

# Phụ lục 1: MẪU YÊU CẦU THAM GIA CỦA CÁ NHÂN ĐỂ THAM GIA CHƯƠNG TRÌNH MEDICARE ADVANTAGE (PHẦN C) HOẶC CHƯƠNG TRÌNH THUỐC THEO TOA MEDICARE (PHẦN D)

## Ai có thể sử dụng mẫu này?

Những người có Medicare muốn tham gia Chương trình Medicare Advantage hoặc Chương trình Thuốc theo toa Medicare

### Để tham gia một chương trình, quý vị phải:

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

**Quan trọng:** Để tham gia một Chương trình Medicare Advantage, quý vị phải:

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

**Quan trọng:** Để tham gia một Chương trình Thuốc theo Toa Medicare, quý vị phải có một trong hai, hoặc cả hai điều sau:

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

## Khi nào tôi sẽ sử dụng mẫu đơn này?

Quý vị có thể tham gia chương trình:

- Từ ngày 15 Tháng Mười–ngày 7 Tháng Mười Hai hàng năm (để có bảo hiểm từ ngày 1 Tháng Một)
- Trong vòng 3 tháng kể từ lần đầu nhận Medicare
- Trong một số trường hợp khi quý vị được phép tham gia hoặc chuyển đổi chương trình

Vui lòng truy cập Medicare.gov để tìm hiểu thêm về thời điểm quý vị có thể ghi danh tham gia chương trình.

## Tôi cần những gì để hoàn thành mẫu này?

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

**Lưu ý:** Quý vị phải điền vào tất cả các mục ở Phần 1. Các mục trong Phần 2 là không bắt buộc - quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm vì không điền Phần 2.

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 còn hiệu lực cho việc thu thập thông tin này là 0938-1378. Thời gian cần để hoàn tất việc thu thập thông tin này được ước lượng trung bình là 20 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, 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.

### QUAN TRỌNG

Không gửi mẫu này hoặc bất kỳ vật phẩm nào chứa thông tin cá nhân của quý vị (chẳng hạn như yêu cầu thanh toán, thanh toán, hồ sơ y tế, v.v.) đến Văn phòng Xử lý Báo cáo PRA. Bất kỳ vật phẩm nào chúng tôi nhận được không liên quan đến việc cải thiện mẫu này hoặc trách nhiệm thu thập thông tin của mẫu (được nêu trong OMB 0938-1378) sẽ bị tiêu hủy. Vật phẩm sẽ không được lưu giữ, xem xét hoặc chuyển tiếp đến chương trình. Xem phần “Điều gì xảy ra kế tiếp?” trên trang này để gửi mẫu đã điền thông tin tới chương trình.

## Nhắc nhở:

- Nếu quý vị muốn tham gia chương trình trong đợt ghi danh mở vào mùa thu (ngày 15 Tháng Mười–ngày 7 Tháng Mười Hai), chương trình bắt buộc phải nhận được mẫu đã điền của quý vị trước ngày 7 Tháng Mười Hai.
- Chương trình sẽ gửi cho quý vị hóa đơn phí bảo hiểm của chương trình. Quý vị có thể lựa chọn đăng ký để được khấu trừ các khoản thanh toán phí bảo hiểm từ tài khoản ngân hàng hoặc quyền lợi An sinh Xã hội (hoặc Hội đồng Hưu trí Ngành hỏa xa) hàng tháng.

## Điều gì xảy ra kế tiếp?

Gửi mẫu đã điền thông tin và có chữ ký đến:

<Plan Name>  
<Plan address>  
<Plan address>  
<Plan address>

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

## Làm thế nào để được trợ giúp về mẫu này?

Hãy gọi <Plan Name> theo số <phone number>. Người dùng TTY có thể gọi < phone number>.

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

**En español:** Llame a <Plan 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.

## Người vô gia cư

- Nếu quý vị muốn tham gia chương trình nhưng không có nơi thường trú, Hộp thư Bru điện (Post Office Box), địa chỉ của nơi tạm trú hoặc phòng khám, địa chỉ của nơi nhận thư (ví dụ: séc an sinh xã hội) có thể được xem là địa chỉ thường trú của quý vị.

