang aking coverage sa Wellcare, dapat kong kunin ang lahat ng aking medikal na benepisyo at benepisyo sa inireresetang gamot mula sa Wellcare. Sasakupin ang mga benepisyo at serbisyong ibinibigay ng Wellcare at nakalagay sa dokumentong “Katunayan ng Coverage” ng aking Wellcare (kilala rin bilang handbook ng miyembro, kontrata ng miyembro o kasunduan sa subscriber). Hindi babayaran ng Medicare o ng Wellcare ang mga benepisyo o serbisyong hindi sakop.
- Wasto ang nakasaad na impormasyon sa enrollment form na ito batay sa abot ng aking kaalaman. Nauunawaan ko na kung sadya akong magbibigay ng maling impormasyon sa form na ito, aalisin ako sa pagkaka-enroll sa plano.
- Nauunawaan ko na ang lagda ko (o ang lagda ng taong may legal na pahintulot na kumilos sa ngalan ko) sa application na ito ay nangangahulugang nabasa at nauunawaan ko ang mga nakapaloob sa application na ito. Kung nilagdaan ng awtorisadong kinatawan (gaya ng inilarawan sa itaas), kinukumpirma ng lagdang ito na:
 - 1) Ang taong ito ay awtorisado sa ilalim ng batas ng Estado na kumpletuhin ang pag-enroll na ito, at
 - 2) Dokumentasyon ng awtoridad na ito ay available kapag hiniling ng Medicare.

Sa paglagda ng dokumento na ito, pinatutunayan ko na, sa abot ng aking kaalaman, tama at kumpleto ang lahat ng impormasyong ibinigay ko. Nauunawaan ko na kung malalaman na mali ang impormasyong ito, maaari akong matanggal sa pagkaka-enroll.

Petsa ngayong araw

Lagda

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

Kung ikaw ang awtorisadong kinatawan, lagdaan sa itaas at sagutan ang mga field na ito:

Pangalan

Tirahan

Numero ng telepono

 - -

Kaugnayan sa nag-eenroll:



Seksyon 2 – Ang lahat ng field sa seksyong ito ay opsyonal

Pinili mong sagutin ang mga tanong na ito. Hindi ka maaaring tanggihan ng coverage dahil hindi mo sasagutan ang mga ito.

Pumili ng isa kung gusto mong magpadala kami ng impormasyon sa iyo na nasa wika bukod sa Ingles.

☐ Spanish ☐ Chinese ☐ Korean ☐ Hmong ☐ Tagalog ☐ Vietnamese
☐ Arabic ☐ Russian ☐ Cambodian ☐ Armenian ☐ Farsi

Pumili ng isa kung gusto mong magpadala kami ng impormasyon sa iyo sa isang naa-access na format.

☐ Braille ☐ Malaking print ☐ Audio CD ☐ Data CD

Mangyaring kontakín ang Wellcare sa 1-844-480-0680 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) kung kailangan mo ng impormasyon sa naa-access na format bukod sa nakalista sa itaas. Ang aming mga oras sa opisina ay Linggo-Sabado, 8 a.m. hanggang 8 p.m. (lahat ng zone).

1. Nagtatrabaho ka ba? ☐ Oo ☐ Hindi

2. Nagtatrabaho ang iyong asawa? ☐ Oo ☐ Hindi

3. Residente ka ba ng pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, tulad ng nursing home?

☐ Oo ☐ Hindi

Kung “oo”, pakibigay ang mga sumusunod na impormasyon:

Pangalan ng Pasilidad:

Address ng Pasilidad (numero at kalye)

Lungsod

Estado

ZIP code

Numero ng telepono

Ilista ang iyong Pangunahing Doktor sa Pangangalaga na Nasa Network (In-Network Primary Care Physician (PCP)), klinika, o health center:

Makakahanap ka ng provider sa findaprovider.healthnetcalifornia.com

Impormasyon ng provider para sa mga plano ng HMO:

Pangalan ng PPG:

PPG ID:

Ang piniling PCP/PPG ba ay tinanggap para sa piniling plan? ☐ Oo ☐ Hindi

Kasalukuyang pasyente? ☐ Oo ☐ Hindi



Pagbabayad ng iyong mga premium sa plano

Maaari mong bayaran ang iyong buwanang premium sa plano (kabilang ang anumang penalty dahil sa nahuling pag-e-enroll na kasalukuyang nakapataw sa iyo o maaaring hindi mo pa nababayaran) sa pamamagitan ng koreo, “Electronic Funds Transfer (EFT)”, o “credit card” bawat buwan. **Maaari mo ring piliing bayaran ang iyong premium sa pamamagitan ng awtomatikong pagbawas nito sa iyong benepisyong mula sa Social Security o Railroad Retirement Board (RRB) kada buwan.**

Kung kakailanganin mong magbayad ng Buwanang Pagsasaayos sa Halaga para sa Bahagi D na May Kaugnayan sa Kita (Bahagi D-IRMAA), dapat mong bayaran ang karagdagang halaga na ito bukod sa iyong premium sa plano. Karaniwang kinukuha ang halaga sa iyong benepisyong mula sa Social Security, o maaari kang makatanggap ng bayarin mula sa Medicare (o sa RRB). HUWAG magbayad sa Wellcare ang Bahagi D-IRMAA.

Kung hindi ka pipili ng opsyon sa pagbabayad, makatanggap ka ng bayarin kada buwan.

Mangyaring pumili ng opsyon sa pagbabayad ng premium:

☐ Makatanggap ng bayarin

☐ Awtomatikong pagbawas mula sa iyong buwanang benepisyong tseke ng Social Security o Railroad Retirement Board (RRB). Nakakakuha ako ng buwanang benepisyong mula sa:

☐ Social Security ☐ RRB

(Ang pagbawas ng Social Security/RRB ay maaaring abutin ng dalawa o maraming buwan para magsimula pagkatapos aprubahan ang pagbawas ng Social Security o RRB. Sa karamihan ng sitwasyon, kung tatanggapin ng Social Security o RRB ang iyong kahilingan para sa awtomatikong pagbawas, isasama sa unang pagbawas sa iyong benepisyong tseke mula sa Social Security o RRB ang lahat ng premium na dapat bayaran mula sa petsa ng pagkakaroon ng bisa ng iyong pag-e-enroll hanggang sa punto ng pagsisimula ng pagbawas. Kung hindi aaprubahan ng Social Security o RRB ang iyong kahilingan para sa awtomatikong pagbawas, magpapadala kami sa iyo ng pera para sa mga buwanang premium mo.)

Para sa mga indibidwal na tinutulungan ang enrollee sa pagkumpleto lang ng form na ito

Kumpletuhin ang seksyong ito kung ikaw ay indibidwal (iyon ay mga ahente, broker, SHIP counselor, miyembro ng pamilya, o iba pang third party) na tinutulungan ang isang enrollee na punan ang form na ito.

Pangalan: _____ Kaugnayan sa enrollee: _____

Lagda: _____ Pambansang Numero ng Producer
(Mga Agent/Broker lang) _____

PAHAYAG SA BATAS SA PRIVACY

Nangongolekta ang Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) ng impormasyon mula sa mga plano ng Medicare para subaybayan ang pag-e-enroll ng benepisyaryo sa mga Medicare Advantage (MA) Plan, para mapaganda ang pangangalaga, at para pagbabayad ng mga benepisyong Medicare. Pinapahintulutan ng Mga Seksyon 1851 at 1860D-1 ng Social Security Act at ng 42 CFR §§ 422.50 at 422.60 ang pangongolekta ng ganitong impormasyon. Pinapayagan ang CMS sa paggamit, pagpapahayag, at pakikipagpalit ng data ng enrollment mula sa mga benepisyaryo ng Medicare alinsunod sa System of Records Notice (SORN) “Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)”, System No. 09-70-0588. Boluntaryo ang pagsagot mo sa form na ito. Gayunpaman, maaaring makaapekto sa pag-e-enroll mo sa plano ang hindi mo pagsagot dito.



GAGAMITIN LANG NG OPISINA:

Sa paglagda at pagsumite ng dokumento na ito, pinatutunayan ko na totoo, kumpleto at tama ang lahat ng impormasyong ibinigay sa abot ng aking kaalaman at paniniwala. Nauunawaan ko na ang anumang pagsisinungaling o pagtanggap ay maaaring dahilan para sa hakbang na gagawin, hanggang sa pagtatapos ng aking appointment at kasunduan ng producer.

Pangalan ng miyembro ng staff/agent/broker (kung may tumutulong sa pag-e-enroll):

ID # ng Plano:

**Petsa ng pagkakaroon
ng bisa ng coverage:**

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

Wellcare sales representative/Awtorisadong agent

(indibidwal na sales representative/agent na nagkumpleto ng application)

Uri ng agent (pumili ng): ☐ Awtorisadong agent ☐ Empleyado ng Wellcare

Kumpletuhin ang seksyon sa ibaba:

Pangalan ng Sales rep/Agent

Sales rep/NPN # ng Agent

Agency/FMO affiliation (kung naaangkop):

Dapat tugma ang impormasyong ito sa iyong aprubadong mga licensing record ng Wellcare.

Numero ng telepono ng agent: - -

**Numero ng telepono ng Agency/FMO
(kung naaangkop)**

Email

 - -

**Petsa ng pagtanggap ng application ng sales representative/
awtorisadong agent:** (Dapat matanggap sa Wellcare ang mga
application sa loob ng 1 araw sa kalendaryo ng petsang ito.)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

Lokasyon ng pagtanggap ng application: ☐ Appointment ☐ Sales event ☐ Walk-in

☐ Iba pa (tukuyin):

Mga Pagsumite ng Application ng Broker: Dapat i-fax ng sales representative/Agent ang Saklaw ng Appointment at Mga Enrollment Form sa 1-844-222-3180.



Pagpapatunay ng Pagiging Kwalipikado para sa Panahon ng Pag-eenroll

Karaniwan, na maaari ka lang mag-enroll sa Medicare Advantage na plano sa taunang enrollment period mula Oktubre 15 hanggang Disyembre 7 ng bawat taon. May mga eksepsyon na maaaring magpahintulot sa iyong mag-enroll sa plano ng Medicare Advantage kahit na hindi panahon ng enrollment. Kung ito ang iyong unang paggamit ng mga benepisyo ng Medicare, at mahigit na sa 90 araw ng pagiging 65, ang “Bago ako sa Medicare.” HINDI naaangkop ang SEP, kaya mangyaring piliin ang naaangkop na SEP sa ibaba.

Pakibasa nang mabuti ang mga sumusunod na pahayag at lagyan ng tsek ang kahon kung naaangkop sa iyo ang pahayag. Sa paglalagay ng tsek sa alinman sa mga sumusunod na kahon, pinatutunayan mo na, sa abot ng iyong kaalaman, kwalipikado ka para sa Panahon ng Pag-e-enroll. Kung malalaman namin sa ibang pagkakataon na mali ang impormasyong ito, maaari kang matanggal sa pagkaka-enroll.

Mangyaring basahin ang lahat ng pahayag sa ibaba bago pumili.

☐ Bago ako sa Medicare.

*Mangyaring piliin lang kung ikaw ay 1. Ngayon pa lang nagbigyan ng karapatan; 2. Ikaw ay nasa loob ng 90 araw na maging 65 O naging 65 sa loob ng nakalipas na 90 araw; 3. Bagong tumatanggap ng mga benepisyo; o 4. Bagong karapat-dapat pero nakakatanggap lang dati ng Medicare sa pamamagitan ng kapansanan.

*Kung natapos na ang coverage ng iyong employer, at ito ang iyong una mong beses na gamitin ang Medicare, pakipili ang “Umalis ako sa coverage mula sa aking employer o unyon” SEP sa ibaba.

☐ Panahon ng Taunang Pag-e-enroll (AEP) ika-15 ng Okt hanggang ika-7 ng Dis taun-taon.

☐ Mayroon akong Bahagi A/D at nag-sign up kamakailan para sa Part B.
Gusto kong mag-enroll sa mga plano ng MA.

☐ Bago ako sa Medicare, at inabisuhan ako tungkol sa pagkuha ng Medicare pagkatapos magsimula ang aking coverage ng Bahagi A at/o Bahagi B. Inabisuhan ako noong (ilagay ang petsa)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ Nagkaroon ako ng Medicare bago pa ngayon, pero magiging 65 na ako.

☐ Naka-enroll ako sa Medicare Advantage na plano at gusto kong gumawa ng pagbabago sa Panahon ng Bukas na Pag-e-enroll sa Medicare Advantage (MA OEP).

☐ Umipat ako sa bagong address na wala sa pinaglilingkurang lugar ng aking kasalukuyang plano, o lumipat ako kamakailan at ang planong ito ay bagong opsyon para sa akin. Lumipat ako noong (ilagay ang petsa)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ Bumalik ako sa U.S. pagkatapos tumira sa labas ng bansa noong (ilagay ang petsa).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ **Kakalabas ko lang mula sa kulungan. Pinalabas ako noong (ilagay ang petsa).**

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ Nagkaroon ako ng legal na status sa U.S. Nakuha ko ang status na ito noong (ilagay ang petsa)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y



- ☐ Nakatira ako sa isang pasilidad para sa pangmatagalang pangangalaga, tulad ng nursing home o ospital na para sa rehabilitasyon.

*TANDAAN: Dapat punan sa form ang impormasyon ng pasilidad para sa pangmatagalang pangangalaga.

- ☐ Umalis ako kamakailan sa isang pasilidad para sa pangmatagalang pangangalaga, tulad ng nursing home o ospital na para sa rehabilitasyon. *TANDAAN: Dapat punan sa form ang impormasyon ng pasilidad para sa pangmatagalang pangangalaga.

Umalis ako sa pasilidad noong (ilagay ang petsa)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

- ☐ Umalis ako sa coverage mula sa aking employer o unyon (kasama ang coverage ng COBRA) noong (ilagay ang petsa)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

- ☐ Nawalan ako ng ibang coverage sa gamot na hindi sa Medicare na kasing husay ng coverage sa gamot ng Medicare (coverage na maaaring ma-credit), o nagbago ang aking ibang coverage na hindi sa Medicare at hindi na itinuturing na maaaring ma-credit. Nawala ang aking coverage noong (ilagay ang petsa)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

- ☐ **Ang aking umiiral na plano ay hindi mare-renew para sa darating na taon ng kontrata**
*TANDAAN: Valid lang ang SEP na ito mula 12/8 - huling araw ng Pebrero.

- ☐ Nawala ang aking coverage dahil tinapos ng Medicare ang kontrata nito sa aking plano. Nakatanggap ako ng sulat mula sa Medicare na sinasabing maaari akong sumali sa ibang plano. Natapos ang aking coverage noong (ilagay ang petsa)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

- ☐ Itinigil ko ang aking coverage sa isang plano ng PACE (Mga Programa ng Kumpletong Pangangalaga para sa Matanda). Umalis ako sa programa noong (ilagay ang petsa)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

- ☐ Nawala ang aking Plano para sa Mga May Espesyal na Pangangailangan dahil wala na ang aking status sa mga espesyal na pangangailangan na kailangan para sa planong iyon. Aalisin ako o inalis sa pagkaka-enroll sa SNP noong (ilagay ang petsa)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

- ☐ Gusto kong sumali sa Plano para sa Mga May Espesyal na Pangangailangan na iniaangkop ang mga benepisyo nito sa aking hindi gumagaling na kondisyon.

- ☐ Nalaman na hindi ako karapat-dapat para sa aking planong CSNP at gustong mag-enroll sa ibang plano. Inabisuhan ako noong (ilagay ang petsa)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

- ☐ Nagkaroon ako ng pagbabago kamakailan sa aking Medicaid (kakakuha lang ng Medicaid, nagkaroon ng pagbabago sa aking antas ng Medicaid, o nawalan ng Medicaid) noong (ilagay ang petsa)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

- ☐ Nagkaroon ako ng pagbabago kamakailan sa aking Karagdagang Tulong sa pagbabayad ng aking mga gastos sa gamot, (kakakuha lang ng Karagdagang Tulong, nagkaroon ng pagbabago sa antas ng aking Karagdagang Tulong, o nawalan ng Karagdagang Tulong noong (insert date)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y



☐ Naka-enroll ako sa isang plano ng Medicare (o ng aking state) at gusto kong pumili ng ibang plano. Ang aking pag-e-enroll sa planong iyon ay nagsimula noong (ilagay ang petsa)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ Ako ay nasa Programa ng Tulong sa Gamot ng Estado. Ang mga sumusunod na estado ay mayroong kwalipikadong SPAP: Delaware, Indiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Jersey, New Mexico, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Texas, Vermont, Wisconsin.

☐ Nawawalan ako ng tulong mula sa Programa ng Tulong sa Gamot ng Estado. Nawalan ako ng tulong noong (ilagay ang petsa)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ Ako, o ang taong inaasahan ko para tumulong sa paggawa ng mga desisyon sapangangalagang pangkalusugan, ay naapektuhan ng isang emergency o matinding sakuna (alinsunod sa idineklara ng Pederal na Ahensya sa Pamamahala ng Emergency (Federal Emergency Management Agency, FEMA), o ng Pederal, ng aking estado, o ng aking lokal na pamahalaan). Naaangkop sa akin ang isa sa iba pang pahayag sa pahinang ito, pero hindi ako nakagawa ng kahilingan dahil sa sakuna.

Nalagpasan ko ang Panahon ng Pag-e-enroll para sa:

--

☐ Mag-eenroll ako sa 5-star na plano ng Medicare.

☐ **Nasa isang plano ako na nagkaroon ng star rating na hindi bababa sa 3 star sa nakalipas na 3 taon. Gusto kong sumali sa plano na may star rating na 3 star o mas mataas.**

☐ Nasa isang plano ako na kamakailang kinuha ng estado dahil sa mga problemang pampinasyal (receivership). Gusto kong lumipat sa ibang plano.

☐ Humingi ako ng mga babasahin sa format na madaling ma-access at hindi ko natanggap ang mga ito sa oras. Gusto kong mag-enroll ngayong mayroon na akong oras para gumawa ng mga desisyon sa pag-e-enroll. Ang format na madaling maa-access na hiniling ko dati ay:

--

*Tandaan: Mga format na madaling ma-access kasama ang ngunit hindi limitado sa Braille, Data CD, Malaking Print

☐ Nagbabayad ako ng premium para sa Bahagi A at nag-sign up ako para sa Bahagi B sa Pangkalahatang Panahon ng Pag-e-enroll (Enero 1-Marso 31 bawat taon). Gusto kong sumali sa isang plano ng gamot ng Medicare (Bahagi D) o Plano ng Medicare Advantage na may coverage sa gamot.

☐ Nag-sign up ako para sa Bahagi A (Insurance sa Ospital) o Bahagi B (Insurance na Pangmedikal) sa Espesyal na Panahon ng Pag-e-enroll na kwalipikado ako dahil sa hindi karaniwang kalagayan.

☐ INaka-enroll ako sa Plano ng WellCare/Centene Medicaid at gusto kong mag-enroll sa WellCare/Centene na ganap na integrated na D-SNP (FIDE SNP), highly integrated na D-SNP (HIDE D-SNP) o sa naaangkop na integrated na plano (AIP).

☐ Mayroon akong coverage sa gamot ng Medicare (Bahagi D) sa pamamagitan ng Medicare Advantage Plan. Gusto kong sumali sa ibang planong pangkalusugan ng Medicare na hindi nagbibigay ng coverage sa gamot, para makalipat ako sa coverage sa gamot na hindi ma-credit ng Medicare. *TANDAAN: MA lang

Kung wala sa mga pahayag na ito ang naaangkop sa iyo o kung hindi ka sigurado, mangyaring tumawag sa Wellcare sa 1-844-480-0680 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) para malaman kung kwalipikado kang mag-enroll.

Bukas kami Linggo - Sabado, 8 am - 8 pm (lahat ng time zone)



Ayon sa Batas sa Pagbabawas ng Paperwork ng 1995, walang sinuman ang kinakailangang tumugon sa pangongolekta ng impormasyon maliban kung nagpapakita ito ng wastong numero ng control ng OMB. Ang wastong control number ng OMB para sa pangongolekta ng impormasyong ito ay 0938-1378. Tinatayang nasa halos 20 minuto bawat pagtugon ang kailangang oras para makumpleto ang pangongolekta ng impormasyong ito, kasama ang oras ng pagsusuri ng mga instruksyon, paghahanap sa mga magagamit na mapagkukunan ng mga datos, pagkalap ng kinakailangang mga datos, at pagkumpleto at pagsusuri sa pangongolekta ng impormasyon. Kung mayroon kang anumang mga komento tungkol sa kawastuhan ng (mga) pagtantiya ng oras o mga mungkahi para mapaganda ang form na ito, mangyaring sumulat sa: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Dapat mong patuloy na bayaran ang iyong premium sa Bahagi B ng Medicare. Gayunpaman, para sa mga full-dual na benepisyaryo, sasakupin ng Estado ang iyong premium sa Bahagi B hangga't nananatili kang kwalipikado sa Medicaid.

