



VNS Health 富康醫療 EasyCare Plus (HMO D-SNP) 和 VNS Health 富康醫療 EasyCare (HMO) 參保申請表

此表格適用於哪些人士？

適用於享有紅藍卡 (Medicare) 且想加入 Medicare Advantage 計劃的人士

若要加入一項計劃，您必須：

- 是美國公民或在美國合法居住
- 住在計劃的服務區域內

重要提示：若要加入 Medicare Advantage 計劃，您必須同時擁有：

- 紅藍卡 A 部分 (住院保險)
- 紅藍卡 B 部分 (醫療保險)

我需要在何時使用此表格？

您可以在以下期間或情況下加入一項計劃：

- 每年 10 月 15 日 - 12 月 7 日期間 (保險生效時間為次年 1 月 1 日)
- 首次參保紅藍卡的 3 個月內
- 在某些允許您加入或變更計劃的情況下

請瀏覽 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)，進一步瞭解您何時可以註冊加入一項計劃。

我需要為填寫此表格準備什麼？

- 您的紅藍卡號碼 (您的紅白藍 Medicare 卡上的號碼)
- 您的永久居住地址、電話號碼和電子信箱

註：您必須填寫第 1 部分的所有內容。
第 2 部分的專案是選填內容 — 我們不會因您沒有填寫這些內容而拒絕對您承保。

提醒：

- 如果您想要在秋季開放參保期 (10 月 15 日 - 12 月 7 日) 加入一項計劃，則該計劃必須在 12 月 7 日之前收到您填妥的表格。
- 您的計劃將向您發出該計劃保費的賬單。您可以選擇從銀行帳戶，或每月的社會安全局 (或鐵路職工退休委員會) 福利金中扣繳保費。

接下來會如何進展？

將填妥並已簽名的申請表郵寄至：

VNS Health
Health Plans - MEU
220 East 42nd Street
New York, NY 10017

一旦處理完您的加入申請，他們就會與您聯絡。

如何獲取填寫此表格的幫助？

請致電 1-866-783-1444 (TTY: 711) 聯絡 VNS Health 富康醫療紅藍卡計劃 (Medicare)。

或者，致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡紅藍卡。

TTY 使用者可以致電 1-877-486-2048。

En español: Llame a VNS Health Medicare al 1-866-783-1444 (TTY: 711) o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

無家可歸者

- 如果您想加入某項計劃但沒有永久住所，則郵政信箱、收容所或診所地址，或您接收郵件 (例如，社會保險支票) 的地址可作為您的永久居住地址。

根據 1995 年的「文書削減法案」(Paperwork Reduction Act)，任何人皆無須對資訊收集作出回應，除非其顯示了有效的 OMB 控制號碼。此資訊收集的有效 OMB 控制號碼為 0938-1378。每次完成此資訊收集預計平均需要 20 分鐘，包括瀏覽說明，搜尋現有資料資源，收集所需資料，以及完成並檢查該資訊收集的時間。若您對於該預估時間的準確性有任何意見，或有改善此表格的建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn:PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

重要提示

請勿將此表格或帶有您個人資訊的任何內容 (如賠付要求、付款、醫療記錄等) 寄送至 PRA Reports Clearance Office。我們收到的任何內容，如果與改進此表格或收集資訊 (如 OMB 0938-1378 中所述) 無關，都將被銷毀。我們不會保留、審查此類無關內容或將其轉寄至計劃。請參見此頁面中的「接下來會如何進展？」，將填妥的表格郵寄至計劃。

第1部分 - 本頁面上的所有欄位均為必填內容 (除非標記為選填)

☐ **VNS Health 富康醫療 EasyCare (HMO)** ☐ **VNS Health 富康醫療 EasyCare Plus (HMO D-SNP)**
(每月 \$25* 保費) (每月 \$0* 保費)

*取決於您的 LIS 等級

*取決於您的白卡 (Medicaid) 資格水準。

名字： 姓氏： [選填：中間名縮寫]：

出生日期 (月/日/年)： (/ /)	性別： ☐ 男性 ☐ 女性	電話號碼： () ☐ 住宅 ☐ 手機	備用電話號碼： ()
--------------------------	--	---	----------------

永久居住街道地址 (請勿填寫郵政信箱。註：對於無家可歸的個人，郵政信箱可能被視為您的永久居住地址。):

城市： [選填：縣]： 州： 郵遞區號：

郵寄地址 (如果與您的永久地址不同則填寫，可以使用郵政信箱)：

街道地址： 城市： 州： 郵遞區號：

您是否希望透過電子郵件溝通計劃事宜？ ☐ 是 (如選擇此項，需提供電子信箱) ☐ 否

電子信箱：

您的紅藍卡資訊：

紅藍卡號碼： _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _

請回答以下重要問題：

1.除了 VNS Health 富康醫療紅藍卡計劃 (Medicare) 之外，是否擁有其他處方藥保險 (例如，VA、TRICARE)？ ☐ 是 ☐ 否

其他保險的名稱： 此保險的 ID 號： 此保險的組號

以下問題與參保 VNS Health 富康醫療 EasyCare Plus 有關。

2.您是否居住在長期護理機構，例如療養院？ ☐ 是 ☐ 否

如果「是」，請提供以下資訊：

機構名稱： _____

機構的地址和電話號碼 (門牌號碼和街道)： _____

3.您是否加入了您所在州的白卡計劃？ ☐ 是 ☐ 否

若選擇「是」，請提供您的白卡號碼： _____

重要提示：閱讀並簽署以下內容：

- 我必須保留住院保險（A 部分）和醫療保險（B 部分）才能繼續參保 VNS Health 富康醫療紅藍卡計劃 (Medicare)。
- 加入此 Medicare Advantage 計劃，即表示我已知悉 VNS Health 富康醫療紅藍卡計劃 (Medicare) 將與紅藍卡分享我的資訊，紅藍卡可能會使用這些資訊來追蹤我的參保、付款以及用於授權收集這些資訊的聯邦法律允許的其他目的（請參見下文的隱私法聲明）。您本表格的回答屬自願性質。但是，如果沒有回答，則可能會影響參保該計劃。
- 我理解，我一次僅可參保一項 Medicare Advantage (MA) 計劃，並且參保此計劃將自動終止我參保另一個 MA 計劃或 D 部分計劃的資格（MA PFFS 計劃和 MA MSA 計劃除外）。
- 我瞭解，當我的 VNS Health 富康醫療紅藍卡計劃 (Medicare) 保險生效後，我所有的醫療和處方藥福利皆須自 VNS Health 富康醫療紅藍卡計劃 (Medicare) 取得。由 VNS Health 富康醫療紅藍卡計劃 (Medicare) 提供並包含在我的 VNS Health 富康醫療紅藍卡計劃 (Medicare) 的「承保範圍說明書」文件（亦稱為會員合約或保戶協議）中的福利和服務皆在承保範圍內。紅藍卡 (Medicare) 和 VNS Health 富康醫療紅藍卡計劃 (Medicare) 均不對不承保的福利或服務付費。
- 就我所知，本參保表上的資訊正確無誤。我瞭解，若我故意在此表上提供虛假資訊，我將被計劃退保。
- 我瞭解，我（或根據法律獲授權代表我的人）在此申請表上簽名即表示我已經閱讀並理解此申請表的內容。如由授權代表簽署（如上所述），此簽名確認：
 - 1) 此人經過州法律授權，可代為填寫本參保表，且
 - 2) 在紅藍卡要求時可提供相關證明文件。

對於擁有紅藍卡和白卡的個人：

- 我瞭解，我必須在擁有白卡的情況下才有資格參保 VNS Health 富康醫療 EasyCare Plus。
- 我瞭解，在一年的前九個月中，我每個季度擁有一次參保或退保機會。

自動通訊同意

- ☐ 我同意 VNS Health 富康醫療可以透過我提供的電話號碼和電子郵件地址與我聯絡。他們可以使用自動或人工語音電話、簡訊和電子郵件來討論我的醫療保健、服務、預約、帳單和計劃相關事宜。他們也可以向我發送有關 VNS Health 富康醫療產品和服務的行銷訊息。

我瞭解，根據我的手機套餐，可能會收取標準簡訊和數據費用。我無需同意接收簡訊或電子郵件即可參保或獲得護理。我可以隨時按照訊息中的指示停止接收簡訊或電子郵件。

簽名：

今日日期：

若您是授權代表，請在上方簽名並填寫以下內容：

姓名：

地址：

電話號碼：()

與參保人的關係：

第2部分 - 本頁面上的所有欄位均為選填內容

您可以選擇性地回答以下問題。即便您選擇不填寫，也不會被拒絕承保。

您是西班牙裔、拉美裔或擁有西班牙血統嗎？勾選所有適用項。

- | | |
|--|--|
| ☐ 否，不是西班牙裔、拉丁裔或者沒有西班牙血統 | ☐ 是，墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾人 |
| ☐ 是，波多黎各人 | ☐ 是，古巴人 |
| ☐ 是，其他西班牙裔、拉丁裔或者具有西班牙血統 | ☐ 我選擇不回答 |

您屬於哪個種族？勾選所有適用項。

- | | | |
|-------------------------------|----------------------------------|---|
| 亞裔： | 夏威夷原住民和太平洋島民： | ☐ 美國印第安人或阿拉斯加原住民 |
| ☐ 印度裔 | ☐ 韓國人 | ☐ 黑人或非裔美籍 |
| ☐ 華裔 | ☐ 越南裔 | ☐ 白人 |
| ☐ 菲律賓人 | ☐ 其他亞洲人 | ☐ 我選擇不回答 |
| ☐ 日本人 | ☐ 薩摩亞人 | |
| | ☐ 其他太平洋島民 | |

如果您希望我們在向您發送資訊時使用除英語之外的其他語言，請選擇一種。 ☐ 西班牙語 ☐ 中文

如果您希望我們用無障礙格式向您寄送資訊，請選擇一項。

- ☐ 點字 ☐ 大字體 ☐ 音頻 CD ☐ 數據 CD

如果您需要除了以上格式之外的其他無障礙格式的資訊，請致電 1-866-783-1444 (TTY: 711) 聯絡 VNS Health 富康醫療紅藍卡計劃 (Medicare)。我們的服務時間為每週7天，上午8點至晚上8點（10月至3月），工作日，上午8點至晚上8點（4月至9月）。

您是否工作？ ☐ 是 ☐ 否

您的配偶是否工作？ ☐ 是 ☐ 否

請列出您的主治醫生 (PCP)、診所或健康中心：

主治醫生 (PCP) 姓名：_____ PCP ID 號碼：_____

我想透過電子郵件獲得投訴（申訴）通知、上訴決定、轉診通知、服務授權通知和決定。

- ☐ 是 ☐ 否

電子郵件地址：_____

支付計劃保費

您可以每月透過郵寄來支付您的每月計劃保費（包含您目前應付或可能積欠的所有逾期參保罰金）。您也可以選擇每月透過社會安全局或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利金自動扣繳保費。

請選擇一項保費付款方式：

☐ 收取帳單 ☐ 每月自動從您的社會保障局或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利金支票扣繳。

我透過以下來源獲得每月福利：☐ 社會安全局 ☐ RRB

如您需支付 D 部份按收入每月調整保費（D 部份 IRMAA），除了計劃保費，您還必須繳納這筆額外的金額。請勿向 VNS Health 富康醫療紅藍卡計劃 (Medicare) 支付 D 部分 - IRMAA。

僅適用於幫助參保者填寫此表格的個人

如果您是協助登記者填寫此表格的個人（即代理人、經紀人、SHIP 顧問、家庭成員或其他第三方），請填寫此部分。

姓名：_____ 與參保人的關係：_____

簽名：_____ 國家生產商編號（僅限代理人/經紀人）：_____

隱私法聲明

紅藍卡 (Medicare) 和白卡 (Medicaid) 服務中心 (CMS) 從紅藍卡計劃收集資訊，以追蹤 Medicare Advantage (MA) 計劃中的受益人參保，改善護理並支付紅藍卡福利。《社會保障法》第 1851 條以及 42 CFR §§ 第 422.50 條和第 422.60 條均授權收集此類資訊。CMS 可以按照記錄系統 (SORN) 「Medicare Advantage 處方藥 (MARx)」(系統編號 09-70-0588) 中的規定使用、披露和交換來自紅藍卡受益人的參保資料。您本表格的回答屬自願性質。但是，如果沒有回答，則可能會影響參保該計劃。

僅限辦公使用：

追蹤代碼：_____

工作人員/代理人/經紀人姓名（若協助投保）：_____

代理人簽名：_____

MGA：_____ 代理人編號：_____ 計劃 ID 號：_____

辦事處收到的日期：_____ 接收人（姓名縮寫）：_____ 填寫人（姓名縮寫）：_____

保險生效日期：_____

ICEP/IEP：_____ OEP：_____ AEP：_____ SEP（類型）：_____ 不符合資格：_____

參保期資格證明

通常，您只能在每年 10 月 15 日到 12 月 7 日的年度參保期內參保 **Medicare Advantage** 計劃。在例外情況下您可以在此期間之外加入 **Medicare Advantage** 計劃。

請仔細閱讀以下陳述，如果陳述符合您的情況，請勾選方塊。勾選下列任一方塊即表示，據您所知的範圍內，您符合參保期的資格。如果我們之後確定這些資訊錯誤，可能會將您退保。

- ☐ 我是紅藍卡的新會員。
- ☐ 我加入了 **Medicare Advantage** 計劃，想要在 **Medicare Advantage** 開放投保期 (MA OEP) 內進行變更。
- ☐ 我最近搬離我現有計劃的服務區域，或者我剛搬家並且有新的選擇。我搬遷的日期是（填入日期）_____。
- ☐ 我最近剛出獄。我出獄的時間是（插入日期）_____。
- ☐ 我最近剛從美國境外的永久居住地回到美國。我回到美國的時間是（插入日期）_____。
- ☐ 我最近剛獲得美國的合法居留身份。我獲得這種身份的時間是（插入日期）_____。
- ☐ 我最近在（插入日期）_____變更了我的白卡（剛剛獲得了白卡、變更了白卡援助水準或失去了白卡）。
- ☐ 我最近在（插入日期）_____變更了支付紅藍卡處方藥保險的額外補助（剛剛獲得了額外補助、變更了額外補助水準或失去了額外補助）。
- ☐ 我擁有紅藍卡並享受全額白卡福利。我想加入或轉換到一個協調我的紅藍卡和白卡管理式護理計劃（稱為綜合雙重資格特殊需求計劃 (D-SNP)）的計劃。
- ☐ 我正在搬入、正居住在或最近搬出了長期護理機構（例如療養院或長期護理機構）。我（將）搬入/搬出該機構的日期是（填入日期）_____。
- ☐ 我最近在（插入日期）_____退出了 PACE 計劃。
- ☐ 我最近在非自願的情況下失去了可信賴的處方藥保險（與紅藍卡一樣好的保險）。我失去處方藥保險的日期是（填入日期）_____。
- ☐ 我將在（插入日期）_____退出雇主或工會保險。
- ☐ 我參加了符合資格的州醫藥補助計劃，或者我正在失去州醫藥補助計劃的幫助。
- ☐ 我的計劃正在終止與紅藍卡的合約，或者紅藍卡正在終止與我的計劃的合約。
- ☐ 我加入了紅藍卡（或我所在州）的計劃，我想選擇其他計劃。我參保該計劃的生效日期是（填入日期）_____。
- ☐ 我加入了特殊需求計劃 (SNP)，但我失去了加入此計劃所需的特殊需求資格。我被 SNP 退保的日期是（填入日期）_____。
- ☐ 我曾受到緊急狀況或重大災害（由聯邦緊急事務管理局 (FEMA) 或聯邦、州或地方政府實體發佈）的影響。本文有其他描述符合我的情況，但由於災害，我無法作出註冊申請。

如上述陳述均不符合您的情況或您無法確定，請撥打 1-866-414-6715 (TTY: 711) 聯絡 VNS Health 富康醫療紅藍卡計劃 (Medicare)，詢問您是否滿足參保條件。我們的服務時間為：每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點（10 月至 3 月）；週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點（4 月至 9 月）。