

MẪU ĐƠN ĐĂNG KÝ GHI DANH CHƯƠNG TRÌNH CHUYỂN ĐỔI MỚI ĐỦ ĐIỀU KIỆN CHO NGƯỜI CÓ THU NHẬP HẠN CHẾ (LI NET)

Chương trình Chuyển đổi Mới Đủ điều kiện cho Người có Thu nhập Hạn chế (LI NET) là gì?

LI NET là một chương trình Medicare cung cấp bảo hiểm thuốc theo toa tạm thời cho những người có Medicare đủ điều kiện nhận trợ cấp cho người có thu nhập thấp (LIS, Low-Income Subsidy) hoặc “Trợ giúp Bổ sung (Extra Help)” và không có bảo hiểm thuốc theo toa.

Điền vào mẫu đơn này để đăng ký tham gia chương trình này

- Hoàn thành Phần 1 và gửi kèm một trong các tài liệu từ danh sách tài liệu hỗ trợ được chấp nhận.
- Gửi thông tin qua đường bưu điện đến <LI NET sponsor address>, gửi fax đến <LI NET sponsor fax number> hoặc gửi email đến <LI NET sponsor email address>.

Khi nào tôi nên sử dụng mẫu đơn đăng ký này?

Sử dụng biểu mẫu này nếu quý vị chưa ghi danh bằng bất cứ cách nào sau đây:

- Trung tâm Dịch vụ Medicare và Medicaid (CMS) ghi danh tự động
- Ghi danh điểm bán hàng tại nhà thuốc
- Yêu cầu bồi hoàn trực tiếp cho các loại thuốc theo toa mà quý vị đã tự chi trả

Tôi cần làm những gì để hoàn thành mẫu đơn này?

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

Điều gì xảy ra tiếp theo?

Sau khi chúng tôi xử lý đơn ghi danh của quý vị, quý vị sẽ nhận được thư chào mừng kèm theo thông tin và hướng dẫn.

Để được trợ giúp về mẫu đơn này

Vui lòng gọi đến bộ phận trợ giúp của LI NET theo số <LI NET sponsor phone number>. Người dùng TTY có thể gọi <phone number/TTY>.

Truy cập <LI NET sponsor phone number>.

Hoặc gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

En español: Llame a <LI NET sponsor name> al <phone number/TTY> o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Nếu quý vị đang vô gia cư

- *Nếu quý vị muốn được tham gia chương trình LINET nhưng không có nơi thường trú, quý vị có thể liệt kê Hộp thư Bưu điện, địa chỉ của nơi tạm trú hoặc phòng khám hoặc địa chỉ nơi quý vị nhận thư (chẳng hạn như séc An sinh xã hội của quý vị) làm địa chỉ thường trú của quý vị.

Tuyên bố Tiết lộ Thông tin PRA

Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) thu thập thông tin từ các nhà tài trợ Medicare để theo dõi việc ghi danh của người thụ hưởng, cải thiện dịch vụ chăm sóc, và thanh toán các quyền lợi Medicare. Mục 1860D-1 của Đạo luật An sinh Xã hội và 42 CFR §§ 423.30 và 423.32 cho phép thu thập thông tin này. CMS có thể sử dụng, tiết lộ và trao đổi dữ liệu ghi danh từ những người thụ hưởng Medicare như được quy định trong Hệ thống Thông báo Hồ sơ (SORN, System of Records Notice) “Thuốc theo toa của Medicare Advantage (MARx)”, Hệ thống số 09-70-0588. Câu trả lời của quý vị trong mẫu đơn này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc quý vị không trả lời có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình. Theo Đạo luật Quyền riêng tư năm 1974, mọi thông tin nhận dạng cá nhân thu được sẽ được bảo mật trong phạm vi pháp luật.

Theo Đạo Luật Giảm Thiểu Công Việc Giấy Tờ (PRA) 1995, không người nào bị bắt buộc phải đáp ứng với việc thu thập thông tin trừ khi có cho thấy số hồ sơ kiểm sát OMB còn hiệu lực. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho việc thu thập thông tin này là 0938-1441. Thời gian cần để hoàn tất việc thu thập thông tin này được ước lượng trung bình là 15 phút cho mỗi câu trả lời, bao gồm thời gian xem xét các chỉ dẫn, truy tìm các nguồn tài nguyên dữ liệu hiện có, thu thập các dữ liệu cần thiết, và hoàn tất và duyệt qua việc thu thập thông tin. Nếu quý vị có các góp ý liên quan tới sự chính xác của (các) ước lượng về thời gian hoặc các đề nghị cải thiện cho mẫu đơn này, xin viết gửi cho: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Vui lòng không gửi đơn đăng ký, yêu cầu thanh toán, khoản thanh toán, hồ sơ y tế hoặc bất kỳ tài liệu nào có chứa thông tin nhạy cảm đến Văn phòng Giải quyết Báo cáo (Reports Clearance Office) PRA. Xin lưu ý rằng bất kỳ thư từ nào không liên quan đến gánh nặng thu thập thông tin được phê duyệt theo số kiểm soát OMB liên quan được liệt kê trong mẫu đơn này sẽ không được xem xét, chuyển tiếp hoặc lưu giữ. Nếu quý vị có thắc mắc hoặc quan ngại về nơi gửi tài liệu của quý vị, vui lòng xem phần “Để được trợ giúp về mẫu đơn này” trên trang này để gửi mẫu đơn đã điền của quý vị đến nhà tài trợ LI NET.

Phần 1

Tên: _____				Họ: _____				Tên đệm (không bắt buộc): _____			
Ngày sinh: (MM/DD/YYYY) (/ /)				Gới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ				Số điện thoại: ()			
Địa chỉ tên đường Thường trú (Không điền thông tin Hộp thư Bưu điện (P.O. Box.) Lưu ý: Đối với những cá nhân đang vô gia cư, Hộp thư Bưu điện này có thể được coi là địa chỉ thường trú của quý vị.):											
Thành phố:				Quận (không bắt buộc):				Tiểu bang:		Mã ZIP:	
Địa chỉ gửi thư, nếu khác với địa chỉ thường trú của quý vị (Hộp Thư Bưu điện cho phép):											
Địa chỉ tên đường:											
Thành phố:						Tiểu bang:		Mã ZIP:			
Thông tin Medicare của quý vị:											
Số Medicare: - - - - - - - - - -											
Thông tin được gửi bởi: <input type="checkbox"/> Chính quý vị <input type="checkbox"/> Người chăm sóc/Người Bệnh Vực Cho Bệnh Nhân <input type="checkbox"/> Khác											
Tên (nếu không phải là người tham gia Medicare):											
Số điện thoại: ()											
QUAN TRỌNG: Vui lòng đọc và ký tên bên dưới											
<ul style="list-style-type: none">Tôi phải giữ Bệnh viện (Phần A) hoặc Y tế (Phần B) để được tham gia chương trình LI NET.Bằng cách tham gia chương trình LI NET, tôi xác nhận rằng LI NET sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare, họ có thể sử dụng thông tin đó để theo dõi việc ghi danh của tôi, để thực hiện thanh toán, và cho các mục đích khác được luật Liên bang cho phép để thu thập các thông tin này (xem Tuyên bố Tiết lộ Thông tin PRA ở trên). Quý vị không bắt buộc phải trả lời mẫu này. Tuy nhiên, việc không trả lời có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh tham gia chương trình.Thông tin trên mẫu ghi danh này là chính xác, theo hiểu biết tốt nhất của tôi.Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người được ủy quyền hợp pháp đại diện cho tôi) trên mẫu ghi danh này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu nội dung của mẫu ghi danh này. Nếu có chữ ký của người đại diện được ủy quyền (như nêu trên), chữ ký này xác nhận rằng:<ol style="list-style-type: none">Người này được ủy quyền theo luật Tiểu bang để hoàn thành việc ghi danh này, vàTài liệu về việc ủy quyền được cung cấp theo yêu cầu của Medicare.											
Chữ ký:						Ngày hôm nay:					
Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, hãy ký tên ở trên và điền vào các trường sau:											
Tên:						Địa chỉ:					
Số điện thoại:						Quan hệ với người ghi danh:					

Quý vị có tùy chọn cung cấp một trong những tài liệu này cùng với đơn đăng ký của quý vị để hỗ trợ việc xác minh khả năng hội đủ điều kiện. Tài liệu này có thể bao gồm:

- (A) Bản sao thẻ Medicaid của quý vị
- (B) Bản sao thư từ Cơ quan Quản lý An sinh Xã hội hoặc Tiểu bang cho biết tình trạng trợ cấp cho người có thu nhập thấp (LIS) hoặc “Trợ giúp Bổ sung (Extra Help)” của quý vị
- (C) Ngày quý vị gọi cho cơ quan Medicaid tại Tiểu bang của quý vị để xác minh bảo hiểm Medicaid của quý vị, tên và số điện thoại của nhân viên Tiểu bang đã xác minh thời hạn Medicaid, và ngày quý vị hội đủ điều kiện Medicaid được xác nhận trong cuộc gọi
- (D) Bản sao tài liệu từ Tiểu bang của quý vị xác nhận trạng thái hoạt động Medicaid của quý vị
- (E) Bản in màn hình từ hệ thống Medicaid của Tiểu bang cho biết trạng thái Medicaid của quý vị
- (F) Bảng chứng từ nhà thuốc cho thấy họ đã lập hóa đơn cho Medicaid và Medicaid đã thanh toán cho nhà thuốc đó
- (G) Tài liệu về việc đăng ký các quyền lợi khác như Thu nhập An sinh Bổ sung (SSI)

Phần 2 (Không bắt buộc)

Việc trả lời những câu hỏi này là tùy lựa chọn của quý vị. Quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm vì quý vị không điền các trường này.

Quý vị có phải là người gốc Văn hóa Tây Ban Nha, gốc La-tinh hay gốc Tây Ban Nha không? Chọn tất cả các câu trả lời phù hợp.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Không, không phải người gốc Văn hóa Tây Ban Nha, gốc La-tinh hay gốc Tây Ban Nha | <input type="checkbox"/> Có, Người Mexico, Mỹ gốc Mexico, Chicano |
| <input type="checkbox"/> Có, Người Puerto Rico | <input type="checkbox"/> Có, Người Cuban |
| <input type="checkbox"/> Có, gốc Văn hóa Tây Ban Nha, gốc La-tinh hay gốc Tây Ban Nha khác | |
| <input type="checkbox"/> Tôi chọn không trả lời. | |

Chủng tộc của quý vị là gì? Chọn tất cả các câu trả lời phù hợp.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Thổ dân Mỹ Da đỏ hoặc Alaska Bản địa | <input type="checkbox"/> Người Da đen hoặc Mỹ gốc Phi |
| Người Châu Á: | Người Hawaii Bản địa hoặc Gốc đảo Thái Bình Dương: |
| <input type="checkbox"/> Người Ấn độ gốc Á | <input type="checkbox"/> Người Guam hoặc Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Người Trung Quốc | <input type="checkbox"/> Người Hawaii Bản địa |
| <input type="checkbox"/> Người Philippines | <input type="checkbox"/> Người Samoa |
| <input type="checkbox"/> Người Nhật Bản | <input type="checkbox"/> Người Gốc đảo Thái Bình Dương khác |
| <input type="checkbox"/> Người Hàn Quốc | <input type="checkbox"/> Người Da trắng |
| <input type="checkbox"/> Người Việt Nam | <input type="checkbox"/> Tôi chọn không trả lời. |
| <input type="checkbox"/> Người Châu Á khác | |

Giới tính của quý vị là gì? Lựa chọn một phương án.

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nữ | <input type="checkbox"/> Tôi sử dụng một thuật ngữ khác: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nam | <input type="checkbox"/> Tôi không muốn trả lời. |
| <input type="checkbox"/> Phi nhị giới | |

Điều nào sau đây thể hiện đúng nhất cách quý vị nghĩ về bản thân? Lựa chọn một phương án.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Đồng tính nữ hoặc đồng tính nam | <input type="checkbox"/> Tôi sử dụng một thuật ngữ khác: _____ |
| <input type="checkbox"/> Thăng, không phải đồng tính nam hay đồng tính nữ | <input type="checkbox"/> Tôi không biết. |
| <input type="checkbox"/> Lưỡng tính | <input type="checkbox"/> Tôi không muốn trả lời. |

Chọn ngôn ngữ bên dưới nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin cho quý vị bằng ngôn ngữ khác tiếng Anh.

- [LI NET sponsor to insert the languages required in its service area.]*

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

- Chữ nổi Braille Bản in chữ lớn CD âm thanh CD dữ liệu

Vui lòng liên hệ với <LI NET sponsor name> theo số <LI NET sponsor phone number> nếu quý vị cần thông tin dưới định dạng dễ tiếp cận khác với những định dạng được liệt kê ở trên. Giờ làm việc của chúng tôi là <LI NET sponsor's days and hours of operation>. Người dùng TTY có thể gọi <TTY number>.

Tôi muốn nhận các tài liệu sau qua email. Chọn một hoặc nhiều tài liệu.

[LI NET sponsor may list those types or categories of materials that are available for electronic delivery]

Địa chỉ e-mail: