

Đơn Yêu Cầu Ghi Danh vào Chương Trình Medicare Advantage (Phần C) dành cho Cá Nhân Năm 2026

OMB No. 0938-1378
Expires: 12/31/2026



Xem trạng thái đơn của quý vị tại đây:
[wellcare.com/applicationtracker](https://www.wellcare.com/applicationtracker)

Ai có thể sử dụng mẫu đơn này?

Những người có Medicare muốn tham gia Chương Trình Medicare Advantage

Để tham gia chương trình, quý vị phải:

- Là công dân Hoa Kỳ hoặc hiện diện hợp pháp ở Hoa Kỳ.
- Sống tại khu vực dịch vụ của chương trình

Thông tin quan trọng: Để tham gia Chương Trình Medicare Advantage, quý vị cũng phải có cả:

- Medicare Part A (Bảo Hiểm Bệnh Viện)
- Medicare Part B (Bảo Hiểm Y Tế)

Tôi sử dụng mẫu đơn này khi nào?

Quý vị có thể tham gia một chương trình:

- Từ ngày 15 tháng 10 – ngày 7 tháng 12 hằng năm (áp dụng cho bảo hiểm bắt đầu từ ngày 1 tháng 1)
- Trong vòng 3 tháng kể từ khi lần đầu tiên nhận Medicare
- Trong một số trường hợp nhất định khi quý vị được phép tham gia hoặc chuyển đổi chương trình

Truy cập [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) để tìm hiểu thêm về thời điểm quý vị có thể đăng ký tham gia vào một chương trình.

Tôi cần những gì để hoàn thành mẫu đơn này?

- Số Medicare của quý vị (số trên thẻ Medicare đỏ, trắng và xanh của quý vị)
- Địa chỉ thường trú và số điện thoại của quý vị

Lưu ý: Quý vị phải hoàn thành tất cả các mục trong Phần 1. Các mục trong Phần 2 là không bắt buộc- quý vị sẽ không bị từ chối bảo hiểm vì quý vị không điền phần này.

Người vô gia cư

- Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình nhưng không có địa chỉ thường trú, thì Hộp Thư Bưu Điện, địa chỉ nơi ở hoặc phòng khám hoặc địa chỉ nhận thư (ví dụ: séc an sinh xã hội) có thể được coi là địa chỉ thường trú của quý vị.

THÔNG TIN QUAN TRỌNG

Không gửi mẫu đơn này hoặc bất kỳ tài liệu nào có chứa thông tin cá nhân của quý vị (chẳng hạn như yêu cầu bảo hiểm, chứng từ thanh toán, hồ sơ bệnh án, v.v.) đến Văn Phòng Thu Thập Báo Cáo Theo PRA. Chúng tôi sẽ tiêu hủy bất kỳ tài liệu nào mà chúng tôi nhận được nếu không có nội dung về cách cải thiện mẫu đơn này hoặc trách nhiệm thu thập mẫu đơn (được nêu trong OMB 0938-1378). Chúng tôi sẽ không giữ lại, xem xét hoặc chuyển tiếp tài liệu đó đến chương trình. Xem phần "Các bước tiếp theo là gì?" trên trang này để gửi mẫu đơn đã điền đầy đủ của quý vị cho chương trình.

H3561_WCM_4454401_VIE_O_C
©Wellcare 2025



Thay vào đó, quý vị đã nghĩ đến việc ghi danh tại go.wellcare.com/HealthNetCA chưa? Đây là cách đăng ký nhanh chóng, an toàn và dễ dàng.

Nhắc nhở:

- Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình trong giai đoạn ghi danh mở mùa thu (ngày 15 tháng 10- ngày 7 tháng 12), quý vị phải hoàn tất mẫu đơn của chương trình chậm nhất vào ngày 7 tháng 12.
- Chương trình của quý vị sẽ gửi một hóa đơn lệ phí bảo hiểm của chương trình đó cho quý vị. Quý vị có thể chọn đăng ký thanh toán lệ phí bảo hiểm bằng cách trừ vào tài khoản ngân hàng của quý vị hoặc quyền lợi An Sinh Xã Hội (hoặc Ủy Ban Hưu Trí Ngành Hỏa Xa) hàng tháng của quý vị.

Điều gì sẽ xảy ra tiếp theo?

Gửi mẫu đơn đã điền đầy đủ thông tin và có chữ ký của quý vị đến:

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

Sau khi xử lý yêu cầu tham gia của quý vị, họ sẽ liên hệ với quý vị.

Tôi có thể được trợ giúp về mẫu đơn này bằng cách nào?

Hãy gọi cho Wellcare By Health Net theo số 1-844-480-0680. Người dùng TTY có thể gọi số 711.

Hoặc gọi đến Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.



Phần 1 – Tất cả các trường trên trang này là trường bắt buộc (trừ khi được đánh dấu là không bắt buộc)

Chọn chương trình mà quý vị muốn tham gia:

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) ¹ – bao gồm bảo hiểm thuốc kê đơn

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

¹ Quý vị phải đáp ứng các tiêu chí ghi danh cụ thể khi ghi danh vào chương trình này.



Phần 1 – Tất cả các trường trong phần này là trường bắt buộc (trừ khi được đánh dấu là không bắt buộc)

Tên	Họ	Không bắt buộc: Chữ cái đầu của tên đệm
Ngày sinh	Giới tính	Số điện thoại
	☐ Nam ☐ Nữ	- -
M M D D Y Y Y Y		Loại điện thoại
		☐ Nhà riêng ☐ Di động
		Không bắt buộc: Số điện thoại phụ
		- -
		Loại điện thoại
		☐ Nhà riêng ☐ Di động

Không bắt buộc:

Địa chỉ e-mail:

Không bắt buộc: Quý vị có cảm thấy thoải mái khi tự mình sử dụng Internet, email hoặc nhắn tin không? ☐ Có ☐ Không

Không bắt buộc: Phương thức liên hệ ưu tiên: ☐ Cuộc Gọi Điện Thoại ☐ Nhắn Tin ☐ Email

*Xin lưu ý rằng thông tin liên lạc có thể được gửi bên ngoài “Phương thức liên hệ” đã chọn.

Chúng tôi muốn quý vị cảm thấy thích thú khi trở thành hội viên và hiểu rõ chương trình của mình. Vui lòng cung cấp số điện thoại và email để chúng tôi có thể cho quý vị biết về trạng thái đơn đăng ký của quý vị. Với tư cách là hội viên, chúng tôi sẽ chia sẻ những thông tin hữu ích như những điều cần biết, cách giữ gìn sức khỏe, sử dụng các quyền lợi bổ sung, tìm bác sĩ, cổng thông tin hội viên và nhiều thông tin quan trọng khác. Nếu không quan tâm, quý vị có thể chọn không nhận một số tin nhắn và email.

Chúng tôi muốn quý vị yêu thích chương trình Wellcare của mình. Nếu chúng tôi có các chương trình khác có thể tốt hơn cho quý vị khi nhu cầu của quý vị thay đổi, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị. Chúng tôi sẽ chỉ trao đổi về các chương trình của chúng tôi.

(Không điền số Hộp Thư Bưu Điện. Lưu ý: Đối với những cá nhân vô gia cư, Hộp Thư Bưu Điện có thể được coi là địa chỉ thường trú của quý vị). ☐ Vô Gia Cư

Địa chỉ thường trú (số nhà, tên đường)

Thành Phố	Không bắt buộc: Quận	Tiểu Bang	Mã ZIP

Địa chỉ nhận thư, nếu khác với địa chỉ thường trú (cho phép điền Hộp Thư Bưu Điện) của quý vị
Địa chỉ đường phố

Thành Phố	Tiểu Bang	Mã ZIP



Thông tin Medicare của quý vị:

Số Medicare

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

Được ủy quyền cho: Ngày có hiệu lực

BẢO HIỂM BỆNH
VIỆN (Phần A)

BẢO HIỂM Y TẾ
(Phần B)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

Hãy trả lời những câu hỏi quan trọng sau:

1. Quý vị có bảo hiểm thuốc kê đơn khác (như VA, TRICARE) ngoài Wellcare không?

☐ Có ☐ Không

Tên của bảo hiểm khác

--

Mã số hội viên của bảo hiểm này

--

Mã số nhóm cho bảo hiểm này

--

2. Vui lòng cung cấp Số Chương Trình Medicaid Tiểu Bang của quý vị:

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

Vui lòng cung cấp số Medicaid đối với các chương trình D-SNP. Việc thiếu số Medicaid có thể khiến quá trình xử lý đơn bị chậm trễ và có khả năng bị từ chối.

