

2027 թ. Անհատական
անդամագրման հայտի
ձևաթուղթ՝ Medicare Advantage
ծրագրում (Մաս C)
անդամագրվելու համար

OMB No. 0938-1378

Expires: 02/28/2029



By



health net

✓ Ստուգեք ձեր դիմումի կարգավիճակն
այստեղ՝ [wellcare.com/applicationtracker](https://www.wellcare.com/applicationtracker)

Ո՞վ կարող է օգտագործել այս ձևաթուղթը:

Medicare ունեցող մարդիկ, ովքեր ցանկանում են
միանալ Medicare Advantage ծրագրին

Ծրագրին միանալու համար դուք պետք է՝

- Լինեք Միացյալ Նահանգների քաղաքացի կամ
օրինական կերպով գտնվեք ԱՄՆ-ում

- Բնակվեք ծրագրի սպասարկման տարածքում

Կարևոր է. Medicare Advantage ծրագրին միանալու
համար դուք պետք է նաև ունենաք երկուսն էլ՝

- Medicare Part A (Հիվանդանոցային

ապահովագրություն)

- Medicare Part B (Բժշկական ապահովագրություն)

Երբ պետք է օգտագործեմ այս ձևաթուղթը:

Դուք կարող եք միանալ ծրագրին՝

- Ամեն տարի հոկտեմբերի 15-ից մինչև
դեկտեմբերի 7-ը (հունվարի 1-ից սկսող
ապահովագրության համար)

- Medicare-ն առաջին անգամ ստանալուց հետո 3
ամսվա ընթացքում

- Որոշակի իրավիճակներում, երբ ձեզ
թույլատրվում է միանալ մեկ այլ ծրագրի կամ
փոխել ծրագիրը

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

**Ի՞նչ է ինձ անհրաժեշտ այս ձևաթուղթը
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 պարտադիր չեն.
ձեզ չեն մերժի ապահովագրությունը, եթե դրանք
չեք լրացրել:

Անօթևանության ենթարկված անձիք

- 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:

Մտածել եք go.wellcare.com/HealthNetCA
կայքում անդամագրվելու մասին: Սա արագ,
ապահով և հեշտ եղանակ է դիմելու համար

Հիշեցումներ.

- 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
ձևաթուղթը հետևյալ հասցեին՝

Wellcare By Health Net

PO Box 10420

Van Nuys, CA

91410-0420

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

**Ինչպես կարող եմ օգնություն ստանալ այս
ձևաթղթի հետ կապված:**

Չանգահարեք Wellcare By Health Net

1-844-480-0680 հեռախոսահամարով:

TTY-ից օգտվողները կարող են զանգահարել

711: Կամ, զանգահարեք Medicare

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

հեռախոսահամարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:

TTY-ից օգտվողները կարող են զանգահարել

1-877-486-2048:



ԿԱՐԵՎՈՐ Է

Մի ուղարկեք այս ձևաթուղթը կամ ձեր անձնական տեղեկություններ պարունակող որևէ փաստաթուղթ կամ նյութ (օրինակ՝ հայցեր, վճարումներ, բժշկական արձանագրություններ և այլն) PRA Չաշվետվությունների զեկուցման գրասենյակ: Ցանկացած նյութ, որը մենք ստանում ենք, որը չի վերաբերում, թե ինչպես բարելավել այս ձևաթուղթը կամ դրա հավաքագրումը (նշված է OMB 0938-1378-ում), կոչնչացվի: Այն չի պահվի, չի վերանայվի կամ ուղարկվի ծրագրին: Տես ,Ի՞նչ է տեղի ունենում դրանից հետո ե բաժինը այս էջի սկզբում , որպեսզի ծրագրին ուղարկեք ձեր լրացրած ձևաթուղթը:

Չամաձայն 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(ների) ճշտության 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:

ԳԱՂՏՆԻՈՒԹՅԱՆ ՕՐԵՆՔԻ ՉԱՅՏԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

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 1860D-1 բաժինները 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 Prescription Drug (MARx)ե, համակարգի համարը՝ 09-70-0588: Այս ձևաթղթին ձեր կողմից պատասխանելը կամավոր է: Այնուամենայնիվ, չպատասխանելը կարող է ազդել ծրագրում անդամակցության վրա:

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

Ընտրեք այն ծրագիրը, որին ցանկանում եք միանալ՝

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)¹ – ներառում է դեղատոմսով դեղերի
ապահովագրություն

