

本表格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。
*以下收集的回答僅用於計劃內部用途，不會與CMS共享。

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)

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。

- 否，不講西班牙語、不是拉美裔或西班牙人
- 是，墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾人
- 是，波多黎各人
- 是，古巴人
- 是，講其他西班牙語、是其他拉美裔或西班牙人
- 我選擇不回答

您的種族是什麼？請選擇所有適用的選項。

- 美國印第安人或阿拉斯加原住民
- 印度人
- 黑人或非裔美國人
- 中國人
- 菲律賓人
- 關島人或查莫羅人
- 日本人
- 韓國人
- 夏威夷原住民
- 其他亞洲地區
- 其他太平洋島民
- 薩摩亞人
- 越南人
- 白人
- 我選擇不回答

您的性別是什麼？選擇一項：

- 女性
- 男性
- 非二元性別
- 我使用其他說法： _____
- 我選擇不回答

以下哪一項最能代表您對自己的看法？選擇一項：

- 女同或男同
- 異性戀，並非男同或女同
- 雙性戀
- 我使用其他說法： _____
- 不知道
- 我選擇不回答

受益人或授權代表的簽名和簽名日期：

申請人正楷姓名

申請人簽名

日期

如果您是授權代表，請填寫表格，簽名並以正楷在下方清晰書寫：

您與受益人的關係： _____

申請人正楷姓名

申請人簽名

日期