LƯU Ý QUAN TRỌNG: Vui lòng đọc và ký tên bên dưới:

- Tôi phải giữ cả Bảo Hiểm Bệnh Viện (Phần A) và Bảo Hiểm Y Tế (Phần B) để tiếp tục tham gia Wellcare.
- Khi tham gia Chương Trình Medicare Advantage này, tôi xác nhận rằng Wellcare sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare. Medicare có thể sử dụng thông tin này để theo dõi tình trạng ghi danh của tôi, thực hiện thanh toán và nhằm các mục đích khác được phép theo luật Liên Bang về việc cho phép thu thập thông tin này (xem Tuyên Bố trong Đạo Luật Quyền Riêng Tư dưới đây). Quý vị không bắt buộc phải trả lời các câu hỏi trong mẫu đơn này. Tuy nhiên, việc không trả lời có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.
- Tôi hiểu rằng tôi chỉ có thể ghi danh một chương trình MA hoặc chương trình Phần D tại một thời điểm – và việc ghi danh vào chương trình này sẽ tự động chấm dứt việc ghi danh vào chương trình MA hoặc chương trình Phần D khác (trừ các trường hợp ngoại lệ đối với chương trình MA PFFS, MA MSA).



- Tôi hiểu rằng khi bảo hiểm Wellcare của tôi bắt đầu, tôi phải nhận được tất cả quyền lợi về thuốc theo toa và y tế từ Wellcare. Các quyền lợi và dịch vụ do Wellcare cung cấp và có trong tài liệu “Chứng Từ Bảo Hiểm” Wellcare của tôi (còn được gọi là cẩm nang hội viên, hợp đồng hội viên hoặc thỏa thuận của người đăng ký) sẽ được đài thọ. Cả Medicare và Wellcare đều sẽ không chi trả cho những quyền lợi hay dịch vụ không được bao trả.
- Theo hiểu biết tốt nhất của tôi, thông tin trên mẫu đơn ghi danh này là chính xác. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố ý cung cấp thông tin sai sự thật trên mẫu đơn này, tôi sẽ bị rút tên khỏi chương trình.
- Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hay chữ ký của người được ủy quyền hợp pháp hành động thay tôi) trên đơn đăng ký này đồng nghĩa với việc tôi đã đọc và hiểu nội dung của đơn đăng ký này. Nếu được ký bởi người đại diện được ủy quyền (như mô tả ở trên), chữ ký này chứng nhận rằng:
 - 1) Cá nhân này được ủy quyền theo luật Tiểu Bang để hoàn thành quá trình ghi danh này và
 - 2) Tài liệu ủy quyền này được cung cấp theo yêu cầu của Medicare.

Bằng việc ký tài liệu này, tôi xác nhận rằng tất cả các thông tin tôi đã cung cấp là đúng sự thật, đầy đủ và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu xác định được thông tin này là không chính xác, tôi có thể sẽ bị rút tên khỏi chương trình.

Ngày hôm nay

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

Chữ Ký

Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, hãy ký phía trên và điền vào các trường sau:

Tên

Địa chỉ

Số điện thoại

 - -

Mối quan hệ với người ghi danh



Phần 2 – Tất cả các trường trong phần này là không bắt buộc

Quý vị có thể lựa chọn trả lời hoặc không trả lời những câu hỏi này. Quý vị sẽ không bị từ chối bảo hiểm vì không trả lời.

Chọn một câu trả lời nếu quý vị muốn chúng tôi gửi cho quý vị thông tin bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh.

☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Tiếng Trung Quốc ☐ Tiếng Hàn ☐ Tiếng H'Mông ☐ Tiếng Tagalog
☐ Tiếng Việt ☐ Tiếng Ả Rập ☐ Tiếng Nga ☐ Tiếng Campuchia ☐ Tiếng Armenia ☐ Tiếng Ba Tư

Chọn một câu trả lời nếu quý vị muốn chúng tôi gửi cho quý vị thông tin ở định dạng có thể tiếp cận.

☐ Chữ nổi Braille ☐ Chữ in khổ lớn ☐ Đĩa CD âm thanh ☐ Đĩa CD dữ liệu

Vui lòng liên hệ với Wellcare theo số 1-844-480-0680 (người dùng TTY có thể gọi số 711) nếu quý vị cần thông tin ở một định dạng có thể tiếp cận khác với những định dạng được liệt kê ở trên. Thời gian làm việc của chúng tôi là Chủ Nhật - Thứ Bảy, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (mọi múi giờ).

1. Quý vị có làm việc không? ☐ Có ☐ Không

2. Vợ/chồng của quý vị có làm việc không? ☐ Có ☐ Không

3. Quý vị có ở trong cơ sở chăm sóc dài hạn như viện dưỡng lão không? ☐ Có ☐ Không
Nếu câu trả lời là “có”, vui lòng cung cấp các thông tin sau:

Tên Cơ Sở:

Địa Chỉ của Cơ Sở (số nhà và tên đường phố)

Thành Phố

Tiểu Bang

Mã ZIP

Số điện thoại

Liệt kê Bác Sĩ Chăm Sóc Ban Đầu (PCP), phòng khám hoặc trung tâm y tế Trong Hệ Thống của quý vị:

Quý vị có thể tìm nhà cung cấp tại findaprovider.healthnetcalifornia.com

Thông tin nhà cung cấp đối với các chương trình HMO:

Tên PPG:

ID PPG:

PCP/PPG mà quý vị chọn có được chấp nhận cho chương trình đã chọn không? ☐ Có ☐ Không

Hiện đang là bệnh nhân? ☐ Có ☐ Không



Thanh toán lệ phí bảo hiểm chương trình của quý vị

Quý vị có thể thanh toán lệ phí bảo hiểm chương trình hàng tháng (bao gồm bất kỳ khoản tiền phạt do ghi danh muộn nào mà quý vị hiện đang có hoặc có thể nợ) qua đường bưu điện, phương thức Chuyển Tiền Điện Tử (EFT) hoặc thẻ tín dụng mỗi tháng. **Quý vị cũng có thể chọn thanh toán lệ phí bảo hiểm bằng cách tự động khấu trừ từ quyền lợi An Sinh Xã Hội hoặc Ủy Ban Hưu Trí Ngành Hỏa Xa (RRB) mỗi tháng.**

Nếu quý vị phải chi trả Khoản Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập Phần D (IRMAA Phần D), quý vị phải chi trả thêm khoản tiền này ngoài lệ phí bảo hiểm chương trình của mình. Số tiền thường được lấy từ quyền lợi An Sinh Xã Hội của quý vị, hoặc quý vị có thể nhận được hóa đơn từ Medicare (hoặc RRB). **KHÔNG** thanh toán IRMAA Phần D cho Wellcare.

Nếu quý vị không chọn phương thức thanh toán, quý vị sẽ nhận được hóa đơn hàng tháng.

Vui lòng chọn một phương thức thanh toán lệ phí bảo hiểm:

- ☐ Nhận hóa đơn
- ☐ Tự động khấu trừ vào séc quyền lợi An Sinh Xã Hội hoặc séc quyền lợi của Ủy Ban Hưu Trí Ngành Hỏa Xa (RRB) hàng tháng. Tôi nhận được trợ cấp hàng tháng từ: ☐ Sở An Sinh Xã Hội ☐ RRB
- (Việc khấu trừ từ trợ cấp An Sinh Xã Hội/RRB có thể cần hai tháng trở lên mới được áp dụng sau khi Sở An Sinh Xã Hội hoặc RRB phê duyệt việc khấu trừ. Trong hầu hết trường hợp, nếu Sở An Sinh Xã Hội hoặc RRB chấp thuận yêu cầu khấu trừ tự động của quý vị, thì khoản khấu trừ đầu tiên từ séc quyền lợi An Sinh Xã Hội hoặc RRB của quý vị sẽ bao gồm tất cả các khoản lệ phí bảo hiểm đến hạn từ ngày ghi danh của quý vị có hiệu lực đến ngày bắt đầu khấu trừ. Nếu Sở An Sinh Xã Hội hoặc RRB không phê duyệt yêu cầu khấu trừ tự động của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị hóa đơn giấy thông báo lệ phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị.)