☐ **H3561-010-001** Los Angeles

\$0 ամսական

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)¹ – ներառում է դեղատոմսով դեղերի
ապահովագրություն

☐ **H3561-010-002** Amador, Calaveras, Inyo, Mono, Sacramento, San Joaquin,
Stanislaus, Tulare, Tuolumne

\$0 ամսական

¹Այս ծրագրին անդամագրվելու համար դուք պետք է համապատասխանեք
անդամագրման հատուկ չափանիշներին:



**Բաժին 1 – Այս բաժնի բոլոր դաշտերը պարտադիր են
(Եթե նշված չէ որպես ոչ պարտադիր)**

Անուն	Ազգանուն	Ոչ պարտադիր՝ Միջին անվան սկզբնատառ

Ծննդյան ամսաթիվ՝ ____/____/____ MM/DD/YYYY	Սեռ ☐ Արական ☐ Իգական (____) ____ - ____ Ոչ պարտադիր՝ Երկրորդական հեռախոսահամար (____) ____ - ____	Հեռախոսահամար ☐ Տուն ☐ Բջջային Հեռախոսի տեսակ ☐ Տուն ☐ Բջջային
--	---	---

Ոչ պարտադիր՝ Էլ.փոստի հասցե՝

Ոչ պարտադիր՝ Ձեզ ավելի հարմար է ինտերնետից, Էլ.փոստից օգտվելը, թե ինքնուրույն տեքստային հաղորդագրություններ օգտագործելը:

☐ Այո ☐ Ոչ

Ոչ պարտադիր՝ Նախընտրած կապ հաստատելու եղանակ՝ ☐ Հեռախոսազանգ

☐ Տեքստային հաղորդագրություն ☐ Էլ.փոստ

*Նկատի ունեցեք, որ նամակագրությունը կարող է ուղարկվել ոչ ձեր, Կապի նախընտրելի եղանակով:

Մենք ցանկանում ենք, որ վայելեք անդամ լինելը և հասկանաք ձեր ծրագիրը: Խնդրում ենք տրամադրել ձեր հեռախոսահամար(ներ)ը և Էլ.փոստը, 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 տեքստային հաղորդագրություններ կամ Էլ.նամակներ ստանալուց:

Մենք 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 գրեք փոստային արկղ: Նշում. անօթևանության ենթարկված անձանց դեպքում փոստային արկղը կարող է համարվել ձեր մշտական բնակության հասցեն): ☐ Անօթևանության ենթարկված անձիք

Մշտական բնակության փողոցի հասցեն

Քաղաք	Ոչ պարտադիր՝ Վարչաշրջան	Նահանգ	Փոստային դասիչ

Փոստային հասցե, եթե ցանկանում եք, որ ձեր փոստն ուղարկվի այլ հասցեով կամ լիազորված ներկայացուցչի հասցեով, խնդրում ենք այստեղ տրամադրել համապատասխան տեղեկությունները: (Թույլ է տրվում փոստային արկղ)

Փողոցի հասցե

Քաղաք	Նահանգ	Փոստային դասիչ



Ձեր Medicare տվյալները.

Medicare համար՝ _____

իրավունք ունի ստանալու՝
Հիվանդանոց (Մաս A)
Բժշկական (Մաս B)

Ուժի մեջ մտնելու
ամսաթիվ (MM/DD/YYYY)՝
____/____/____
____/____/____

Պատասխանեք այս կարևոր հարցերին.

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

☐ Այո ☐ Ոչ

Այլ ապահովագրության անվանում _____

Անդամի համարն այս ապահովագրության համար _____

Խմբի համարն այս ապահովագրության համար _____

2. Եթե անդամագրվում եք D-SNP ծրագրի, խնդրում ենք տրամադրել՝

Նահանգային Medicaid ծրագրի համարը _____

Խնդրում ենք ներառել Medicaid համարը D-SNP 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 և՛ Հիվանդանոցի (Մաս A), և՛ 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 ձևաթղթին ձեր կողմից պատասխանելը կամավոր է: Այնուամենայնիվ, չպատասխանելը կարող է ազդել ծրագրում անդամակցության վրա:

• Ես հասկանում եմ, որ միաժամանակ կարող եմ գրանցված լինել միայն մեկ MA կամ Մաս D ծրագրում, և որ այս ծրագրում գրանցվելը ինքնաբերաբար կդադարեցնի իմ գրանցումը մեկ այլ MA կամ Մաս D ծրագրում: (բացառություններ են MA PFFS, MA MSA ծրագրերը):

• 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:



• Այս անդամագրման ձևաթղթի տեղեկությունները ճիշտ են իմ ունեցած գիտելիքի համաձայն:
Ես հասկանում եմ, որ եթե դիտավորյալ կեղծ տեղեկություններ տրամադրեմ այս ձևաթղթում,
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 լիազորված ներկայացուցչի կողմից
(ինչպես նկարագրված է վերևում), այս ստորագրությունը հավաստում է, որ.

1) Այս անձը լիազորված է նահանգային օրենսդրության համաձայն՝ լրացնելու այս
անդամագրումը, և

2) Այս լիազորման փաստաթղթերը հասանելի են Medicare-ի պահանջով:

*Ստորագրելով այս փաստաթուղթը՝ ես վկայում եմ, որ իմ ունեցած գիտելիքի համաձայն, այստեղ
տրամադրված ամբողջ տեղեկատվությունը ճշմարիտ է, ամբողջական և ճշգրիտ: Ես հասկանում
եմ, որ եթե որոշվի, որ տեղեկատվությունը ճշմարիտ չէ, ես կարող եմ հեռացվել ծրագրից:*

Այսօրվա ամսաթիվ

Ստորագրություն

____ / ____ / ____
MM / DD / YYYY

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

Անուն

Հասցե

Հեռախոսահամար

(____) ____ - ____

Հարաբերությունն անդամագրված անձի հետ



Բաժին 2 – Այս բաժնի դաշտերը պարտադիր չեն

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

Ընտրեք մեկը, եթե ցանկանում եք, որ մենք ձեզ տեղեկություններ ուղարկենք անգլերենից բացի այլ լեզվով:

☐ Իսպաներեն ☐ Արաբերեն ☐ Չայերեն ☐ Կամբոջերեն ☐ Պարսկերեն ☐ Չինարեն
☐ Կորեերեն ☐ Ռուսերեն ☐ Չեչուացված չինարեն ☐ Թագալոգ ☐ Վիետնամերեն

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

☐ Բրայլ ☐ Խոշոր տառատեսակ ☐ Ձայնային 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 գրասենյակի աշխատանքային ժամերն են՝ հոկտեմբերի 1-ից մինչև դեկտեմբերի 15-ը ներկայացուցիչները հասանելի են կիրակի-շաբաթ, 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը: Դեկտեմբերի 16-ից մինչև սեպտեմբերի 30-ը ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթի-շաբաթ, 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը:

1. Դուք աշխատում եք: ☐ Այո ☐ Ոչ

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

3. Դուք երկարաժամկետ խնամքի հաստատության, օրինակ՝ ծերանոցի բնակիչ եք: ☐ Այո ☐ Ոչ
Եթե, այո, խնդրում ենք տրամադրել հետևյալ տեղեկատվությունը.

Հաստատության անվանումը՝

Հաստատության հասցեն (շենքի համար և փողոց)՝

Քաղաք

Նահանգ

Փոստային
դասիչ

Հեռախոսահամար

(____) ____ - ____

Թվարկեք ձեր ցանցի առաջնային խնամքի մատակարարին (PCP), կլինիկան կամ առողջապահական կենտրոնը՝

Մատակարար կարող եք գտնել այստեղ՝ findaprovider.healthnetcalifornia.com

Մատակարարների մասին տեղեկություններ HMO-ի ծրագրերի համար՝

PCP NPI՝

PPG ID՝

Այժմ հիվանդ եք: ☐ Այո ☐ Ոչ

☐ Ես չեմ ցանկանում ընտրել PCP, ես կցանկանայի, որ Wellcare-ն ընտրեր իմ PCP-ն ինձ համար: Ես հասկանում եմ, որ ցանկացած պահի կարող եմ փոխել իմ PCP-ն՝ զանգահարելով իմ Wellcare անդամի ID քարտի անդամների սպասարկման համարով:

Եթե վավեր ցանցի PCP-ն ընտրված չէ կամ PCP-ի ավտոմատ նշանակման վանդակը նշված չէ, ապա ցանցի PCP կնշանակվի շահառուի համար: PCP-ի նշանակումը կարող է փոխվել ցանկացած ժամանակ՝ զանգահարելով անդամի ID քարտին նշված անդամների սպասարկման հեռախոսահամարով:



Ձեր ծրագրի ապահովագների վճարումը

Դուք կարող եք վճարել ձեր ամսական ծրագրի ապահովագինը (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 ապահովագինն՝ 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 ձգգրտման գումարը (Մաս D-IRMAA), դուք պետք է վճարեք այս հավելյալ գումարը՝ ի հավելումն ձեր ծրագրի ապահովագնի: Գումարը սովորաբար հանվում է ձեր Սոցիալական ապահովության նպաստից, կամ դուք կարող եք հաշիվ ստանալ Medicare-ից (կամ RRB-ից): Մի ՎՃԱՐԵՔ Wellcare- ին Մաս D-IRMAA-ն:

Սահմանափակ եկամուտ ունեցող մարդիկ կարող են որակավորվել Լրացուցիչ օգնություն (Extra Help) ստանալու համար՝ վճարելու իրենց դեղատոմսով դեղերի ծախսերը: Նույնիսկ եթե հիմա ունեք Լրացուցիչ օգնություն, դուք կարող եք նորից դիմել ավելի ուշ: Շատ մարդիկ իրավասու են այս խնայողություններին, բայց չգիտեն այդ մասին: Լրացուցիչ օգնության մանրամասներին ծանոթանալու համար կապվեք ձեր տեղային Սոցիալական ապահովության գրասենյակի հետ կամ զանգահարեք Սոցիալական ապահովություն 1-800-772-1213 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-325-0778 հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ օգնության համար կարող եք նաև դիմել առցանց՝ www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help կայքում:

Եթե վճարման տարբերակ չընտրեք, կստանաք վճարման հաշիվ ամեն ամիս:

Խնդրում ենք ընտրել ապահովագնի վճարման տարբերակ.

- ☐ Ստանալ վճարման հաշիվ
- ☐ Ավտոմատ հանում ձեր ամսական Սոցիալական ապահովության կամ Երկաթուղու կենսաթոշակի խորհրդի (RRB) նպաստի չեկից: Ես ամսական նպաստներ եմ ստանում հետևյալից՝
☐ Սոցիալական ապահովություն ☐ RRB

(Սոցիալական ապահովության/RRB-ի հանումը կարող է սկսել երկու կամ ավելի ամիս այն բանից հետո, երբ Սոցիալական ապահովությունը կամ RRB-ը կհաստատի հանումը: Շատ դեպքերում, եթե Սոցիալական ապահովությունը կամ RRB-ն ընդունում են ավտոմատ հանումների ձեր խնդրանքը, ձեր Սոցիալական ապահովության կամ RRB նպաստների չեկից առաջին հանումը կներառի ձեր գրանցման ուժի մեջ մտնելու օրվանից մինչև պահումների սկիզբը վճարվող բոլոր ապահովագները: Եթե Սոցիալական ապահովությունը կամ RRB-ն չհաստատեն ավտոմատ հանումների ձեր խնդրանքը, մենք ձեզ հաշիվ կուղարկենք ձեր ամսական ապահովագների համար):

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՝ _____ Հարաբերությունն անդամագրված անձի հետ՝ _____

Ստորագրություն՝ _____ Ազգային արտադրողի համար (միայն գործակալներ/միջնորդներ)՝ _____



ՄԻԱՅՆ ՊԱՇՏՈՆԱԿԱՆ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ.

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

Անձնակազմի անդամի/գործակալի/միջնորդի անունը

(Եթե աջակցվում է գրանցման հարցում)՝

Ծրագրի ID #՝

Ապահովագրության ուժի մեջ մտնելու ամսաթիվ՝ ____ / ____ / ____ (MM/DD/YYYY)

Wellcare վաճառքի ներկայացուցիչ/լիազորված գործակալ

(դիմումը լրացրած վաճառքի ներկայացուցիչ/գործակալ)

Գործակալի տեսակ (ընտրեք մեկը): ☐ Լիազորված գործակալ ☐ Wellcare աշխատակից

Լրացրեք ստորև բաժինը՝

Վաճառքի ներկայացուցիչ/գործակալի անունը՝ Վաճառքի ներկայացուցիչ/գործակալի NPN #՝

Գործակալության/FMO-ի հետ կապը (Եթե կիրառելի է)՝

Այս տեղեկատվությունը պետք է համընկնի ձեր՝ Wellcare-ի լիցենզավորման հաստատված գրառումների հետ:

Գործակալի հեռախոսահամար՝ (____) _____ - _____

Էլ.փոստ՝

Գործակալության /FMO հեռախոսահամար (Եթե կիրառելի է)՝ (____) _____ - _____

Վաճառքի ներկայացուցիչ/լիազորված գործակալի՝ դիմումից ստացման ամսաթիվը՝

____ / ____ / ____
(MM/DD/YYYY)

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

Դիմումի ստացման վայր՝ ☐ Ժամադրություն ☐ Վաճառքի միջոցառում ☐ Առանց նախապես գրանցվելու

☐ Այլ (նշել)՝

Միջնորդի կողմից դիմումների ներկայացում. Վաճառքի ներկայացուցիչ/գործակալը պետք է ֆաքսով ուղարկի ժամադրության և Անդամագրման ձևերի բովանդակությունը 1-844-222-3180 հեռախոսահամարով:



Գրանցման շրջանի համար իրավասության հավաստագիր

Սովորաբար, դուք կարող եք անդամակցել Medicare Advantage ծրագրին միայն տարեկան գրանցման շրջանի ընթացքում՝ յուրաքանչյուր տարվա հոկտեմբերի 15-ից մինչև դեկտեմբերի 7-ը: Կան բացառություններ, որոնք կարող են թույլ տալ ձեզ անդամագրվել Medicare Advantage ծրագրին այս շրջանից դուրս: 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 նոր եմ Medicare-ում գրությունը: Հատուկ գրանցման շրջանը (SEP) Չի կիրառվում, այնպես որ ընտրեք համապատասխան SEP ստորև:

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 գիտելիքի համաձայն՝ դուք իրավասու եք Գրանցման շրջանի համար: Եթե մենք ավելի ուշ որոշենք, որ այս տեղեկությունները սխալ են, դուք կարող եք հեռացվել:

Խնդրում ենք կարդալ բոլոր հայտարարությունները ստորև՝ նախքան որևէ ընտրություն կատարելը: Նշեք ամսաթվերն այսպես՝ MM/DD/YYYY:

☐ Ես նոր 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 ստացել եք Medicare հաշմանդամության պատճառով:

*Եթե ձեր գործատուի ապահովագրությունը վերջերս է ավարտվել, և սա առաջին անգամն է, երբ օգտվում եք Medicare-ից, խնդրում ենք ընտրել, ես հեռացել եմ իմ գործատուի կամ միության ապահովագրությունից SEP-ը ստորև:

☐ Տարեկան գրանցման շրջան (AEP)՝ ամեն տարի հոկտեմբերի 15-ից մինչև դեկտեմբերի 7-ը:

☐ Ես արդեն ունեմ Մաս A (Հիվանդանոցի ապահովագրություն) և վերջերս առաջին անգամ գրանցվել եմ Մաս B-ի (Բժշկական ապահովագրություն) համար: Ես ուզում եմ միանալ Medicare Advantage ծրագրին:

☐ Ինձ տեղեկացրել են Medicare ստանալու մասին այն բանից հետո, երբ սկսել է իմ Մաս A և/կամ Մաս B ապահովագրությունը: Ինձ տեղեկացրել են (մուտքագրեք ամսաթիվը)-ին: ____/____/____

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

☐ Ես գրանցված եմ Medicare Advantage ծրագրում և ցանկանում եմ փոփոխություն կատարել Medicare Advantage-ի Բաց գրանցման շրջանի ընթացքում (MA OEP):

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

☐ Մեկ այլ երկրում բնակվելուց հետո նորից տեղափոխվել եմ ԱՄՆ (մուտքագրեք ամսաթիվը): ____/____/____

☐ Ես վերջերս ազատվել եմ բանտից: Ես ազատվել եմ (մուտքագրեք ամսաթիվը)-ին: ____/____/____

☐ Ես վերջերս ստացել եմ ԱՄՆ-ում օրինական բնակության կարգավիճակ: Այս կարգավիճակը ես ստացել եմ (մուտքագրեք ամսաթիվը)-ին: ____/____/____

☐ Ես բնակվում եմ երկարատև խնամքի հաստատությունում, օրինակ՝ ծերանոցում կամ վերականգնողական հիվանդանոցում:

*ՆՇՈՒՄ. Երկարատև խնամքի հաստատության տեղեկությունները պետք է լրացվեն ձևաթղթում:

☐ Վերջերս եմ տեղափոխվել երկարատև խնամքի հաստատությունից, օրինակ՝ ծերանոց կամ վերականգնողական հիվանդանոց:

*ՆՇՈՒՄ. Երկարատև խնամքի հաստատության տեղեկությունները պետք է լրացվեն ձևաթղթում: Ես տեղափոխվել եմ հաստատությունից (մուտքագրեք ամսաթիվը)-ին: ____/____/____



- ☐ Ես հեռացել եմ իմ գործատուի կամ միության ապահովագրությունից (այդ թվում COBRA-ի ապահովագրություն) (մուտքագրեք ամսաթիվը)-ին: _____ / _____ / _____
- ☐ Ես կորցրել եմ այլ, ոչ Medicare դեղերի ապահովագրությունը, որը նույնքան լավն է, որքան Medicare-ի դեղերի ապահովագրությունը (համարժեք ապահովագրություն), կամ իմ մյուս, ոչ Medicare ապահովագրությունը փոխվել է և այլևս համարժեք չի համարվում: Ես կորցրել եմ իմ ապահովագրություն (մուտքագրեք ամսաթիվը)-ին: _____ / _____ / _____
- ☐ Իմ գործող ծրագիրը չի երկարաձգվելու առաջիկա պայմանագրային տարվա համար:
* Նշում. այս Հատուկ գրանցման շրջանը (SEP) գործում է միայն 12/8-ից մինչև փետրվարի վերջին օրը:
- ☐ Ես կորցրել եմ իմ ապահովագրությունը, 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 ապահովագրությունն ավարտվեց (մուտքագրեք ամսաթիվը)-ին: _____ / _____ / _____
- ☐ Ես հեռացել եմ իմ PACE (Տարեցների համապարփակ խնամքի ծրագրեր) ծրագրի ապահովագրությունից: Ես հեռացել եմ ծրագրից (մուտքագրեք ամսաթիվը)-ին: _____ / _____ / _____
- ☐ Ես կորցրել եմ Հատուկ կարիքների ծրագիրը, քանի որ այլևս չունեմ այդ ծրագրի համար անհրաժեշտ հատուկ կարիքների կարգավիճակ: Ինձ կհեռացնեն կամ հեռացրել են SNP-ից (մուտքագրեք ամսաթիվը)-ին: _____ / _____ / _____
- ☐ Ես ուզում եմ միանալ Հատուկ կարիքների ծրագրին, որը հարմարեցնում է նպաստներն իմ քրոնիկական վիճակին:
- ☐ Ես չեմ բավարարում իմ CSNP ծրագրի պահանջները և ցանկանում եմ գրանցվել մեկ այլ ծրագրում: Ինձ տեղեկացրել են (մուտքագրեք ամսաթիվը)-ին: _____ / _____ / _____
- ☐ Վերջերս փոխվել է իմ Medi-Cal-ը (նոր եմ ստացել Medi-Cal, փոխել եմ Medi-Cal-ի օգնության մակարդակը կամ կորցրել եմ Medi-Cal-ը)՝ (մուտքագրեք ամսաթիվը)-ին: _____ / _____ / _____
- ☐ Վերջերս փոխվել է 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: _____ / _____ / _____
- ☐ Ես անդամակցված էի ծրագրում Medicare-ի (կամ իմ նահանգի) կողմից, և ես ուզում եմ այլ ծրագիր ընտրել:
Այդ ծրագրում իմ անդամակցությունը սկսվել է (մուտքագրեք ամսաթիվը)-ին: _____ / _____ / _____
- ☐ Ես ընդգրկված եմ Նահանգային դեղորայքային աջակցության ծրագրում: Հետևյալ նահանգներն ունեն իրավասու SPAP՝
Delaware, Indiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Jersey, New Mexico, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Texas, Vermont, Wisconsin:
- ☐ Ես կորցնում եմ օգնությունը Նահանգային դեղորայքային աջակցության ծրագրից:
Ես կորցրել եմ աջակցությունը (մուտքագրեք ամսաթիվը)-ին: _____ / _____ / _____
- ☐ 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, կամ 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 Գրանցման շրջանը հետևյալ պատճառով՝ _____



- ☐ Ես գրանցվում եմ 5 աստղանի Medicare ծրագրին:
- ☐ Ես մի ծրագրում եմ, որը վերջին 3 տարվա ընթացքում ունեցել է 3 աստղից պակաս գնահատական: Ես ցանկանում եմ միանալ 3 կամ ավելի աստղ վարկանիշ ունեցող ծրագրի:
- ☐ Ես մի ծրագրում եմ, որը վերջերս է անցել նահանագային վերահսկողության տակ՝ ֆինանսական խնդիրների պատճառով (վերահսկիչ կառավարում): Ես ցանկանում եմ անցնել մեկ այլ ծրագիր:
- ☐ Ես նյութերը խնդրել էի հասանելի ձևաչափով և դրանք ժամանակին չեմ ստացել: Ես ցանկանում եմ անդամագրվել հիմա, քանի որ ժամանակ եմ ունեցել անդամագրման վերաբերյալ որոշումներ կայացնել:
 Իմ կողմից նախկինում հայցված հասանելի ձևաչափն էր՝ _____
 *Նշում. հասանելի ձևաչափերը ներառում են, բայց չեն սահմանափակվում հետևյալով՝ բրայլ, տվյալների CD, մեծ տառատեսակ
- ☐ Ես ապահովագին եմ վճարում Մաս A-ի համար և գրանցվել եմ Մաս B-ի համար Ընդհանուր գրանցման շրջանում (հունվարի 1 - մարտի 31 ամեն տարի): Ես ցանկանում եմ միանալ Medicare-ի դեղերի ծրագրի (Մաս D) կամ դեղերի ապահովագրությամբ Medicare Advantage ծրագրի:
 * Եթե Մաս A-ի համար ապահովագին եք վճարում և Մաս B-ին գրանցվում եք Ընդհանուր գրանցման շրջանում, ապա Մաս B-ին գրանցվելուց հետո կունենաք 2 ամիս՝ որևէ ծրագրի միանալու համար: Ես գրանցվել եմ (մուտքագրեք ամսաթիվը)-ին: _____ / _____ / _____
- ☐ Ես գրանցվել եմ Մաս A-ի համար (Հիվանդանոցային ապահովագրություն) կամ Մաս B-ի համար (Բժշկական ապահովագրություն) Հատուկ գրանցման շրջանում, որին ես որակավորվել եմ բացառիկ հանգամանքից ելնելով: Ես գրանցվել եմ (մուտքագրեք ամսաթիվը)-ին: _____ / _____ / _____
- ☐ Ես ունեմ Medicare և ստանում եմ ամբողջական Medi-Cal նպաստներ: Ես ցանկանում եմ գրանցվել Լիովին ինտեգրված երկակի իրավասության հատուկ կարիքների ծրագրին (FIDE SNP), Բարձր ինտեգրված երկակի իրավասության հատուկ կարիքների ծրագրին (HIDE SNP) կամ Համապատասխան ինտեգրված ծրագրին (AIP):
- ☐ Ես ունեմ Medicare-ի դեղերի ապահովագրություն (Մաս D) Medicare Advantage ծրագրի միջոցով: Ես ցանկանում եմ միանալ Medicare-ի մեկ այլ առողջապահական ծրագրի, որը չի առաջարկում դեղերի ապահովագրություն, որպեսզի կարողանամ անցնել ոչ Medicare համարժեք դեղորայքային ապահովագրության: *ՆՇՈՒՄ. միայն MA

Եթե այս հայտարարություններից ոչ մեկը չի վերաբերում ձեզ կամ վստահ չեք, խնդրում ենք դիմել Wellcare 1-844-480-0680 հեռախոսահամարով (TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711) պարզելու, եթե դուք իրավասու եք անդամագրվելու համար: Մենք բաց ենք հոկտեմբերի 1-ից դեկտեմբերի 15-ը: Ներկայացուցիչները հասանելի են կիրակիից շաբաթ, 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը: Դեկտեմբերի 16-ից մինչև սեպտեմբերի 30-ը ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից շաբաթ, 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը:

Դուք պետք է շարունակեք վճարել Medicare Part B ապահովագինը: Այնուամենայնիվ, լրիվ երկակի շահառուների համար Նահանգը կապահովագրի ձեր Մաս B ապահովագինն այնքան ժամանակ, քանի դեռ դուք պահպանում եք ձեր Medicaid իրավասությունը:



