

ទម្រង់បែបបទសំណើសុំចុះឈ្មោះ បុគ្គលឆ្នាំ 2027 ដើម្បីចុះឈ្មោះក្នុង គម្រោង Medicare Advantage (ផ្នែក C)

OMB No. 0938-1378
Expires: 02/28/2029



✓ ពិនិត្យស្ថានភាពពាក្យសុំរបស់អ្នកនៅទីនេះ៖
[wellcare.com/applicationtracker](https://www.wellcare.com/applicationtracker)

តើអ្នកណាអាចប្រើទម្រង់បែបបទនេះបាន?

អ្នកដែលមានគម្រោង Medicare ដែលចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោង Medicare Advantage

ដើម្បីចូលរួមគម្រោង អ្នកត្រូវតែ៖

- ជាពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក ឬមានវត្តមានស្របច្បាប់នៅសហរដ្ឋអាមេរិក
- រស់នៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មរបស់គម្រោង

សំខាន់៖ ដើម្បីចូលរួមគម្រោង Medicare Advantage អ្នកត្រូវតែមានគម្រោងទាំងពីរនេះ៖

- Medicare Part A (ការធានារ៉ាប់រងមន្ទីរពេទ្យ)
- Medicare Part B (ការធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រ)

តើខ្ញុំប្រើទម្រង់បែបបទនេះនៅពេលណា?

អ្នកអាចចូលរួមគម្រោង៖

- ចន្លោះថ្ងៃទី 15 ខែតុលា-ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ ជារៀងរាល់ឆ្នាំ (សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា)
 - ក្នុងអំឡុងពេល 3 ខែដំបូងនៃការទទួលបាន Medicare
 - ក្នុងស្ថានភាពមួយចំនួនដែលអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលរួមឬផ្លាស់ប្តូរគម្រោង
- សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ **Medicare.gov** ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីពេលដែលអ្នកអាចចុះឈ្មោះទទួលបានគម្រោង។

តើខ្ញុំត្រូវការអ្វីខ្លះ ដើម្បីបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ?

- លេខ Medicare របស់អ្នក (លេខនៅលើប័ណ្ណ Medicare ពណ៌ក្រហម ស និងខៀវរបស់អ្នក)
 - អាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍ និងលេខទូរសព្ទរបស់អ្នក
- ចំណាំ៖** អ្នកត្រូវតែបំពេញចំណុចទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកទី 1។ ចំណុចទាំងឡាយនៅក្នុងផ្នែកទី 2 គឺជាជម្រើស - អ្នកមិនអាចត្រូវបានបដិសេធការធានារ៉ាប់រង ដោយសារតែអ្នកមិនបានបំពេញចំណុចទាំងនោះឡើយ។

បុគ្គលដែលកំពុងជួបប្រទះភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង

- ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមជាមួយគម្រោង ប៉ុន្តែមិនមានលំនៅឋានអចិន្ត្រៃយ៍ទេ នោះប្រអប់សំបុត្រប្រៃសណីយ៍អាសយដ្ឋាននៃជម្រក ឬគ្លីនិក ឬអាសយដ្ឋានដែលអ្នកទទួលសំបុត្រ (ឧទាហរណ៍ មូលប្បទានបំប្រុងសន្តិសុខសង្គម) អាចត្រូវបានចាត់ទុកថាជាអាសយដ្ឋានលំនៅឋានអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក។

តើអ្នកធ្លាប់គិតចង់ចុះឈ្មោះតាមរយៈ

go.wellcare.com/HealthNetCA រឺញដែរឬទេ?

វាគឺជាវិធីដ៏រហ័ស សុវត្ថិភាព និងងាយស្រួលដើម្បីដាក់ពាក្យ

ការរំលឹក៖

- ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោងក្នុងរយៈពេលបើកឱ្យចុះឈ្មោះនៅរដូវស្លឹកឈើជ្រុះ (ថ្ងៃទី 15 ខែតុលា-ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ) គម្រោងត្រូវតែទទួលបានទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញរបស់អ្នកត្រឹមថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ។
- គម្រោងរបស់អ្នកនឹងធ្វើឱ្យអ្នកនូវវិក្កយបត្រសម្រាប់បុព្វលាភរ៉ាប់រងរបស់គម្រោង។ អ្នកអាចជ្រើសរើសចុះឈ្មោះដើម្បីឱ្យការទូទាត់បុព្វលាភរ៉ាប់រងរបស់អ្នកត្រូវបានកាត់ចេញពីគណនីធនាគាររបស់អ្នក ឬអត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម (ឬក្រុមប្រឹក្សាសោធននិវត្តន៍កម្មករផ្លូវដែក)។

តើមានអ្វីកើតឡើងបន្ទាប់ទៀត?

ធ្វើទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញ និងចុះហត្ថលេខារបស់អ្នកទៅកាន់៖

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

នៅពេលដែលពួកគេដំណើរការសំណើរបស់អ្នកដើម្បីចូលរួមពួកគេនឹងទាក់ទងទៅអ្នក។

តើខ្ញុំអាចទទួលបានជំនួយអំពីទម្រង់បែបបទនេះតាមរបៀបណា?

សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare By Health Net តាមលេខ 1-844-480-0680។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅកាន់ 711។ ឬទូរសព្ទទៅ Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) បម្រើការ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។



សំខាន់

កុំធ្វើទម្រង់បែបបទនេះ ឬឯកសារណាមួយដែលមានព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក (ដូចជាការទាមទារសំណង ការទូទាត់ កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ ជាដើម) ទៅការិយាល័យពិនិត្យរបាយការណ៍ PRA ឱ្យសោះ។ ឯកសារទាំងឡាយណាដែលយើងទទួលបានដែលមិនពាក់ព័ន្ធនឹង របៀបកែលម្អទម្រង់បែបបទនេះ ឬបន្ទុកនៃការប្រមូលរបស់វា (ដូចដែលបានរៀបរាប់នៅក្នុង OMB 0938-1378) នឹងត្រូវបានបំផ្លាញចោល។ វានឹងមិន ត្រូវបានរក្សាទុក ពិនិត្យ ឬបញ្ជូនបន្តទៅគម្រោងឡើយ។ សូមមើល “តើមានអ្វីកើតឡើងបន្ទាប់ទៀត?” នៅខាងមុខ ទំព័រនេះ ដើម្បីធ្វើទម្រង់បែបបទដែលអ្នកបានបំពេញទៅគម្រោង។

យោងតាមច្បាប់កាត់បន្ថយការប្រើក្រដាសឆ្នាំ 1995 គ្មានមនុស្សណាម្នាក់ត្រូវបានតម្រូវឱ្យឆ្លើយតបទៅនឹងការប្រមូលព័ត៌មានទេ លុះត្រាតែវាបង្ហាញលេខត្រួតពិនិត្យ OMB ត្រឹមត្រូវ។ លេខត្រួតពិនិត្យ OMB ត្រឹមត្រូវសម្រាប់ការប្រមូលព័ត៌មាននេះគឺ 0938-1378។ ពេលវេលាចាំបាច់ដើម្បីបញ្ចប់ព័ត៌មាននេះត្រូវបានប៉ាន់ប្រមាណថាជាមធ្យម 20 នាទីក្នុងមួយចម្លើយ រួមទាំងពេលវេលាដើម្បីពិនិត្យមើលការណែនាំ ស្វែងរកធនធានទិន្នន័យដែលមានស្រាប់ ប្រមូលទិន្នន័យ ដែលត្រូវការ ហើយបំពេញ និងពិនិត្យមើលការប្រមូលព័ត៌មាន។ ប្រសិនបើអ្នកមានមតិយោបល់ណាមួយទាក់ទងនឹងភាពត្រឹមត្រូវនៃការប៉ាន់ស្មានពេលវេលា ឬការស្នើសុំកែលម្អទម្រង់បែបបទនេះ សូមសរសេរទៅកាន់៖ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850។

សេចក្តីថ្លែងការណ៍ស្តីពីច្បាប់ឯកជនភាព

មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវាកម្ម Medicare និង Medicaid (CMS) ប្រមូលព័ត៌មានពីគម្រោង Medicare ដើម្បីតាមដានការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកទទួលបាននៅក្នុងគម្រោង Medicare Advantage (MA) កែលម្អការថែទាំ និងសម្រាប់ការទូទាត់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare។ ផ្នែក 1851 និង 1860D-1 នៃច្បាប់សន្តិសុខសង្គម និង 42 CFR §§ 422.50 និង 422.60 អនុញ្ញាតក្នុងការប្រមូលព័ត៌មាននេះ។ CMS អាចប្រើប្រាស់ បង្ហាញ និងផ្លាស់ប្តូរទិន្នន័យចុះឈ្មោះពី អ្នកទទួលបាន Medicare ដូចដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុងប្រព័ន្ធនៃការជូនដំណឹងអំពីកំណត់ត្រា (SORN) “ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare Advantage (MARx)” លេខប្រព័ន្ធ 09-70-0588។ ការឆ្លើយតបរបស់អ្នកចំពោះទម្រង់បែបបទនេះគឺស្ម័គ្រចិត្ត។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការខកខានក្នុងការឆ្លើយតបអាចប៉ះពាល់ដល់ការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង។

ផ្នែក 1 – គ្រប់កន្លែងបញ្ចូលទាំងអស់នៅលើទំព័រនេះ គឺត្រូវឱ្យបំពេញ (លុះត្រាតែបានសម្គាល់ថាជាជម្រើស)

ជ្រើសរើសគម្រោងដែលអ្នកចង់ចូលរួម៖

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)¹ – រួមបញ្ចូលទាំងការធានារ៉ាប់រងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា

☐ **H3561-010-001** Los Angeles

\$0 ក្នុងមួយខែ

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)¹ – រួមបញ្ចូលទាំងការធានារ៉ាប់រងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា

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

\$0 ក្នុងមួយខែ

¹អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការចុះឈ្មោះជាក់លាក់ ដើម្បីចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងនេះ។



ផ្នែក 1 - គ្រប់កន្លែងបញ្ចូលទាំងអស់នៅលើទំព័រនេះ គឺតម្រូវឱ្យបំពេញ (លុះត្រាតែបានសម្គាល់ថាជាជម្រើស)

នាមខ្លួន	នាមត្រកូល	ស្រេចចិត្ត៖ អក្សរដំបូងនៃនាមកណ្តាល

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ ____ / ____ / ____ ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ MM/DD/YYYY	ភេទ ☐ ប្រុស ☐ ស្រី ជាជម្រើស៖ លេខទូរសព្ទបន្ទាប់បន្សំ (____) ____ - ____ (____) ____ - ____	លេខទូរសព្ទ (____) ____ - ____ ប្រភេទទូរសព្ទ ☐ ទូរសព្ទនៅផ្ទះ ☐ ទូរសព្ទដៃ ប្រភេទទូរសព្ទ ☐ ទូរសព្ទនៅផ្ទះ ☐ ទូរសព្ទដៃ
--	---	--

ជាជម្រើស៖ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖

ជាជម្រើស៖ តើអ្នកមានអារម្មណ៍ងាយស្រួលក្នុងការប្រើប្រាស់អ៊ីនធឺណិត អ៊ីមែល ឬការធ្វើសារជាអក្សរដោយខ្លួនឯងដែរឬទេ?
☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ជាជម្រើស៖ វិធីសាស្ត្រទំនាក់ទំនងដែលចង់ឱ្យប្រើ៖ ☐ ការហៅទូរសព្ទ ☐ សារជាអក្សរ ☐ អ៊ីមែល

*សូមចំណាំថា ការទាក់ទងនានាអាចត្រូវបានធ្វើទៅក្រៅពី 'វិធីសាស្ត្រទំនាក់ទំនងដែលចង់ឱ្យប្រើ' ដែលអ្នកបានជ្រើសរើស។

យើងចង់ឱ្យអ្នករីករាយក្នុងការធ្វើជាសមាជិក និងយល់ដឹងពីគម្រោងរបស់អ្នក។ សូមផ្តល់លេខទូរសព្ទ និងអ៊ីមែលរបស់អ្នក ដើម្បីឱ្យយើងអាចប្រាប់អ្នកអំពីស្ថានភាពពាក្យសុំរបស់អ្នកបាន។ ក្នុងនាមជាសមាជិក យើងនឹងចែករំលែកព័ត៌មានមានប្រយោជន៍ ដូចជាអ្វីដែលត្រូវរំពឹងទុក ការរក្សាសុខភាពល្អ ការប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែម ការស្វែងរកវេជ្ជបណ្ឌិត ផលចូលសមាជិករបស់យើង និងចំណុចសំខាន់ៗផ្សេងទៀត។ ប្រសិនបើអ្នកមិនចាប់អារម្មណ៍ អ្នកអាចជ្រើសរើសមិនទទួលសារ និងអ៊ីមែលមួយចំនួនបាន។

យើងចង់ឱ្យអ្នកពេញចិត្តនឹងគម្រោង Wellcare របស់អ្នក។ យើងនឹងប្រាប់អ្នកឱ្យដឹង ប្រសិនបើយើងមានគម្រោងផ្សេងទៀតដែលអាចស័ក្តិសមជាងសម្រាប់អ្នក នៅពេលតម្រូវការរបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរ។ យើងនឹងនិយាយតែអំពីគម្រោងរបស់យើងប៉ុណ្ណោះ។

កុំបញ្ចូល PO Box ចំណាំ៖ សម្រាប់បុគ្គលដែលកំពុងជួបប្រទះភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង ប្រអប់សំបុត្រប្រៃសណីយ៍អាចត្រូវបានចាត់ទុកថាជាអាសយដ្ឋានលំនៅឋានអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នកបាន។ ☐ ជួបប្រទះភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង

អាសយដ្ឋានលំនៅឋានអចិន្ត្រៃយ៍

ទីក្រុង	ជាជម្រើស៖ ខោនធី	រដ្ឋ	ស៊ីបកូដ

អាសយដ្ឋានសម្រាប់ផ្ញើសំបុត្រប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យសំបុត្ររបស់អ្នកផ្ញើទៅអាសយដ្ឋានផ្សេង ឬទៅកាន់តំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត សូមផ្តល់ព័ត៌មាននោះនៅទីនេះ។ (អនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រអប់សំបុត្រប្រៃសណីយ៍)

អាសយដ្ឋានផ្លូវ

ទីក្រុង	រដ្ឋ	ស៊ីបកូដ



ព័ត៌មាន Medicare របស់អ្នក៖

លេខ Medicare៖

មានសិទ្ធិទទួលបាន៖

មន្ទីរពេទ្យ (ផ្នែក A)

វេជ្ជសាស្ត្រ (ផ្នែក B)

កាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធិភាព (MM/DD/YYYY)៖

___ / ___ / ___

___ / ___ / ___

ឆ្លើយសំណួរសំខាន់ៗទាំងនេះ៖

1. តើអ្នកនឹងមានការធានារ៉ាប់រងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត (ដូចជា VA, TRICARE) បន្ថែមពីលើ Wellcare ដែរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ឈ្មោះនៃការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត

លេខសមាជិកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនេះ

លេខក្រុមសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនេះ

2. ប្រសិនបើចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង D-SNP សូមផ្តល់៖

លេខកម្មវិធី Medicaid របស់រដ្ឋ៖ _____

សូមរួមបញ្ចូលលេខ Medicaid សម្រាប់គម្រោង D-SNP។ ការមិនបានបំពេញលេខ Medicaid អាចធ្វើឱ្យដំណើរការពាក្យសុំមានការយឺតយ៉ាវ និងអាចឈានដល់ការបដិសេធពាក្យសុំ។

សំខាន់៖ សូមអាន និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម៖

- ខ្ញុំត្រូវតែរក្សាគម្រោងមន្ទីរពេទ្យ (ផ្នែក A) និងវេជ្ជសាស្ត្រ (ផ្នែក B) ដើម្បីបន្តនៅក្នុងគម្រោង Wellcare។
- តាមរយៈការចូលរួមក្នុងគម្រោង Medicare Advantage នេះ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថា Wellcare នឹងចែករំលែកព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំជាមួយ Medicare ដែលអាចប្រើវាដើម្បីតាមដានការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំ ធ្វើការទូទាត់ និងសម្រាប់គោលបំណងផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់សហព័ន្ធដែលផ្តល់សិទ្ធិក្នុងការប្រមូលព័ត៌មាននេះ (សូមមើលសេចក្តីថ្លែងការណ៍អំពីច្បាប់ឯកជនភាពខាងក្រោម)។ ការឆ្លើយតបរបស់អ្នកចំពោះទម្រង់បែបបទនេះគឺស្ម័គ្រចិត្ត។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការខកខានក្នុងការឆ្លើយតបអាចប៉ះពាល់ដល់ការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង MA ឬផ្នែក D តែមួយប៉ុណ្ណោះក្នុងពេលតែមួយ – ហើយការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងនេះនឹងបញ្ចប់ការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅក្នុងគម្រោង MA ឬផ្នែក D ផ្សេងទៀត (មានការលើកលែងសម្រាប់គម្រោង MA PFFS, MA MSA)។
- ខ្ញុំយល់ថា នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រង Wellcare របស់ខ្ញុំចាប់ផ្តើម ខ្ញុំត្រូវតែទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាពី Wellcare។ អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាដែលផ្តល់ដោយ Wellcare នឹងឯកសារដែលមាននៅក្នុង Wellcare “ភ័ស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រង” របស់ខ្ញុំ (ឬហៅម្យ៉ាងទៀតថា កិច្ចសន្យាសមាជិក ឬកិច្ចព្រមព្រៀងអ្នកជាវ) នឹងត្រូវបានរ៉ាប់រង។ ទាំង Medicare ឬ Wellcare នឹងមិនទូទាត់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ ឬសេវាដែលមានការធានារ៉ាប់រងឡើយ។



- ព័ត៌មាននៅលើទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះនេះគឺត្រឹមត្រូវតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំមានចេតនាផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតនៅលើទម្រង់បែបបទនេះ ខ្ញុំនឹងត្រូវបានគេលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងនេះ។
- ខ្ញុំយល់ថាហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ (ឬហត្ថលេខារបស់អ្នកដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើសកម្មភាពជំនួសខ្ញុំ) នៅលើពាក្យសុំនេះ មានន័យថា ខ្ញុំបានអាន និងយល់ពីខ្លឹមសារនៃពាក្យសុំនេះ។ ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយតំណាងដែលមានសិទ្ធិ (ដូចបានរៀបរាប់ខាងលើ) ហត្ថលេខានេះបញ្ជាក់ថា៖

- 1) បុគ្គលនេះត្រូវបានអនុញ្ញាតនៅក្រោមច្បាប់រដ្ឋ ដើម្បីបំពេញការចុះឈ្មោះនេះ និង
- 2) ឯកសារអំពីការអនុញ្ញាតនេះអាចរកបានតាមការស្នើសុំដោយ Medicare។

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើឯកសារនេះ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា តាមការយល់ដឹងរបស់ខ្ញុំ ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលខ្ញុំបានផ្តល់គឺពិតជាត្រឹមត្រូវ ពេញលេញ និងពិតប្រាកដ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើគេរកឃើញថាព័ត៌មាននេះមិនត្រឹមត្រូវ ខ្ញុំអាចត្រូវបានគេលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោង។

កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ

ហត្ថលេខា

____/____/____
MM/DD/YYYY

ប្រសិនបើអ្នកជាតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត សូមចុះហត្ថលេខាខាងលើ និងបំពេញកន្លែងបញ្ចូលខាងក្រោម៖

ឈ្មោះ

អាសយដ្ឋាន

លេខទូរសព្ទ

(____) ____ - ____

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចុះឈ្មោះ



ផ្នែកទី 2 - កន្លែងបញ្ចូលទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកនេះគឺជាជម្រើស

ការឆ្លើយសំណួរទាំងនេះគឺជាជម្រើសរបស់អ្នក។ អ្នកមិនអាចត្រូវបានបដិសេធការធានារ៉ាប់រង ដោយសារតែអ្នកមិនបានបំពេញកន្លែងបញ្ចូលទាំងនោះទេ។

ជ្រើសរើសមួយ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងធ្វើព័ត៌មានទៅអ្នកជាភាសាក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។

- ☐ អេស៉្បាញ ☐ អារ៉ាប់ ☐ អាមេនី ☐ ខ្មែរ ☐ ហ្វាស៊ី ☐ មន ☐ កូរ៉េ ☐ រុស្ស៊ី
☐ ចិនអក្សរកាត់ ☐ តាហ្គាឡុក ☐ វៀតណាម

ជ្រើសរើសមួយ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងធ្វើព័ត៌មានទៅអ្នកជាទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន។

- ☐ អក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ☐ អក្សរពុម្ពធំ ☐ ស៊ីឌីសំឡេង ☐ ស៊ីឌីទិន្នន័យ

សូមទាក់ទងមកកាន់ Wellcare តាមលេខ 1-844-480-0680 (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចហៅទៅលេខ 711) ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានក្នុងទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បានផ្សេងពីអ្វីដែលបានរាយខាងលើ។ ម៉ោងធ្វើការរបស់យើងគឺចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 15 ខែធ្នូ អ្នកតំណាងមានបម្រើការពីថ្ងៃអាទិត្យ-ថ្ងៃសៅរ៍ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 16 ខែធ្នូ ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងមានបម្រើការពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសៅរ៍ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ (គ្រប់ល្វែងម៉ោងទាំងអស់)។

1. តើអ្នកធ្វើការដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
2. តើប្តី/ប្រពន្ធរបស់អ្នកធ្វើការដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
3. តើអ្នករស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង ដូចជាមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាស" សូមផ្តល់ព័ត៌មានដូចខាងក្រោម៖

ឈ្មោះមណ្ឌល៖

អាសយដ្ឋានមណ្ឌល (លេខ និងផ្លូវ)៖

ទីក្រុង

រដ្ឋ

ស៊ីបកូដ

លេខទូរសព្ទ

រាយបញ្ជីគ្រូពេទ្យថែទាំបឋម (PCP) គ្លីនិក ឬមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក៖

អ្នកអាចស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវានៅ findaprovider.healthnetcalifornia.com

ព័ត៌មានអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់គម្រោង HMO៖

PCP NPI:

PPG ID:

តើបច្ចុប្បន្នអ្នកគឺជាអ្នកជំងឺមែនទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

☐ ខ្ញុំមិនចង់ជ្រើសរើស PCP ទេ ខ្ញុំចង់ឱ្យ Wellcare ជ្រើសរើស PCP ឱ្យខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់ខ្ញុំនៅពេលណាក៏បាន ដោយហៅទៅកាន់លេខសេវាបម្រើសមាជិកនៅលើកាត ID សមាជិក Wellcare របស់ខ្ញុំ។

ប្រសិនបើ PCP ក្នុងបណ្តាញដែលមានសុពលភាពមិនត្រូវបានជ្រើសរើស ឬប្រអប់ផឹកសម្រាប់ការចាត់តាំង PCP ដោយស្វ័យប្រវត្តិមិនត្រូវបានគូសផឹកទេ នោះ PCP ក្នុងបណ្តាញម្នាក់នឹងត្រូវបានចាត់តាំងឱ្យអ្នកទទួលផល។ ការចាត់តាំង PCP អាចផ្លាស់ប្តូរបាននៅពេលណាក៏បាន ដោយហៅទៅកាន់លេខសេវាបម្រើសមាជិកនៅលើកាត ID សមាជិក



ការទូទាត់បុព្វលាភរ៉ាប់រងគម្រោងរបស់អ្នក

អ្នកអាចបង់បុព្វលាភគម្រោងប្រចាំខែរបស់អ្នក (រួមទាំងការពិន័យការចុះឈ្មោះយឺតណាមួយដែលអ្នកមានបច្ចុប្បន្ន ឬអាចជំពាក់) តាមរយៈសំបុត្រ ការផ្ទេរប្រាក់តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក (EFT) ឬកាតពណ៌មានជារៀងរាល់ខែ។ អ្នកក៏អាចជ្រើសរើសបង់បុព្វលាភរបស់អ្នកដោយឱ្យរាជការដោយស្វ័យប្រវត្តិពីអត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម ឬគណៈកម្មការការចូលនិវត្តន៍របស់និយោជិតផ្លូវដែក (RRB) របស់អ្នកជារៀងរាល់ខែផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបង់លើចំនួនទឹកប្រាក់នៃការកែតម្រូវប្រចាំខែទាក់ទងនឹងប្រាក់ចំណូលផ្នែក D (IRMAA ផ្នែក D) អ្នកត្រូវតែបង់ចំនួនទឹកប្រាក់បន្ថែមនេះបន្ថែមលើបុព្វលាភរ៉ាប់រងគម្រោងរបស់អ្នក។ ចំនួនទឹកប្រាក់នេះជាទូទៅត្រូវបានដកចេញពីអត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នក ឬអ្នកអាចនឹងទទួលបានវិក្កយបត្រពី Medicare (ឬ RRB)។ កុំបង់ប្រាក់ Part D-IRMAA ទៅ Wellcare ឱ្យសោះ។

អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលមានកម្រិតអាចមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានជំនួយបន្ថែម ដើម្បីបង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ពួកគេ។ សូម្បីតែប្រសិនបើអ្នកមានជំនួយបន្ថែម (Extra Help) ឥឡូវនេះក៏ដោយ ក៏អ្នកប្រហែលជាត្រូវដាក់ពាក្យសុំម្តងទៀតសម្រាប់ការបញ្ជាក់ឡើងវិញផងដែរ។ មនុស្សជាច្រើនមានសិទ្ធិទទួលបានប្រាក់សន្សំទាំងនេះ ហើយថែមទាំងមិនដឹងពីការសន្សំនេះទៀតផង។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីជំនួយបន្ថែមនេះ សូមទាក់ទងការិយាល័យសន្តិសុខសង្គមក្នុងតំបន់របស់អ្នក ឬទូរសព្ទទៅសន្តិសុខសង្គមតាមលេខ 1-800-772-1213។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-325-0778។ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យស្នើសុំជំនួយបន្ថែមតាមអ៊ីនធឺណិតនៅ <https://www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help>។

ប្រសិនបើអ្នកមិនជ្រើសរើសជម្រើសបង់ប្រាក់ទេ អ្នកនឹងទទួលបានវិក្កយបត្រជារៀងរាល់ខែ។

សូមជ្រើសរើសជម្រើសទូទាត់បុព្វលាភរ៉ាប់រង៖

- ☐ ទទួលវិក្កយបត្រ
- ☐ ការកាត់ប្រាក់ដោយស្វ័យប្រវត្តិពីមូលប្បទានប័ត្រអត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម ឬក្រុមប្រឹក្សាសោធននិវត្តន៍ផ្លូវដែក (RRB) ប្រចាំខែរបស់អ្នក។ ខ្ញុំទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំខែពី៖ ☐ សន្តិសុខសង្គម ☐ RRB

(ការកាត់កងលើសន្តិសុខសង្គម/RRB អាចចំណាយពេលពីរខែ ឬច្រើនខែដើម្បីចាប់ផ្តើម បន្ទាប់ពីសន្តិសុខសង្គម ឬ RRB យល់ព្រមលើការកាត់កងនេះ។ ក្នុងករណីភាគច្រើន ប្រសិនបើសន្តិសុខសង្គម ឬ RRB ទទួលយកសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការកាត់ប្រាក់ដោយស្វ័យប្រវត្តិ ការកាត់ប្រាក់ដំបូងពីមូលប្បទានប័ត្រសន្តិសុខសង្គម ឬ RRB របស់អ្នកនឹងរួមបញ្ចូលបុព្វលាភរ៉ាប់រងទាំងអស់ដែលគិតចាប់ពីថ្ងៃចុះឈ្មោះរបស់អ្នក រហូតដល់ពេលដែលការកាត់ទុកចាប់ផ្តើម។ ប្រសិនបើសន្តិសុខសង្គម ឬ RRB មិនយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការកាត់ប្រាក់ដោយស្វ័យប្រវត្តិ យើងនឹងផ្ញើវិក្កយបត្រសម្រាប់បុព្វលាភរ៉ាប់រងប្រចាំខែរបស់អ្នក។)

សម្រាប់តែបុគ្គលដែលជួយអ្នកចុះឈ្មោះបំពេញទម្រង់បែបបទនេះប៉ុណ្ណោះ៖

បំពេញផ្នែកនេះ ប្រសិនបើអ្នកគឺជាបុគ្គល (ឧ. ភ្នាក់ងារ ឈ្មួញកណ្តាល អ្នកប្រឹក្សា SHIP សមាជិកគ្រួសារ ឬភាគីទីបីផ្សេងទៀត) ដែលជួយអ្នកចុះឈ្មោះបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ។

ឈ្មោះ៖ _____ ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចុះឈ្មោះ៖ _____

ហត្ថលេខា៖ _____

លេខសម្គាល់ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងថ្នាក់ជាតិ (សម្រាប់ភ្នាក់ងារ/ឈ្មួញកណ្តាលប៉ុណ្ណោះ)៖ _____



សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ក្នុងការិយាល័យប៉ុណ្ណោះ៖

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខា និងដាក់ស្នើឯកសារនេះ ខ្ញុំបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានដែលបានផ្តល់នៅក្នុងនេះគឺពិតប្រាកដ ពេញលេញ និងត្រឹមត្រូវតាមការយល់ដឹង និងជំនឿចិត្តបំផុតរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថាការបង្ហាញព័ត៌មានមិនពិត ឬការលាក់បាំងណាមួយ អាចជាមូលដ្ឋានសម្រាប់ចំណាត់ការវិន័យ រហូតដល់បញ្ឈប់ការណាត់ជួប និងកិច្ចព្រមព្រៀងភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំ។

ឈ្មោះសមាជិកបុគ្គលិក/ភ្នាក់ងារ/ឈ្មួញកណ្តាល (ប្រសិនបើបានជួយក្នុងការចុះឈ្មោះ)៖

លេខ ID គម្រោង៖

កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមសុពលភាពនៃការធានារ៉ាប់រង៖
____ / ____ / ____ (MM/DD/YYYY)

តំណាងផ្នែកលក់/ភ្នាក់ងារដែលមានការអនុញ្ញាតរបស់ Wellcare

(តំណាងផ្នែកលក់/ភ្នាក់ងារជាបុគ្គលដែលបានបំពេញពាក្យសុំ)

ប្រភេទភ្នាក់ងារ (ជ្រើសរើសមួយ)៖ ☐ ភ្នាក់ងារដែលមានការអនុញ្ញាត ☐ បុគ្គលិករបស់ Wellcare

បំពេញផ្នែកខាងក្រោម៖

ឈ្មោះតំណាងផ្នែកលក់/ភ្នាក់ងារ៖

លេខ NPN របស់តំណាងផ្នែកលក់/ភ្នាក់ងារ៖

ទំនាក់ទំនងជាមួយទីភ្នាក់ងារ/FMO (ប្រសិនបើមាន)៖

ព័ត៌មាននេះត្រូវតែត្រូវគ្នានឹងកំណត់ត្រាអាជ្ញាបណ្ណ Wellcare ដែលបានអនុម័តរបស់អ្នក។

លេខទូរសព្ទភ្នាក់ងារ៖ (____) _____ - _____

អ៊ីមែល៖

លេខទូរសព្ទទីភ្នាក់ងារ/FMO (ប្រសិនបើមាន)៖ (____) _____ - _____

កាលបរិច្ឆេទទទួលពាក្យសុំរបស់តំណាងផ្នែកលក់/ភ្នាក់ងារដែលមានការអនុញ្ញាត៖ ____ / ____ / ____
(MM / DD / YYYY)

(ពាក្យសុំត្រូវតែទទួលបាននៅ Wellcare ក្នុងរយៈពេល 1 ថ្ងៃប្រតិទិននៃកាលបរិច្ឆេទនេះ។)

ទីតាំងទទួលពាក្យសុំ៖ ☐ ការណាត់ជួប ☐ ព្រឹត្តិការណ៍លក់ ☐ ដើរចូលផ្ទាល់

☐ ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់)៖

ការដាក់ពាក្យសុំរបស់ឈ្មួញកណ្តាល៖ តំណាងផ្នែកលក់/ភ្នាក់ងារត្រូវតែធ្វើទូរសារវិសាលភាពនៃការតែងតាំង និងទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះទៅលេខ 1-844-222-3180។



ការបញ្ជាក់ពីសិទ្ធិទទួលបានសម្រាប់រយៈពេលចុះឈ្មោះ

ជាទូទៅ អ្នកអាចចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage បានតែក្នុងអំឡុងពេលនៃការចុះឈ្មោះប្រចាំឆ្នាំ ចាប់ពីថ្ងៃទី 15 តុលា ដល់ថ្ងៃទី 7 ធ្នូ នៃឆ្នាំនីមួយៗប៉ុណ្ណោះ។ មានការលើកលែងដែលអាចអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage ក្រៅពីរយៈពេលនេះ។ ប្រសិនបើនេះជាលើកទីមួយរបស់អ្នកក្នុងការប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare ហើយវាមានរយៈពេលលើសពី 90 ថ្ងៃដែលអ្នកមានអាយុ 65 ឆ្នាំ នោះ "I'm new to Medicare" (ខ្ញុំទើបតែប្រើប្រាស់ Medicare ថ្មីៗ)។ សម្រាប់ SEP នេះមិនអនុវត្តចំពោះអ្នកទេ ដូច្នេះសូមជ្រើសរើស SEP ដែលសមស្របនៅខាងក្រោម។

សូមអានសេចក្តីប្រកាសខាងក្រោមដោយប្រុងប្រយ័ត្ន ហើយគូសក្នុងប្រអប់ ប្រសិនបើសេចក្តីប្រកាសនេះអនុវត្តចំពោះអ្នក។ តាមរយៈការគូសផឹកប្រអប់ណាមួយខាងក្រោម អ្នកកំពុងបញ្ជាក់ថា តាមការយល់ដឹងរបស់អ្នក អ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់រយៈពេលនៃការចុះឈ្មោះ។ ប្រសិនបើយើងកំណត់នៅពេលក្រោយថា ព័ត៌មាននេះមិនត្រឹមត្រូវ អ្នកអាចនឹងត្រូវបានដកឈ្មោះ។

សូមអានសេចក្តីផ្តើមការណ៍ខាងក្រោមទាំងអស់ មុនពេលធ្វើការជ្រើសរើស។ សូមសរសេរកាលបរិច្ឆេទតាមទម្រង់ MM/DD/YYYY។

- ☐ ខ្ញុំទើបតែប្រើប្រាស់ Medicare ថ្មីៗ។
 - *សូមជ្រើសរើស តែក្នុងករណីដែលអ្នកជា 1។ ទើបតែមានសិទ្ធិទទួលបាន 2. អ្នកស្ថិតក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃមុនចូលអាយុ 65 ឆ្នាំ ឬអ្នកទើបតែចូលអាយុ 65 ឆ្នាំក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃចុងក្រោយនេះ។ 3. អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ថ្មី ឬ 4. ទើបតែមានសិទ្ធិទទួលបាន ប៉ុន្តែពីមុនធ្លាប់ទទួលបាន Medicare តាមរយៈពិការភាព។
 - *ប្រសិនបើការធានារ៉ាប់រងពីនិយោជករបស់អ្នកទើបតែផុតកំណត់ ហើយនេះគឺជាលើកទីមួយរបស់អ្នកក្នុងការប្រើប្រាស់ Medicare សូមជ្រើសរើស SEP "ខ្ញុំបានបោះបង់ការធានារ៉ាប់រងពីនិយោជក ឬសហជីពរបស់ខ្ញុំ" ខាងក្រោម។
- ☐ រយៈពេលចុះឈ្មោះប្រចាំឆ្នាំ (AEP) ថ្ងៃទី 15 តុលា ដល់ ថ្ងៃទី 7 ធ្នូ ជារៀងរាល់ឆ្នាំ។
- ☐ ខ្ញុំមានផ្នែក A (ការធានារ៉ាប់រងមន្ទីរពេទ្យ) រួចហើយ ហើយទើបតែបានចុះឈ្មោះសម្រាប់ផ្នែក B (ការធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រ) ជាលើកដំបូងនៅពេលនេះ។ ខ្ញុំចង់ចូលរួមជាមួយគម្រោង Medicare Advantage។
- ☐ ខ្ញុំត្រូវបានជូនដំណឹងអំពីការទទួលបាន Medicare បន្ទាប់ពីការធានារ៉ាប់រងផ្នែក A និង/ឬ ផ្នែក B របស់ខ្ញុំបានចាប់ផ្តើម។ ខ្ញុំត្រូវបានជូនដំណឹងនៅ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។ _____ / _____ / _____
- ☐ ខ្ញុំមាន Medicare តាំងពីមុនមក ប៉ុន្តែឥឡូវនេះខ្ញុំឈានចូលអាយុ 65 ឆ្នាំ។
- ☐ ខ្ញុំត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage ហើយចង់ធ្វើការផ្លាស់ប្តូរក្នុងអំឡុងពេលនៃការចុះឈ្មោះបើកចំហរបស់ Medicare Advantage (MA OEP)។
- ☐ ខ្ញុំបានផ្លាស់ប្តូរទៅអាសយដ្ឋានថ្មីដែលនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មនៃគម្រោងបច្ចុប្បន្នរបស់ខ្ញុំ ឬខ្ញុំទើបតែផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅ ហើយគម្រោងនេះគឺជាជម្រើសថ្មីសម្រាប់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំបានផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។ _____ / _____ / _____
- ☐ ខ្ញុំបានផ្លាស់ប្តូរមកសហរដ្ឋអាមេរិកវិញ បន្ទាប់ពីរស់នៅក្រៅប្រទេសនាថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។ _____ / _____ / _____
- ☐ ខ្ញុំត្រូវបានដោះលែងពីការឃុំឃាំង។ ខ្ញុំត្រូវបានដោះលែងនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។ _____ / _____ / _____
- ☐ ខ្ញុំទើបតែទទួលបានស្ថានភាពស្នាក់នៅស្របច្បាប់នៅសហរដ្ឋអាមេរិក។ ខ្ញុំទទួលបានស្ថានភាពនេះនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។ _____ / _____ / _____
- ☐ ខ្ញុំរស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង ដូចជាមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ ឬមន្ទីរពេទ្យស្តារនីតិសម្បទា។
 - *ចំណាំ៖ ព័ត៌មានអំពីកន្លែងថែទាំរយៈពេលវែងត្រូវតែបំពេញនៅលើទម្រង់បែបបទ។
- ☐ ខ្ញុំទើបតែផ្លាស់ចេញពីមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង ដូចជាមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ ឬមន្ទីរពេទ្យស្តារនីតិសម្បទា។
 - *ចំណាំ៖ ព័ត៌មានអំពីកន្លែងថែទាំរយៈពេលវែងត្រូវតែបំពេញនៅលើទម្រង់បែបបទ។
 - ខ្ញុំបានផ្លាស់ចេញពីមណ្ឌលនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។ _____ / _____ / _____



- ☐ ខ្ញុំបានបោះបង់ការធានារ៉ាប់រងពីនិយោជក ឬសហជីពរបស់ខ្ញុំ (រួមទាំងការធានារ៉ាប់រង COBRA) នៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។ _____ / ____ / ____
- ☐ ខ្ញុំបានបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងឱសថផ្សេងទៀតដែលមិនមែនជា Medicare ដែលល្អដូចការធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់ Medicare (ការធានារ៉ាប់រងដែលមានកម្រិតស្មើ) ឬការធានារ៉ាប់រងមិនមែន Medicare ផ្សេងទៀតរបស់ខ្ញុំបានផ្លាស់ប្តូរ ហើយលែងត្រូវបានចាត់ទុកថាមានកម្រិតស្មើទៀតហើយ។ ខ្ញុំបានបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។ _____ / ____ / ____
- ☐ គម្រោងបច្ចុប្បន្នរបស់ខ្ញុំនឹងមិនបន្តជាថ្មីសម្រាប់ឆ្នាំកិច្ចសន្យាខាងមុខនេះទេ
*ចំណាំ៖ SEP នេះមានសុពលភាពត្រឹមថ្ងៃទី 8 ធ្នូ ដល់ថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែកុម្ភៈប៉ុណ្ណោះ។
- ☐ ខ្ញុំបានបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំ ដោយសារតែ Medicare បានបញ្ចប់កិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំទទួលបានលិខិតពី Medicare ដែលបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំអាចចូលរួមជាមួយគម្រោងផ្សេងទៀត។ ការធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំបានបញ្ចប់នៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។ _____ / ____ / ____
- ☐ ខ្ញុំបានផ្តាច់ការធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងគម្រោង PACE (កម្មវិធីថែទាំគ្រប់ជ្រុងជ្រោយសម្រាប់មនុស្សចាស់)។ ខ្ញុំបានចាកចេញពីកម្មវិធីនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។ _____ / ____ / ____
- ☐ ខ្ញុំបានបាត់បង់គម្រោងតម្រូវការពិសេសរបស់ខ្ញុំ ដោយសារតែខ្ញុំលែងមានលក្ខណៈសម្បត្តិជាអ្នកមានតម្រូវការពិសេស ដែលចាំបាច់សម្រាប់គម្រោងនោះទៀតហើយ។ ខ្ញុំនឹង ឬត្រូវបានគេលុបឈ្មោះចេញពី SNP នៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។ _____ / ____ / ____
- ☐ ខ្ញុំចង់ចូលរួមជាមួយគម្រោងតម្រូវការពិសេស ដែលរៀបចំអត្ថប្រយោជន៍របស់វាឱ្យស្របទៅនឹងស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃរបស់ខ្ញុំ។
- ☐ ខ្ញុំត្រូវបានកំណត់ថាមិនមានសិទ្ធិសម្រាប់គម្រោង CSNP របស់ខ្ញុំ ហើយចង់ចុះឈ្មោះចូលគម្រោងផ្សេងទៀត។ ខ្ញុំត្រូវបានជូនដំណឹងនៅ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។ _____ / ____ / ____
- ☐ ខ្ញុំទើបតែមានការផ្លាស់ប្តូរ Medi-Cal របស់ខ្ញុំ (ទើបតែទទួលបាន Medi-Cal មានការផ្លាស់ប្តូរកម្រិត Medi-Cal ឬបាត់បង់ Medi-Cal) នៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។ _____ / ____ / ____
- ☐ ខ្ញុំទើបតែមានការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងជំនួយបន្ថែមរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ការបង់ថ្លៃឱសថ (ទើបតែទទួលបានជំនួយបន្ថែម មានការផ្លាស់ប្តូរកម្រិតជំនួយបន្ថែម ឬបាត់បង់ជំនួយបន្ថែម) នៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។ _____ / ____ / ____
- ☐ ខ្ញុំត្រូវបានចុះឈ្មោះចូលក្នុងគម្រោងដោយ Medicare (ឬរដ្ឋរបស់ខ្ញុំ) ហើយខ្ញុំចង់ជ្រើសរើសគម្រោងផ្សេង។ ការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងគម្រោងនោះបានចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។ _____ / ____ / ____
- ☐ ខ្ញុំស្ថិតក្នុងកម្មវិធីជំនួយឱសថរដ្ឋ។ រដ្ឋខាងក្រោមនេះមាន SPAP ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់៖ Delaware, Indiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Jersey, New Mexico, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Texas, Vermont, Wisconsin។
- ☐ ខ្ញុំកំពុងបាត់បង់ជំនួយពីកម្មវិធីជំនួយឱសថរដ្ឋ។ ខ្ញុំបានបាត់បង់ជំនួយនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។ _____ / ____ / ____
- ☐ ខ្ញុំ ឬអ្នកដែលខ្ញុំពឹងផ្អែកដើម្បីជួយធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាព ទទួលបានផលប៉ះពាល់ដោយសារភាពអាសន្ន ឬគ្រោះមហន្តរាយធំ (ដូចដែលបានប្រកាសដោយទីភ្នាក់ងារគ្រប់គ្រងភាពអាសន្នសហព័ន្ធ ឬដោយរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធរដ្ឋាភិបាលរដ្ឋ ឬរដ្ឋាភិបាលមូលដ្ឋានរបស់ខ្ញុំ)។ សេចក្តីថ្លែងការណ៍មួយផ្សេងទៀតនៅលើទំព័រនេះអនុវត្តចំពោះខ្ញុំ ប៉ុន្តែខ្ញុំមិនអាចធ្វើការស្នើសុំបានទេ ដោយសារតែគ្រោះមហន្តរាយនោះ។ សេចក្តីថ្លែងការណ៍មួយផ្សេងទៀតនៅលើទំព័រនេះអនុវត្តចំពោះខ្ញុំ ប៉ុន្តែខ្ញុំមិនអាចធ្វើការស្នើសុំបានទេ ដោយសារតែគ្រោះមហន្តរាយនោះ។ ខ្ញុំបានខកខានរយៈពេលចុះឈ្មោះសម្រាប់៖ _____



- ☐ ខ្ញុំកំពុងចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare លំដាប់ផ្កាយ 5។
- ☐ ខ្ញុំនៅក្នុងគម្រោងដែលមានចំណាត់ថ្នាក់ផ្កាយតិចជាង 3 ផ្កាយក្នុងរយៈពេល 3 ឆ្នាំចុងក្រោយនេះ។ ខ្ញុំចង់ចូលរួមជាមួយគម្រោងដែលមានចំណាត់ថ្នាក់ផ្កាយ 3 ឬខ្ពស់ជាងនេះ។
- ☐ ខ្ញុំស្ថិតក្នុងគម្រោងដែលទើបតែត្រូវបានរដ្ឋគ្រប់គ្រង ដោយសារបញ្ហាហិរញ្ញវត្ថុ (ការគ្រប់គ្រងទ្រព្យសម្បត្តិ)។ ខ្ញុំចង់ប្តូរទៅគម្រោងផ្សេង។
- ☐ ខ្ញុំបានស្នើសុំឯកសារក្នុងទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ប៉ុន្តែមិនបានទទួលវាទាន់ពេលវេលា។ ខ្ញុំចង់ចុះឈ្មោះនៅពេលនេះ ដោយសារខ្ញុំមានពេលដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តចុះឈ្មោះ។
 ទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បានដែលខ្ញុំបានស្នើសុំពីមុនគឺ៖ _____
 *ចំណាំ៖ ទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បានរួមមានជាអាទិ៍ អក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ស៊ីឌីទិន្នន័យ អក្សរពុម្ពធំ
- ☐ ខ្ញុំបង់បុព្វលាភសម្រាប់ផ្នែក A ហើយខ្ញុំបានចុះឈ្មោះសម្រាប់ផ្នែក B ក្នុងអំឡុងពេលនៃការចុះឈ្មោះទូទៅ (ថ្ងៃទី 1 មករា ដល់ថ្ងៃទី 31 មីនា ជារៀងរាល់ឆ្នាំ)។ ខ្ញុំចង់ចូលរួមជាមួយគម្រោងឱសថ Medicare (ផ្នែក D) ឬគម្រោង Medicare Advantage ដែលមានការធានារ៉ាប់រងឱសថ។
 *ប្រសិនបើអ្នកបង់បុព្វលាភសម្រាប់ផ្នែក A និងចុះឈ្មោះសម្រាប់ផ្នែក B ក្នុងអំឡុងពេលនៃការចុះឈ្មោះទូទៅ អ្នកនឹងមានពេល 2 ខែបន្ទាប់ពីការចុះឈ្មោះសម្រាប់ផ្នែក B ដើម្បីចូលរួមគម្រោងមួយ។
 ខ្ញុំបានចុះឈ្មោះនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។ _____ / _____ / _____
- ☐ ខ្ញុំបានចុះឈ្មោះសម្រាប់ផ្នែក A (ការធានារ៉ាប់រងមន្ទីរពេទ្យ) ឬផ្នែក B (ការធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រ) ក្នុងអំឡុងពេលនៃការចុះឈ្មោះពិសេស ដែលខ្ញុំមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដោយសារតែកាលៈទេសៈពិសេស។ ខ្ញុំបានចុះឈ្មោះនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។ _____ / _____ / _____
- ☐ ខ្ញុំមាន Medicare ហើយទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ពេញលេញ។ ខ្ញុំចង់ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងតម្រូវការពិសេស ដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទ្រង់រួមបញ្ចូលគ្នាពេញលេញ (FIDE SNP) គម្រោងតម្រូវការពិសេសដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទ្រង់រួមបញ្ចូលគ្នាម្ចាស់ (HIDE SNP) ឬគម្រោងរួមបញ្ចូលគ្នាដែលអាចអនុវត្តបាន (AIP)។
- ☐ ខ្ញុំមានការធានារ៉ាប់រងឱសថ Medicare (ផ្នែក D) តាមរយៈគម្រោង Medicare Advantage។ ខ្ញុំចង់ចូលរួមជាមួយគម្រោងសុខភាព Medicare ផ្សេងដែលមិនផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងឱសថ ដើម្បីខ្ញុំអាចប្តូរទៅប្រើការធានារ៉ាប់រងឱសថដែលអាចជឿទុកចិត្តបានដែលមិនមែនជា Medicare។ *ចំណាំ៖ MA ប៉ុណ្ណោះ

ប្រសិនបើគ្មានសេចក្តីថ្លែងការណ៍ណាមួយខាងលើនេះអនុវត្តចំពោះអ្នក ឬអ្នកមិនប្រាកដទេ សូមទាក់ទងមកកាន់ Wellcare តាមលេខ 1-844-480-0680 (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទៅលេខ 711) ដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើអ្នកមានសិទ្ធិចុះឈ្មោះដែរឬទេ។ យើងបើកបម្រើការចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 15 ខែធ្នូ ដោយអ្នកតំណាងរង់ចាំបម្រើសេវាពីថ្ងៃអាទិត្យ ដល់ថ្ងៃសៅរ៍ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ ចាប់ពីថ្ងៃទី 16 ខែធ្នូ ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងរបស់យើងបម្រើការពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសៅរ៍ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។

អ្នកត្រូវតែបន្តបង់បុព្វលាភ Medicare ផ្នែក B របស់អ្នក។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ សម្រាប់អ្នកទទួលបានផលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទ្រង់រួមពេញលេញ រដ្ឋនឹងរ៉ាប់រងលើបុព្វលាភផ្នែក B របស់អ្នក ដរាបណាអ្នកនៅតែរក្សាបាននូវសិទ្ធិទទួលបាន Medicaid របស់អ្នក។