Chỉ áp dụng đối với cá nhân hỗ trợ người ghi danh hoàn thành mẫu đơn này

Hoàn thành phần này nếu quý vị là cá nhân (tức là đại lý bảo hiểm, người môi giới bảo hiểm, cố vấn SHIP, thành viên gia đình hoặc bên thứ ba khác) giúp người ghi danh điền vào mẫu đơn này.

Tên: _____ Mối quan hệ với người ghi danh: _____

Mã Số Nhà Sản Xuất Quốc Gia

Chữ ký: _____ (dành riêng cho Đại lý/Người Môi Giới Bảo Hiểm): _____

TUYÊN BỐ TRONG ĐẠO LUẬT QUYỀN RIÊNG TƯ

Các Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) thu thập thông tin từ các chương trình Medicare để theo dõi việc ghi danh của người thụ hưởng phúc lợi trong các Chương Trình Medicare Advantage (MA), cải thiện dịch vụ chăm sóc và thanh toán cho các phúc lợi Medicare. Các mục 1851 và 1860D-1 của Đạo Luật An Sinh Xã Hội và 42 CFR §§ 422.50 và 422.60 cho phép thu thập thông tin này. CMS có thể sử dụng, tiết lộ và trao đổi dữ liệu ghi danh của người thụ hưởng Medicare như được nêu trong Thông Báo về Hệ Thống Hồ Sơ (SORN) “Thuốc Theo Toa Medicare Advantage (MARx)”, Hệ Thống Số 09-70-0588. Quý vị không bắt buộc phải trả lời các câu hỏi trong mẫu đơn này. Tuy nhiên, việc không trả lời có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.



DÀNH RIÊNG CHO VĂN PHÒNG:

Bằng việc ký và nộp tài liệu này, tôi xác nhận rằng các thông tin được cung cấp trong đây là đúng sự thật, đầy đủ và chính xác theo hiểu biết và niềm tin tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng bất kỳ hành vi khai man hoặc bỏ sót thông tin nào đều có thể là căn cứ để bị xử lý kỷ luật, bao gồm cả việc chấm dứt cuộc hẹn và hợp đồng bảo hiểm của tôi.

Tên của nhân viên/đại lý bảo hiểm/người môi giới

(nếu được hỗ trợ ghi danh):

Số ID Chương

Trình:

Ngày bảo hiểm có hiệu lực:

M M D D Y Y Y Y

Đại diện bán hàng/Đại lý được ủy quyền của Wellcare

(cá nhân đại diện bán hàng/đại lý bảo hiểm đã điền mẫu đơn)

Loại đại lý (chọn một câu trả lời): ☐ Đại lý được ủy quyền ☐ Nhân viên Wellcare

Hoàn thành phần dưới đây:

Tên đại diện bán hàng/đại lý

Số NPN của đại diện bán hàng/đại lý bảo hiểm

Chi nhánh đại lý/FMO (nếu có):

Thông tin này phải khớp với hồ sơ cấp phép Wellcare đã được phê duyệt của quý vị.

Số điện thoại của đại lý:

Email

Số điện thoại của đại lý/FMO (nếu có)

Ngày nhận đơn đăng ký từ đại diện bán hàng/đại lý bảo hiểm

được ủy quyền: (Đơn đăng ký phải được tiếp nhận tại Wellcare trong vòng 1 ngày theo lịch tính từ ngày này.)

Nơi tiếp nhận mẫu đơn: ☐ Buổi hẹn ☐ Sự kiện bán hàng ☐ Nhận tại nhà cung cấp

☐ Khác (nêu rõ):

Nộp Đơn Đăng Ký Môi Giới: Đại diện bán hàng/Đại lý bảo hiểm phải gửi fax Mẫu Đơn Ghi Danh và Phạm Vi Nội Dung Cuộc Hẹn đến số 1-844-222-3180.



Chứng Thực về Tư Cách Đủ Điều Kiện trong một Kỳ Ghi Danh

Thông thường, quý vị chỉ có thể ghi danh tham gia chương trình Medicare Advantage trong kỳ ghi danh thường niên từ ngày 15 tháng 10 đến hết ngày 7 tháng 12 mỗi năm. Trường hợp ngoại lệ có thể cho phép quý vị ghi danh vào chương trình Medicare Advantage ngoài giai đoạn này. Nếu đây là lần đầu tiên quý vị sử dụng quyền lợi Medicare và đã hơn 90 ngày kể từ khi quý vị tròn 65 tuổi, hãy chọn “Tôi mới tham gia Medicare”. Kỳ Ghi Danh Đặc Biệt (SEP) KHÔNG áp dụng, vui lòng chọn SEP phù hợp bên dưới.

Vui lòng đọc kỹ nội dung dưới đây và đánh dấu vào ô nếu nội dung tương ứng đúng với quý vị. Khi đánh dấu vào bất kỳ ô nào bên dưới, quý vị xác nhận rằng theo tất cả hiểu biết của quý vị, quý vị hội đủ điều kiện tham gia Kỳ Ghi Danh. Nếu sau đó chúng tôi xác định được rằng thông tin này không chính xác, quý vị có thể bị rút tên khỏi chương trình.

Vui lòng đọc tất cả các tuyên bố dưới đây trước khi đưa ra lựa chọn.

- ☐ Tôi mới tham gia Medicare.
*Vui lòng chỉ chọn nếu quý vị thuộc trường hợp số 1. Mới được quyền hưởng; 2. Quý vị đang trong vòng 90 ngày trước khi tròn 65 tuổi HOẶC quý vị vừa tròn 65 tuổi trong vòng 90 ngày qua; 3. Người nhận quyền lợi mới; hoặc 4. Mới hội đủ điều kiện nhưng trước đây chỉ nhận Medicare thông qua diện khuyết tật.
*Nếu bảo hiểm từ người sử dụng lao động của quý vị vừa mới chấm dứt và đây là lần đầu tiên quý vị sử dụng Medicare, vui lòng chọn mục “Tôi đã chấm dứt bảo hiểm từ người sử dụng lao động hoặc công đoàn” trong phần SEP dưới đây.
- ☐ Kỳ Ghi Danh Thường Niên (AEP) từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 hàng năm.
- ☐ Tôi đã có Phần A/D và gần đây đã đăng ký thêm Phần B. Tôi muốn ghi danh vào chương trình MA.
- ☐ Tôi mới tham gia Medicare và tôi đã được thông báo về việc nhận được Medicare sau khi bảo hiểm Phần A và/hoặc Phần B bắt đầu. Tôi đã được thông báo vào ngày (điền ngày)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- ☐ Trước kia tôi đã có Medicare nhưng hiện tôi sắp 65 tuổi.
- ☐ Tôi đã ghi danh vào chương trình Medicare Advantage và muốn thay đổi trong Kỳ Ghi Danh Mở của Medicare Advantage (MA OEP).
- ☐ Tôi đã chuyển sang một địa chỉ mới nằm ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hiện tại hoặc tôi mới chuyển nơi ở và chương trình này là lựa chọn mới đối với tôi. Tôi đã chuyển đi vào ngày (điền ngày)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- ☐ Tôi quay trở về Mỹ sau khi đã sống ở nước ngoài vào ngày (điền ngày).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- ☐ Tôi được ra tù. Tôi ra tù vào ngày (điền ngày)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- ☐ Gần đây tôi đã được cấp tình trạng cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ. Tôi nhận được tình trạng này vào ngày (điền ngày)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- ☐ Tôi sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn, như viện dưỡng lão hoặc bệnh viện phục hồi chức năng.
LƯU Ý: Phải điền thông tin về cơ sở chăm sóc dài hạn vào mẫu đơn.



- ☐ Tôi mới chuyển ra khỏi một cơ sở chăm sóc dài hạn, như viện dưỡng lão hoặc bệnh viện phục hồi chức năng. LƯU Ý: Phải điền thông tin về cơ sở chăm sóc dài hạn vào mẫu đơn.
Tôi chuyển ra khỏi cơ sở này vào ngày (điền ngày)
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | Y | Y | Y | Y |
- ☐ Tôi rời chương trình bảo hiểm của người sử dụng lao động hoặc công đoàn (bao gồm bảo hiểm theo Đạo Luật Điều Phối Ngân Sách Tổng Hợp Omnibus (COBRA)) vào ngày (điền ngày)
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | Y | Y | Y | Y |
- ☐ Tôi mất bảo hiểm khác không phải Medicare nhưng cũng hữu ích như bảo hiểm thuốc của Medicare (bảo hiểm có uy tín) hoặc bảo hiểm khác không phải Medicare đã thay đổi và không còn uy tín nữa. Tôi mất bảo hiểm của mình vào ngày (điền ngày)
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | Y | Y | Y | Y |
- ☐ **Chương trình hiện tại của tôi sẽ không được gia hạn cho năm hợp đồng sắp tới**
***LƯU Ý: SEP này chỉ có hiệu lực từ ngày 12/8 đến ngày cuối cùng của tháng Hai.**
- ☐ Tôi mất bảo hiểm vì Medicare đã chấm dứt hợp đồng với chương trình của tôi. Tôi nhận được thư từ Medicare thông báo rằng tôi có thể tham gia một chương trình khác. Bảo hiểm của tôi đã kết thúc vào ngày (điền ngày)
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | Y | Y | Y | Y |
- ☐ Tôi từ bỏ bảo hiểm trong chương trình PACE (Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện dành cho Người Cao Tuổi). Tôi rời chương trình vào ngày (điền ngày)
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | Y | Y | Y | Y |
- ☐ Tôi đã mất Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt vì tôi không còn ở tình trạng nhu cầu đặc biệt theo quy định của chương trình đó nữa. Tôi sẽ hoặc đã bị rút tên khỏi SNP vào ngày (điền ngày)
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | Y | Y | Y | Y |
- ☐ Tôi muốn tham gia một Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt có các quyền lợi phù hợp với tình trạng bệnh mãn tính của tôi.
- ☐ Tôi được xác định là không đủ điều kiện tham gia chương trình CSNP của mình và muốn ghi danh vào một chương trình khác. Tôi đã được thông báo vào ngày (điền ngày)
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | Y | Y | Y | Y |
- ☐ Tôi mới có thay đổi về Medicaid của mình (mới nhận được Medicaid, có thay đổi về mức Medicaid hoặc mất Medicaid) vào ngày (điền ngày)
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | Y | Y | Y | Y |
- ☐ Tôi mới có thay đổi về việc Trợ Giúp Bổ Túc (Extra Help) thanh toán chi phí thuốc cho tôi (mới nhận được Trợ Giúp Bổ Túc, thay đổi mức Trợ Giúp Bổ Túc, hoặc mất Trợ Giúp Bổ Túc) vào ngày (điền ngày)
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | Y | Y | Y | Y |
- ☐ Tôi đã ghi danh tham gia một chương trình của Medicare (hoặc của tiểu bang của tôi) và tôi muốn chọn một chương trình khác. Tôi bắt đầu ghi danh tham gia vào chương trình đó từ ngày (điền ngày)
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | Y | Y | Y | Y |
- ☐ Tôi đang tham gia Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Của Tiểu Bang. Các tiểu bang sau có chương trình SPAP đủ điều kiện: Delaware, Indiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Jersey, New Mexico, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Texas, Vermont, Wisconsin.
- ☐ Tôi sẽ mất sự hỗ trợ từ Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Của Tiểu Bang. Tôi đã mất hỗ trợ vào ngày (điền ngày)
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | Y | Y | Y | Y |



- ☐ Tôi, hoặc người mà tôi dựa vào để hỗ trợ đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe, bị ảnh hưởng bởi một thảm họa khẩn cấp hoặc thảm họa nghiêm trọng (theo tuyên bố của Cơ Quan Quản Lý Dịch Vụ Cấp Cứu Liên Bang, hoặc theo chính quyền Liên Bang, tiểu bang hoặc địa phương). Một trong những tuyên bố khác trên trang này đúng với trường hợp của tôi, nhưng tôi không thể gửi yêu cầu vì thảm họa đó.

Tôi đã bỏ lỡ Kỳ Ghi Danh cho:

- ☐ Tôi đang ghi danh tham gia chương trình Medicare 5 sao.
- ☐ **Tôi đang tham gia một chương trình có xếp hạng sao dưới 3 sao trong 3 năm vừa qua. Tôi muốn tham gia một chương trình có xếp hạng từ 3 sao trở lên.**

- ☐ Tôi đang tham gia một chương trình vừa được Tiểu Bang tiếp quản do vấn đề tài chính (quản lý tài sản). Tôi muốn chuyển sang một chương trình khác.

- ☐ Tôi đã yêu cầu nhận các tài liệu dưới định dạng dễ tiếp cận nhưng không nhận được các tài liệu một cách kịp thời. Tôi muốn ghi danh tham gia bây giờ khi tôi đã có thời gian để đưa ra quyết định ghi danh. Định dạng hỗ trợ tiếp cận mà tôi đã yêu cầu trước đây là:

*Lưu ý: Các định dạng hỗ trợ tiếp cận bao gồm nhưng không giới hạn ở Chữ Nổi Braille, Đĩa CD Dữ Liệu, Bản In Cỡ Lớn

- ☐ Tôi đã thanh toán lệ phí bảo hiểm cho Phần A và đã đăng ký nhận bảo hiểm Phần B trong Kỳ Ghi Danh Chung (từ ngày 1 tháng 1 đến 31 tháng 3 hàng năm). Tôi muốn tham gia một chương trình thuốc Medicare (Phần D) hoặc Chương Trình Medicare Advantage với bảo hiểm thuốc.
- ☐ Tôi đã đăng ký nhận bảo hiểm Phần A (Bảo Hiểm Bệnh Viện) hoặc Phần B (Bảo Hiểm Y Tế) trong Kỳ Ghi Danh Đặc Biệt mà tôi đủ tiêu chuẩn tham gia vì một tình huống ngoại lệ.
- ☐ Tôi đã ghi danh tham gia một Chương Trình Wellcare/Centene Medicaid và muốn ghi danh tham gia một chương trình WellCare/Centene tích hợp đầy đủ D-SNP (FIDE SNP), tích hợp mức cao D-SNP (HIDE D-SNP) hoặc một chương trình tích hợp hiện hành khác (AIP).
- ☐ Tôi có bảo hiểm thuốc theo Medicare (Phần D) thông qua một Chương Trình Medicare Advantage. Tôi muốn tham gia một chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare khác không bao gồm bảo hiểm thuốc, để tôi có thể chuyển sang một chương trình bảo hiểm thuốc có uy tín không thuộc Medicare. *LƯU Ý: Chỉ áp dụng cho MA

Nếu không có câu nào trong số này đúng với quý vị hoặc quý vị không chắc chắn, vui lòng liên hệ với Wellcare theo số 1-844-480-0680 (người dùng TTY nên gọi số 711) để biết quý vị có hội đủ điều kiện ghi danh không. Chúng tôi làm việc trong khoảng thời gian là Chủ Nhật - Thứ Bảy, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (mọi múi giờ)

Theo Đạo Luật Cắt Giảm Thủ Tục Giấy Tờ năm 1995, không người nào bắt buộc phải trả lời mẫu thu thập thông tin trừ khi yêu cầu này có số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho mẫu thu thập thông tin này là 0938-1378. Thời gian cần thiết để hoàn thành thông tin này ước tính trung bình 20 phút trên mỗi phần trả lời, bao gồm thời gian xem hướng dẫn, tìm kiếm nguồn dữ liệu hiện có, thu thập dữ liệu cần thiết, điền thông tin và xem lại mẫu thu thập thông tin. Nếu quý vị có bất kỳ ý kiến nào liên quan đến tính chính xác của (các) ước tính thời gian hoặc có đề xuất cải thiện biểu mẫu này, vui lòng viết thư gửi tới CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Quý vị vẫn phải tiếp tục thanh toán lệ phí bảo hiểm Medicare Part B của mình.

Tuy nhiên, đối với những người thụ hưởng đủ điều kiện kép, Tiểu Bang sẽ đài thọ lệ phí bảo hiểm Phần B của quý vị, miễn là quý vị vẫn hội đủ điều kiện sử dụng Medicaid.



