

부록 1: 메디케어 어드밴티지(MEDICARE ADVANTAGE) 플랜(파트 C) 또는 메디케어 처방약(MEDICARE PRESCRIPTION DRUG) 플랜(파트 D)에 등록하기 위한 개인 등록 요청 양식 견본

이 양식은 누가 사용할 수 있나요?

메디케어 어드밴티지 플랜 또는 메디케어 처방약 플랜에 가입하기를 원하는 메디케어 가입자

플랜 가입 조건

- 미국 시민권자이거나 합법적으로 미국에 체류하고 있어야 함
- 플랜의 서비스 지역에 거주해야 함

중요: 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하려면, 다음 두 가지 모두에 해당되어야 함:

- 메디케어 파트 A(병원 보험)
- 메디케어 파트 B(의료 보험)

중요: 메디케어 처방약 플랜에 가입하려면, 다음 두 가지 모두 또는 그중 하나에 해당되어야 함:

- 메디케어 파트 A(병원 보험)
- 메디케어 파트 B(의료 보험)

이 양식을 사용해 언제 가입할 수 있나요?

플랜 가입 시기:

- 매년 10 월 15 일~12 월 7 일(1 월 1일부터 보장)
- 최초 메디케어에 가입 후 3 개월 이내
- 플랜에 가입하거나 플랜을 전환할 수 있는 특정 상황에서

플랜에 가입할 수 있는 시기에 대해 자세히 알아보려면 Medicare.gov 를 참조하십시오.

이 양식을 작성하려면 무엇이 필요한가요?

- 메디케어 번호(빨간색, 흰색, 파란색 메디케어 카드에 기재된 번호)
- 영구 주소 및 전화번호

참고: 섹션 1 의 모든 항목을 작성해야 합니다. 섹션 2 의 항목은 선택 사항입니다. 해당 항목을 작성하지 않는다고 해서 보장이 거부되지는 않습니다.

상기할 점:

- 가을 공개 등록 기간(10 월 15 일~12 월 7 일) 동안 플랜에 가입하려면 해당 플랜으로 12 월 7 일까지 작성된 양식을 접수해야 합니다.
- 플랜에서 플랜 보험료 청구서를 발송해드립니다. 개인 은행 계좌에서 보험료 납부금을 공제하도록 하거나 월 사회보장(또는 철도퇴직위원회(Railroad Retirement Board, RRB)) 혜택에서 결제되도록 등록할 수 있습니다.

다음의 단계는 무엇인가요?

작성 후 서명한 양식을 다음 주소로 발송하십시오.

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

가입 요청이 처리되는 대로 연락을 드릴 것입니다.

이 양식과 관련하여 도움을 받으려면 어떻게 해야 하나요?

<Plan Name>에 전화 <phone number>번으로 문의하십시오. TTY 사용자는 전화 <phone number>번으로 문의하시면 됩니다.

또는 메디케어에 전화 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 문의하시면 됩니다.

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.

특정한 주소지가 없는 개인

- 플랜에 가입하고 싶지만 영주권이 없는 경우, 사서함, 보호소나 진료소 주소, 우편물(예: 사회보장수표)을 수령하는 주소가 영구 거주지 주소로 간주될 수 있습니다.

1995 년 문서작성감축법(Paperwork Reduction Act)에 따라, 유효한 OMB 관리 번호가 없는 경우에는 정보 수집에 응하지 않아도 됩니다. 해당 정보 수집에 대한 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1378 입니다. 해당 정보 수집에 필요한 시간은 지시 사항 검토, 기존 자료원 검색, 필요한 자료 수집, 정보 수집 완료 및 검토에 따른 시간을 포함하여 응답 당 평균 20 분으로 예상됩니다. 예상 시간의 정확성에 대해 우려사항이 있거나 이 양식의 개선을 위한 제안사항이 있다면, 다음 주소에 서신으로 알려 주십시오. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

중요

이 양식이나 귀하의 개인 정보(청구, 납부금, 의료 기록 등)가 포함된 항목을 PRA 보고서 승인 사무소(Reports Clearance Office)로 보내지 마십시오. 이 양식을 개선하는 방법이나 수집 업무(OMB 0938-1378 에 간략한 설명 제공)와 관련이 없는 항목은 모두 파기됩니다. 이는 보관 또는 검토되거나 플랜에 전달되지 않습니다. 이 페이지의 "다음 단계는 무엇인가요?" 섹션을 참조하여 작성한 양식을 플랜에 보내 주십시오.

**섹션 1 – 이 페이지의 모든 필드는 필수 기재란입니다
(선택 사항으로 표시되어 있는 경우는 예외).**

가입을 희망하는 플랜을 선택하십시오.

상품 ABC – \$XX/월

상품 XYZ – \$XX/월

이름: _____ 성: _____ [선택 사항: 중간 이니셜]: _____

생년월일: (월/일/년도)
(__/__/____)

성별:
 남성 여성

전화번호:
(____)

영구 거주지 주소(사서함 기재 불가. 참고: 단, 특정 주소지가 없는 개인의 경우 사서함이 영구 거주지 주소로 간주될 수 있습니다.):

도시: _____ [선택 사항: 카운티]: _____ 주: _____ 우편번호: _____

우편 주소(영구 주소와 다른 경우)(사서함 기재 가능):
도로명 주소: _____ 도시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

메디케어 정보:

메디케어 번호: _____

다음 중요한 질문에 답변해 주십시오.

[MA-PD / PDPs insert:

<Plan> 외에 다른 처방약 보장(예: VA, TRICARE)을 가지고 계십니까? 예 아니요

기타 보장 이름: _____ 해당 보장에 대한 회원 번호: _____ 해당 보장에 대한 그룹 번호: _____

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

중요: 다음 사항을 읽고 서명하십시오.

- [MA plans insert: 본인은 <Plan Name>에 대한 가입 상태를 계속 유지하려면 병원(파트 A)과 의료(파트 B)를 모두 유지해야 합니다.]
- [Part D plans insert: 본인은 <Plan Name>에 대한 가입 상태를 계속 유지하려면 병원(파트 A) 또는 의료(파트 B)를 유지해야 합니다.]
- 이 메디케어 어드밴티지[또는 메디케어 처방약] 플랜에 가입함으로써 본인은 <Plan Name>이(가) 본인의 정보를 메디케어와 공유하고, 메디케어는 해당 정보를 본인의 등록 기록 추적, 보험금 결제 및 연방법에서 해당 정보의 수집을 허용하는 기타 목적으로 사용할 수 있음을 인정합니다(이하 개인정보보호법 조항 참조). 본 양식에 대한 귀하의 답변은 자발적입니다. 그러나 답변하지 않을 경우 플랜 등록에 영향을 미칠 수 있습니다.
- 본인은 한 번에 한 가지 MA 또는 파트 D 플랜에만 등록할 수 있으며 해당 플랜에 등록하게 되면 다른 MA 또는 파트 D 플랜 등록이 자동으로 종료된다는 점을 이해합니다(MA PFFS, MA MSA 플랜의 경우 예외가 적용됨).
- [MA plans insert: 본인은 <Plan Name> 보장이 개시되면 <Plan Name>에서 모든 의료 및 처방약 혜택을 받아야 한다는 것을 이해합니다. <Plan Name>에서 제공하고 본인의 <Plan Name> "보장 범위 증명서"(회원 계약서 또는 가입자 동의서라고도 함)에 포함된 혜택 및 서비스가 보장됩니다. 메디케어나 <Plan Name> 모두 보장되지 않는 혜택이나 서비스에 대한 비용은 지불하지 않습니다.]
- 본인이 아는 한 이 등록 양식에 포함된 정보는 정확합니다. 본인은 이 양식에 의도적으로 허위 정보를 제공할 경우 플랜에서 강제 탈퇴 처리된다는 것을 이해합니다.
- 본인은 이 신청서에 서명(또는 본인을 대신할 법적 대리인의 서명)한다는 것이 이 신청서의 내용을 읽고 이해했다는 의미임을 이해합니다. 상기에 설명한 바와 같이 권한을 위임받은 대리인이 서명하는 경우 해당 서명은 다음을 증명합니다.
 - 1) 이 사람은 주 법률에 따라 이 등록을 완료할 수 있는 권한을 부여받았고,
 - 2) 메디케어의 요청이 있는 경우, 이러한 권한에 대한 문서 기록을 제공합니다.

서명: _____ **오늘 날짜:** _____

귀하가 권한을 부여받은 대리인인 경우, 상기에 서명하고 다음 필드를 작성하십시오.

성명: _____ **주소:** _____

전화번호: _____ **가입자와의 관계:** _____

섹션 2 - 이 섹션의 모든 필드는 선택적 기재란입니다.

다음 질문에 대한 답변은 귀하의 선택 사항입니다. 해당 항목을 작성하지 않는다고 해서 보장이 거부되지는 않습니다.

귀하는 히스패닉계, 라틴계 또는 스페인계입니까? 해당 항목을 모두 선택해 주십시오.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 아니요, 히스패닉계, 라틴계 또는 스페인계가 아님 | <input type="checkbox"/> 예, 멕시코, 멕시코 어메리칸, 치카노 |
| <input type="checkbox"/> 예, 프에르토리코인 | <input type="checkbox"/> 예, 쿠바인 |
| <input type="checkbox"/> 예, 그 외 히스패닉계, 라틴계 또는 스페인계 | |
| <input type="checkbox"/> 답변 불가 | |

귀하의 인종은 무엇입니까? 해당 항목을 모두 선택해 주십시오.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 | <input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카 어메리칸 |
| 아시아인: | 하와이 원주민 및 태평양섬 주민: |
| <input type="checkbox"/> 아시아계 인도인 | <input type="checkbox"/> 괌 원주민 또는 차모로인 |
| <input type="checkbox"/> 중국인 | <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 |
| <input type="checkbox"/> 필리핀인 | <input type="checkbox"/> 사모아인 |
| <input type="checkbox"/> 일본인 | <input type="checkbox"/> 기타 태평양섬 주민 |
| <input type="checkbox"/> 한국인 | <input type="checkbox"/> 백인 |
| <input type="checkbox"/> 베트남인 | <input type="checkbox"/> 답변 불가 |
| <input type="checkbox"/> 그 외 아시아인 | |

출생시 부여된 성별은 무엇입니까? 해당 정보는 원본 출생 증명서 또는 유사 문서에서 찾을 수 있습니다. 한 가지만 선택하십시오.

- | | |
|-----------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 여성 | <input type="checkbox"/> 잘 모르겠음 |
| <input type="checkbox"/> 남성 | <input type="checkbox"/> 답변 불가 |

귀하의 성별은 무엇입니까? 한 가지만 선택하십시오.

- | | |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 여성 | <input type="checkbox"/> 다른 용어 사용: _____ |
| <input type="checkbox"/> 남성 | <input type="checkbox"/> 답변 불가 |
| <input type="checkbox"/> 논바이너리 | |

다음 중 본인이 생각하는 자신을 가장 잘 나타내는 것은 무엇입니까? 한 가지만 선택하십시오.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 레즈비언 또는 게이 | <input type="checkbox"/> 다른 용어 사용: _____ |
| <input type="checkbox"/> 이성애자, 게이나 레즈비언이 아님 | <input type="checkbox"/> 잘 모르겠음 |
| <input type="checkbox"/> 양성애자 | <input type="checkbox"/> 답변 불가 |

영어가 아닌 다른 언어로 정보를 받으려면 해당 언어를 한 가지 선택하십시오.

Plans insert the languages required in your service area

접근 가능한 형식으로 정보를 받으려면 한 가지 형식을 선택하십시오.

- 점자 큰 활자 오디오 CD 데이터 CD

상기에 명시되지 않은 접근 가능한 형식에 대한 정보가 필요하다면 <plan name>에 전화 <phone number>번으로 문의하십시오. 영업시간은 <insert days and hours of operation>입니다. TTY 사용자는 <TTY number>번으로 문의하시면 됩니다.

근로자이십니까? 예 아니요

배우자가 근로자이십니까? 예 아니요

귀하의 주치의(PCP), 진료소 또는 보건 센터를 기재하십시오:

본인은 이메일을 통해 다음 자료를 받고자 합니다. 한 가지 이상 선택하십시오.

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

이메일 주소:

플랜 보험료 납부

[Plans with premiums insert: 월별 플랜 보험료[MA-PD plans with premiums insert: (현재 또는 추후 납부해야 할 수 있는 등록 지연 벌금 포함)]를 우편< insert optional methods: "전자송금(EFT)", "신용카드">(으)로 매월 <insert optional intervals, if applicable, for example (예: "또는 분기별">) 납부할 수 있습니다. **보험료가 매달 사회보장 또는 철도퇴직위원회(Railroad Retirement Board, RRB) 혜택에서 자동으로 공제되는 방식으로 보험료를 납부할 수도 있습니다.**]

[MA-PD and PDPs with premiums insert: **파트 D 소득 관련 월별 조정 금액(Income Related Monthly Adjustment Amount, 파트 D-IRMAA)을 지불해야 하는 경우 플랜 보험료 외에 이 추가 금액을 납부해야 합니다.** [insert appropriate plan and/or organization name]에 파트 D-IRMAA 를 납부하지 마십시오.]

가입자의 이 양식 작성을 돕는 개인만 해당

귀하가 가입자의 이 양식 작성을 돕는 개인(예: 대리인, 중개인, SHIP 상담사, 가족 구성원 또는 기타 제 3 자)인 경우, 이 섹션을 작성하십시오.

성명: _____ 가입자와의 관계: _____

서명: _____ 국가 프로듀서 번호(NPN)(대리인/중개인만 해당): _____

[optional space for other administrative information needed by plan]

개인정보보호법 진술

메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)는 메디케어 어드밴티지(MA) 플랜 수혜자의 등록을 추적하고 치료를 개선하고 메디케어 혜택 지급을 위해 메디케어 플랜에서 정보를 수집합니다. 사회보장법(Social Security Act) 섹션 1851 및 1860D-1 과 42 CFR §§ 422.50 및 422.60 은 해당 정보 수집을 승인합니다. CMS 는 기록통지시스템(System of Records Notice, SORN) "메디케어 어드밴티지 처방약(Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)", 시스템 번호 09-70-0588 에 지정된 바와 같이 메디케어 수혜자의 등록 정보를 사용, 공개 및 교환할 수 있습니다. 본 양식에 대한 귀하의 답변은 자발적입니다. 그러나 답변하지 않을 경우 플랜 등록에 영향을 미칠 수 있습니다.