

請注意：僅當您從一項MetroPlus Medicare Advantage計劃變更為另一項計劃時，才可使用此表格。如果您第一次參保MetroPlus Medicare Advantage計劃，或您曾參保MetroPlus Medicare Advantage計劃，但已從該計劃退保，請勿使用此表。

請填寫以下資訊：

我目前是MetroPlusHealth _____ 計劃的會員。

我希望變更至MetroPlusHealth的以下計劃：

- MetroPlus Platinum Plan (HMO):** 每月\$92.00
- MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) ‡:** 0元或最高每月\$71.20*
‡ 要符合資格，您必須享受Medicaid。
- MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) †:** 0元或最高每月\$72.30*
† 要符合資格，您必須享受Medicaid並證明有長期護理服務需求。我們可以就長期護理服務與您聯絡嗎？ 是 否

我瞭解，該計劃提供不同的健康福利。

*您的保費可能享受減免，具體取決於您的低收入津貼「Extra Help」的水準。

姓名：		家庭電話號碼：	
Medicare編號：		紐約州Medicaid CIN編號 (如果有)：	
固定街道地址 (請勿填寫P.O.郵箱。注意：對於無家可歸者，P.O.郵箱可作為您的固定住所地址)：			
城市：		州：	郵遞區號：
郵寄地址 (僅在與您的常住街道地址不同時填寫)：			
街道地址：		城市：	州： 郵遞區號：
您的主治醫生(PCP)、診所或保健中心的姓名/名稱：			醫療服務提供者ID：
第2部分 - 本頁上所有欄位均為選填內容			
您可選擇是否回答這些問題。您不會因為未填寫該部分內容而被拒絕參保。			
您是否講西班牙語、是拉美裔或西班牙人？請選擇所有適用的選項。			
<input type="checkbox"/> 否，不講西班牙語、不是拉美裔或西班牙人		<input type="checkbox"/> 是，墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾人	
<input type="checkbox"/> 是，波多黎各人		<input type="checkbox"/> 是，古巴人	
<input type="checkbox"/> 是，講其他西班牙語、是其他拉美裔或西班牙人		<input type="checkbox"/> 我選擇不回答。	

第2部分 - 本頁上所有欄位均為選填內容 (續)

您的種族是什麼？請選擇所有適用的選項。

- | | | |
|---|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 美國印第安人或阿拉斯加原住民 | <input type="checkbox"/> 印度人 | <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人 |
| <input type="checkbox"/> 華人 | <input type="checkbox"/> 菲律賓人 | <input type="checkbox"/> 關島人或查莫羅人 |
| <input type="checkbox"/> 日本人 | <input type="checkbox"/> 韓國人 | <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民 |
| <input type="checkbox"/> 其他亞裔 | <input type="checkbox"/> 其他太平洋島民 | <input type="checkbox"/> 薩摩亞人 |
| <input type="checkbox"/> 越南人 | <input type="checkbox"/> 白人 | <input type="checkbox"/> 我選擇不回答。 |

您的性別是什麼？選擇一項。

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 女性 | <input type="checkbox"/> 我使用其他說法： _____ |
| <input type="checkbox"/> 男性 | <input type="checkbox"/> 我選擇不回答 |
| <input type="checkbox"/> 非二元性別 | |

以下哪一項最能代表您對自己的看法？選擇一項。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 女同性戀或男同性戀 | <input type="checkbox"/> 我使用其他說法： _____ |
| <input type="checkbox"/> 異性戀，並非男同性戀或女同性戀 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| <input type="checkbox"/> 雙性戀 | <input type="checkbox"/> 我選擇不回答 |

如果您希望我們以英語之外的語言向您傳送重要文件，或者需要以另外一種格式傳送資訊，請在下面選擇一項，透過致電MetroPlusHealth：1-866-986-0356（聽力障礙電傳使用者請致電711）要求將該材料以電子郵件方式傳送給你。勾選此方塊即代表我同意在提出請求後透過電子郵件接收這些材料。我理解我可以隨時變更選擇。我們的辦公時間是週一至週五，早8點至晚8點，週六，早9點至下午5點。如果您需要以無障礙格式或以上未列出的語言提供的資訊，請聯絡我們：

- 西班牙語 中文 盲文 大號印刷體 音訊CD

電子郵件地址： _____

您的計劃保費

如果您參保的保費為0元：如果我們認定您欠有延遲參保罰款（或如果您目前有一項延遲參保罰款），我們需要瞭解您偏向於用何種方式來支付該罰款。您可以在收到MetroPlusHealth的通知後，透過郵寄、信用卡、支票或匯款單付款。您也可以每月從您的Social Security或Railroad Retirement Board (RRB)福利支票中自動扣繳保費。如果您接受了Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount，您將收到Social Security Administration的通知。您將負責支付除您的計劃保費之外的這部分額外額度。您負責支付的額度將從您的Social Security福利支票中扣除，或者直接由Medicare或RRB扣除。請勿向MetroPlusHealth支付Part D-IRMAA。

如果您參保的保費是0元以外的任何其他金額：您可以每月透過郵寄、信用卡、支票或匯款單支付您的月計劃保費（包括您拖欠或可能拖欠的延遲參保罰款）。您也可以選擇每月從您的Social Security或Railroad Retirement Board支票中自動扣繳保費。如果您接受了Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount，您將收到Social Security Administration的通知。您將負責支付除您的計劃保費之外的這部分額外額度。您負責支付的額度將從您的Social Security福利支票中扣除，或者直接由Medicare或Railroad Retirement Board扣除。請勿向MetroPlusHealth支付Part D-IRMAA。

您的計劃保費 (續)

低收入者可享受Extra Help, 以支付他們的處方藥費用。如您符合資格, Medicare可承擔藥物費用, 包括每月的處方藥保費、年度自負額和共同保險費。此外, 符合資格者不會有甜甜圈孔階段, 也不會面臨延遲參保罰款。許多人有資格節省這些費用, 但卻不知道。要瞭解關於此Extra Help的詳細資訊, 請與您當地的Social Security辦公室聯絡, 或致電1-800-772-1213與Social Security聯絡。

聽力障礙電傳使用者應致電1-800-325-0778。您也可以瀏覽www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help, 線上申請Extra Help。如果您享受Medicare處方藥保險費用Extra Help, Medicare將為您支付該福利的全部或部分保費。如果Medicare僅支付部分保費, 我們將向您提供非Medicare支付總額的帳單。

如果您不選擇付款方式, 您每個月都會收到一份帳單。請選擇保費付款方式:

- 接收帳單
- 每月自動從您的Social Security或Railroad Retirement Board (RRB)福利支票中扣除。 我每月獲得的福利來自: Social Security RRB

(Social Security扣除在Social Security或RRB核准扣除之後可能需要兩個月甚至更長時間才會開始。在多數情況下, 如果Social Security或RRB接受您的自動扣除請求, 首次從您的Social Security或RRB福利支票扣除的金額將包括從您的參保生效日一直到扣繳開始的全部保費。如果Social Security或RRB不核准您的自動扣繳請求, 我們將向您傳送一份您的月保費紙本帳單。)

請閱讀下列資訊並簽字 (轉下頁) :

MetroPlusHealth是一項與Federal government簽訂合約的計劃。

我瞭解, 如果我從MetroPlusHealth雇用的或與之存在契約關係的銷售代表、經紀人或其他個人獲得協助, 他/她可根據我所享有的MetroPlusHealth保險福利獲得付款。

資訊公開: 參加該Medicare醫療保險, 代表我同意Medicare醫療保險因治療、付費及保健服務的需要將我的資訊提供給Medicare或其他計劃。我也同意MetroPlusHealth將我的資訊 (包括給我開具處方藥的資料) 提供給Medicare, 而Medicare可能會因研究或其他符合所有適用聯邦法令和法規的用途而將其公開。在我所知的範圍內, 本參保表上的資訊正確無誤。我明白, 如果我在本表中蓄意提供虛假資訊, 我將喪失參加該計劃的資格。我知道, 參保Medicare的人士在境外不受Medicare的承保, 但在美國邊境附近享受有限的承保福利。

我明白, 自MetroPlusHealth保險生效之日起, 除緊急情況、急需的服務或服務範圍外的透析之外, 我只能從MetroPlusHealth獲得所有我所需的保健服務。只有MetroPlusHealth核准的服務和我的MetroPlusHealth承保福利說明文件 (又稱為會員合約或使用者合約) 中包含的其他服務才屬於有保障的福利。**未經核准, MEDICARE和METROPLUSHEALTH均不會支付服務費用。**

請閱讀下列資訊並簽字 (續)

我明白, 我 (或根據我所在州的法律代表我本人的授權代理人) 在本申請表上簽字意味著我已經閱讀並理解了本申請表中的內容。若由授權代理人 (如上所述) 簽字, 則該簽字表明: 1) 該代理人根據州法律經授權完成本申請, 並且 2) 可以根據Medicare的要求提供此授權的文件。

我已收到預參保清單(PECL)並完全瞭解MetroPlusHealth的福利與規則。

根據1995年《縮減文書工作法案》, 任何人員都無需回應資訊收集, 除非其展示有效的OMB控制編號。
本次資訊收集的有效OMB控制編號為0938-1378。填寫資訊表需要的時間平均為20分鐘, 包括檢視說明、搜尋現有資料資源、收集需要的資料和填寫並檢查資訊收集表。
如果您希望對預計時間的準確性發表任何評論, 或希望針對如何完善本表格提出建議, 請寫信至:
CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

重要事項: 請勿將這一表格或任何含有您個人資訊 (例如索賠、付款、醫療記錄等) 的資料寄送至PRA Reports Clearance Office。我們收到的任何與改進表格或其收集責任 (詳見OMB 0938-1378) 無關的資料將會被銷毀。我們不會將保留、審核資料或將其轉交計劃。查看本頁的「然後會怎樣?」部分內容, 將填妥的表格寄送至計劃。

簽名:

今日日期:

如果您是授權代表, 您必須在上面簽字並提供以下資訊:

姓名: _____

地址: _____

電話號碼: (_____) _____ - _____

與參保人的關係: _____

僅限協助參保人填寫此表格的個人填寫

如果您是協助參保人填寫此表格的個人 (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:

今日日期:

OFFICE USE ONLY

Name of Staff Member / Agent / Broker (if assisted in enrollment):

_____ Date Received: _____

National Producer Number (Agents/Brokers only): _____

Plan ID #: _____ Effective Date of Coverage: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ OEP: _____ SEP (type): _____ Not Eligible: _____

Marketing: Rep Code: _____ Site ID Code: _____

Event Name: _____