**Phần 1 – Các trường trong trang này là bắt buộc cần hoàn thành  
(trừ khi được đánh dấu là không bắt buộc)**

**Lựa chọn chương trình mà quý vị muốn đăng ký:**

Sản phẩm ABC – \$XX mỗi tháng

Sản phẩm XYZ – \$XX mỗi tháng

TÊN: \_\_\_\_\_ HỌ: \_\_\_\_\_ [Không bắt buộc: Chữ cái đầu của Tên đệm]: \_\_\_\_\_

Ngày sinh: (tháng/ngày/năm)  
( \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ )

Giới tính:  
 Nam  Nữ

Số điện thoại:  
( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Địa chỉ tên đường của Nơi thường trú (Không phải Hộp thư Bưu điện Lưu ý: Đối với những người vô gia cư, có thể xem Hộp thư Bưu điện là địa chỉ thường trú.):

Thành phố: \_\_\_\_\_

[Không bắt buộc: Quận]: \_\_\_\_\_

Tiểu bang: \_\_\_\_\_

Số ZIP: \_\_\_\_\_

Địa chỉ nhận thư, nếu khác với địa chỉ thường trú (có thể là PO Box):

Địa chỉ tên đường: \_\_\_\_\_

Thành phố: \_\_\_\_\_

Tiểu bang: \_\_\_\_\_

Số ZIP: \_\_\_\_\_

**Thông tin về Medicare của quý vị:**

**Số Medicare:** \_\_\_\_\_

**Vui lòng trả lời những câu hỏi quan trọng dưới đây:**

[MA-PD / PDPs insert:

Quý vị sẽ có bảo hiểm thuốc theo toa khác (chẳng hạn như VA, TRICARE) ngoài chương trình <Plan> hay không?

Có  Không

Tên của bảo hiểm khác: \_\_\_\_\_

Mã số hội viên của bảo hiểm khác: \_\_\_\_\_

Mã số nhóm của bảo hiểm khác: \_\_\_\_\_

[Special Needs Plans] insert question(s) regarding the required special needs criteria]

**QUAN TRỌNG: Vui lòng đọc và ký tên bên dưới:**

- [MA plans insert: Tôi phải giữ cả Bệnh viện (Phần A) và Y tế (Phần B) để được tham gia chương trình <Plan Name>.]
- [Part D plans insert: Tôi phải giữ Bệnh viện (Phần A) hoặc Y tế (Phần B) để được tham gia chương trình <Plan Name>.]
- Bằng việc tham gia Chương trình Medicare Advantage [hoặc Thuốc theo toa Medicare], tôi xác nhận rằng chương trình <Plan Name> sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare, Medicare có thể sử dụng thông tin này để theo dõi việc đăng ký của tôi, thực hiện thanh toán và phục vụ các mục đích khác theo quy định của luật Liên bang đối với việc thu thập thông tin này (xem Tuyên bố về Đạo luật Quyền riêng tư ở dưới). Quý vị không bắt buộc phải trả lời mẫu này. Tuy nhiên, việc không trả lời có thể ảnh hưởng đến việc tham gia chương trình.
- Tôi hiểu rằng tôi chỉ có thể ghi danh vào chương trình MA hoặc Phần D tại một thời điểm - và việc ghi danh vào chương trình này sẽ tự động kết thúc việc ghi danh của tôi vào một chương trình MA hoặc Phần D khác (ngoại lệ áp dụng cho các chương trình MA PFFS, MA MSA).
- [MA plans insert: Tôi hiểu rằng khi bảo hiểm <Plan Name> của tôi bắt đầu, tôi phải nhận tất cả các quyền lợi y tế và thuốc theo toa của mình từ chương trình <Plan Name>. Các quyền lợi và dịch vụ do <Plan Name> cung cấp và có trong tài liệu “Chứng từ Bảo hiểm” của chương trình <Plan Name> (còn được gọi là hợp đồng hội viên hoặc thỏa thuận đăng ký) sẽ được đài thọ. Medicare hoặc <Plan Name> sẽ thanh toán các quyền lợi hoặc dịch vụ không được đài thọ.]
- Thông tin trên mẫu ghi danh này là chính xác, theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố ý cung cấp thông tin sai lệch trên mẫu này, tôi sẽ bị hủy ghi danh khỏi chương trình.
- 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:
  - 1) Người này được ủy quyền theo luật Tiểu bang để hoàn thành việc ghi danh này, và
  - 2) Tài liệu về việc ủy quyền được cung cấp theo yêu cầu của Medicare.

**Ký tên:** \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

## Phần 2 – Các trường trong trang này là không bắt buộc

Quý vị có quyền đồng ý trả lời các câu hỏi sau hoặc không. Quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm vì không hoàn thành các câu hỏi sau.

Quý vị có phải người gốc Văn hóa Tây Ban Nha, La-tinh hoặc Tây Ban Nha không? Chọn tất cả những gì áp dụng.

- Không, không phải gốc Văn hóa Tây Ban Nha, La-tinh hoặc Tây Ban Nha
- Phải, gốc người Mexico, người Mỹ gốc Mexico, người Chicano
- Phải, gốc người Puerto Rico
- Phải, gốc người gốc Văn hóa Tây Ban Nha, La-tinh hoặc Tây Ban Nha khác
- Tôi không muốn trả lời.

Chủng tộc của quý vị là gì? Chọn tất cả những gì áp dụng.

- Thô Dân Mỹ hoặc Người Bản Xứ Alaska
- Người Mỹ Da Đen hoặc Gốc Phi Châu
- Người Châu Á:
- Người Ấn Độ
- Người Trung Quốc
- Người Phi Luật Tân
- Người Nhật
- Người Hàn Quốc
- Người Việt Nam
- Người Á Đông Khác
- Người Hawaiian bản địa và Gốc đảo Thái Bình Dương:
- Người Guamanian hoặc Chamorro
- Người Bản Xứ Hawaii
- Người Samoan
- Người Gốc Đảo Thái Bình Dương Khác
- Người da trắng
- Tôi không muốn trả lời.

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

- Nữ
- Nam
- Phi nhị giới
- Tôi sử dụng một thuật ngữ khác: \_\_\_\_\_
- Tôi không muốn trả lời

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

- Đồng tính nữ hoặc đồng tính nam
- Tôi sử dụng một thuật ngữ khác: \_\_\_\_\_
- Thăng, không phải đồng tính nam hay đồng tính nữ
- Tôi không biết
- Song tính
- Tôi không muốn trả lời

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

*Plans insert the languages required in your service area.*

Chọn một phương án nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin cho quý vị bằng định dạng dễ tiếp cận.

- Chữ nổi Braille
- Bản in khổ lớn
- CD Âm thanh
- CD Dữ liệu

Vui lòng liên hệ chương trình <plan name> theo số <phone number> nếu quý vị cần thông tin ở định dạng dễ tiếp cận khác không có trong phân liệt kê ở trên. Giờ làm việc của chúng tôi là <insert days and hours of operation>. Người dùng TTY xin gọi <TTY number.>

Quý vị có đi làm hay không?  Có  Không

Vợ/chồng của quý vị có đi làm không?  Có  Không

Liệt kê Bác sĩ Chăm sóc Chính (PCP), phòng khám hoặc trung tâm y tế của quý vị:

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

*[Plans may list those types or categories of materials that are available for electronic delivery]*

Địa chỉ email:

## Phí bảo hiểm chương trình của quý vị

[Plans with premiums insert: Quý vị có thể thanh toán phí bảo hiểm chương trình hàng tháng [MA-PD plans with premiums insert: (bao gồm bất kỳ khoản phạt ghi danh muộn nào mà quý vị đang có hoặc có thể nợ)] qua đường bưu điện <insert optional methods: “ Chuyển Tiền Điện tử (EFT)”, “thẻ tín dụng”> hàng tháng <insert optional intervals, if applicable, for example “ hoặc hàng quý ”>. **Quý vị cũng có thể lựa chọn thanh toán phí bảo hiểm của mình bằng cách tự động khấu trừ từ quyền lợi An sinh Xã hội hoặc Hội đồng Hưu trí Ngành hỏa xa (RRB) hàng tháng.]**

[MA-PD and PDPs with premiums insert: **Nếu quý vị phải thanh toán Số tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập theo Phần D (Phần D-IRMAA), quý vị phải trả số tiền bổ sung này cùng phí bảo hiểm chương trình của mình. KHÔNG thanh toán [insert appropriate plan and/or organization name] Phần D-IRMAA.]**

## Chỉ dành cho những cá nhân giúp người ghi danh hoàn thành mẫu này

Hoàn thành phần này nếu quý vị là cá nhân (nghĩa là đại diện, người môi giới, cố vấn SHIP, thành viên trong gia đình hoặc các bên thứ ba khác) giúp người ghi danh điền vào mẫu này.

Tên: \_\_\_\_\_ Quan hệ với người được ghi danh: \_\_\_\_\_

Ký tên: \_\_\_\_\_ Số Nhà sản xuất Quốc gia (chỉ dành cho Đại diện/Môi giới): \_\_\_\_\_

[optional space for other administrative information needed by plan]

### THÔNG BÁO HÀNH ĐỘNG KÍN ĐÁO

Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) thu thập thông tin từ các chương trình Medicare để theo dõi việc ghi danh người thụ hưởng vào các Chương trình Medicare Advantage (MA), cải thiện dịch vụ chăm sóc và thanh toán các quyền lợi Medicare. 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 từ những người thụ hưởng Medicare như được chỉ định trong Thông báo 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 mẫu này. Tuy nhiên, việc không trả lời có thể ảnh hưởng đến việc tham gia chương trình.