

姓名： _____

電話號碼： _____

地址： _____

與參保人的關係： _____

 所選計劃：
 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)
 MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)
 MetroPlus Platinum Plan (HMO)

一般而言，您僅可在年度參保期（每年的10月15日至12月7日）加入Medicare Advantage計劃。此限制存在例外，可允許您在該參保期以外的時間加入Medicare Advantage計劃。以下資格需要經過計劃認定。

請仔細閱讀以下陳述，並核取適用於您的陳述旁邊的方塊。核取下列任何方塊即表示您證明，盡您所知，您有資格獲得參保期。如果我們之後認定此資訊不正確，則您會喪失參加該計劃的資格。

- 我新加入了Medicare。
- 我加入了一個Medicare Advantage計劃，並希望在Medicare Advantage開放參保期(MA OEP)內變更計劃。
- 我最近已搬離我目前加入計劃的服務區，或者我最近搬家，而這對我來說是一個新選擇。
搬家日期為（插入日期）_____。
- 我最近脫離監禁。脫離監禁日期為（插入日期）_____。
- 我在美國以外的國家或地區成為永久居民後最近返回美國，返回美國日期為（插入日期）_____。
- 我最近在美國取得合法居留權。取得此狀態日期為（插入日期）_____。
- 我的Medicaid或低收入輔助（LIS / 「Extra Help」）狀態最近發生改變（最近符合資格，援助水準發生變化，或失去資格），日期為（插入日期）_____。
- 我參保了MetroPlusHealth的Medicaid，我想透過加入MetroPlusHealth Medicare計劃來整合我的保險範圍。
- 我將搬入、目前住在或最近已搬出長期護理設施或護理之家。我已經/即將搬入/已搬出設施，日期為（插入日期）_____。
- 我最近退出了PACE計劃，日期為（插入日期）_____。
- 我最近非自願地失去了可信處方藥保險（與Medicare的保險相當）。我遺失處方藥保險的日期為（插入日期）_____。
- 我將退出由雇主或工會提供的保險，日期為（插入日期）_____。
- 本人參與了符合資格的State Pharmaceutical Assistance Program，或即將失去State Pharmaceutical Assistance Program提供的幫助。

