



DualChoice

OMB Số 0938-1378
Hết hiệu lực: 02/28/2029

MẪU ĐƠN YÊU CẦU GHI DANH CÁ NHÂN ĐỂ GHI DANH VÀO CHƯƠNG TRÌNH MEDICARE ADVANTAGE (PHẦN C)

Những ai có thể dùng đơn này?

Người có Medicare muốn tham gia vào một chương trình Medicare Advantage.

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

- Công dân Hoa Kỳ hoặc sinh sống hợp pháp tại Hòa Kỳ
- Sống trong khu vực dịch vụ của chương trình

Quan trọng: Để tham gia một Chương trình Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs (Nhu Cầu Đặc Biệt Đủ Điều Kiện Kép Medicare Advantage), quý vị cũng phải có:

- Medicare Phần A (Bảo hiểm Bệnh viện)
- Medicare Phần B (Bảo hiểm Y tế)
- Medi-Cal (Bảo hiểm Medicaid của Tiểu bang California dành cho người có thu nhập thấp)

Khi nào thì tôi sử dụng mẫu đơn này?

- Quý vị có thể tham gia vào một chương trình:
- Từ Ngày 15 Tháng Mười – Ngày 7 Tháng Mười Hai mỗi năm (đối với bảo hiểm bắt đầu từ ngày 1 Tháng Một)
- Trong vòng 3 tháng đầu tiên nhận Medicare
- Trong một số trường hợp nhất định mà quý vị được phép tham gia hoặc đổi chương trình

Truy cập Medicare.gov để tìm hiểu thêm về thời điểm quý vị có thể đăng ký tham gia chương trình.

Tôi cần những gì để điền vào mẫu đơn này?

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

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

Xin Lưu Ý:

- Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình trong giai đoạn ghi danh mở mùa thu (Ngày 15 Tháng Mười – Ngày 7 Tháng Mười Hai), chương trình phải nhận được đơn đã điền thông tin của quý vị trước ngày 7 Tháng Mười hai.
- Chương trình của quý vị sẽ gửi cho quý vị hóa đơn về phí bảo hiểm của chương trình. Quý vị có thể chọn đăng ký khấu trừ khoản thanh toán phí bảo hiểm của quý vị từ tài khoản ngân hàng của quý vị hoặc quyền lợi An sinh Xã hội (hoặc Hội đồng Hưu trí Đường sắt) của quý vị.

Điều gì xảy ra tiếp theo?

Hãy gửi mẫu đơn đã điền thông tin và có chữ ký của quý vị tới:
IEHP DualChoice (HMO D-SNP)
P.O. Box 1800
Rancho Cucamonga
CA, 91729-1800

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

Làm thế nào để tôi được hỗ trợ với mẫu đơn này?

Vui lòng gọi cho IEHP DualChoice theo số **1-800-741-IEHP (4347)**. Người dùng TTY có thể gọi số **711**.

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

En español: Llame a IEHP DualChoice al **1-800- 741-IEHP (4347)**/TTY **711**, o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y

oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Những người vô gia cư

- Nếu quý vị muốn tham gia vào một chương trình nhưng không có nơi cư trú cố định, thì Hộp thư Bưu điện, địa chỉ nơi trú ẩn hoặc phòng khám hoặc địa chỉ nơi quý vị nhận thư (ví dụ: chi phiếu an sinh xã hội) có thể được coi là địa chỉ thường trú của quý vị.

Theo Đạo luật Giảm Công việc Giấy tờ năm 1995, không người nào phải trả lời một bản thu thập thông tin trừ khi trên bản đó có một số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho việc thu thập thông tin này là 0938-1378. Thời gian cần thiết để hoàn thành thu thập thông tin này được ước tính là trung bình 20 phút cho mỗi bản trả lời, bao gồm thời gian xem hướng dẫn, tìm kiếm các nguồn dữ liệu hiện có, thu thập dữ liệu cần thiết, và hoàn thành và xem xét lại việc thu thập thông tin. Nếu quý vị có bất kỳ nhận xét nào về tính chính xác của ước lượng thời gian hoặc các gợi ý để cải thiện mẫu này, vui lòng gửi thư tới: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

QUAN TRỌNG

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

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) là một chương trình HMO có hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh tham gia chương trình IEHP DualChoice (HMO D-SNP) phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.

Phần 1 – Tất cả các mục trên trang này là bắt buộc (trừ khi được cho biết là không bắt buộc)			
Chọn chương trình mà quý vị muốn tham gia: ☐ IEHP DualChoice (HMO D-SNP) - \$0 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 đường phố Nơi Thường trú (Không ghi hộp thư bưu điện [PO Box]. Lưu ý: Đối với những cá nhân vô gia cư, hộp thư bưu điện có thể được coi là địa chỉ thường trú của quý vị.):			
Thành phố:	Không bắt buộc: Quận:	Tiểu bang:	Mã ZIP:
Địa chỉ gửi thư, nếu khác với địa chỉ thường trú của quý vị (cho phép ghi PO Box):			
Địa chỉ đường phố:		Thành phố:	Tiểu bang: Mã ZIP:
Thông tin Medicare của quý vị:			
Mã số Medicare: ____ - ____ - ____			
Hãy trả lời những câu hỏi quan trọng sau:			
Quý vị sẽ có bảo hiểm thuốc kê toa khác (như là VA, TRICARE) ngoài IEHP DualChoice không? ☐ Có ☐ Không			
Tên của bảo hiểm khác:		Mã số hội viên cho bảo hiểm này:	Mã số nhóm cho bảo hiểm này:
_____		_____	_____
Chương trình Nhu cầu Đặc biệt Kép (HMO D-SNP) là dành cho những người đủ điều kiện nhận Medicare và Medicaid. Với việc ghi danh vào chương trình này, quý vị hiểu rằng quý vị phải tiếp tục ghi danh trong chương trình Medicaid của tiểu bang của quý vị để tiếp tục đủ điều kiện nhận chương trình này.			
1) Quý vị có ghi danh vào chương trình Medicaid (Medi-Cal) của tiểu bang của quý vị không? ☐ Có ☐ Không			
2) Nếu chọn “có”, hãy cung cấp số CIN (Client Index Number) Medicaid chín chữ số của quý vị: _____			

QUAN TRỌNG: Hãy đọc và ký tên bên dưới.

- Tôi phải giữ cả bảo hiểm Bệnh viện (Phần A) và Y tế (Phần B) để ở lại chương trình IEHP DualChoice.
- Bằng việc tham gia Chương trình Medicare Advantage này, tôi xác nhận rằng IEHP DualChoice sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare, họ có thể sử dụng thông tin đó để theo dõi việc ghi danh của tôi, để thực hiện thanh toán, và cho các mục đích khác được luật pháp Liên bang cho phép để thu thập các thông tin này (xem Tuyên bố về Đạo luật Quyền Riêng tư bên dưới). Câu trả lời của quý vị trong mẫu đơn này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không trả lời có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh trong chương trình.
- Tôi hiểu rằng tôi chỉ có thể ghi danh vào một chương trình MA tại một thời điểm -- và việc ghi danh vào chương trình này sẽ tự động chấm dứt việc ghi danh của tôi ở một chương trình MA khác (áp dụng các ngoại lệ cho chương trình MA PFFS, MA MSA).
- Tôi hiểu rằng khi bảo hiểm IEHP DualChoice của tôi bắt đầu, tôi phải nhận được tất cả các phúc lợi y tế và thuốc theo toa của mình từ IEHP DualChoice. Các phúc lợi và dịch vụ do IEHP DualChoice cung cấp và có trong tài liệu “Chứng từ Bảo hiểm” (còn được gọi là hợp đồng hội viên hoặc thỏa thuận người đăng ký) IEHP Dualchoice của tôi sẽ được bảo hiểm đài thọ. Cả Medicare lẫn IEHP DualChoice đều sẽ không thanh toán cho các phúc lợi hoặc dịch vụ không được đài thọ.
- Thông tin trong mẫu đơn ghi danh này là đúng theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai lệch vào mẫu đơn 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 thay mặt tôi) trên đơn đăng ký này đồng nghĩa với việc tôi đã đọc và hiểu rõ nội dung của đơn đăng ký này. Nếu được ký bởi một đại diện được ủy quyền (như mô tả ở trên), thì chữ ký đó sẽ xác nhận rằng:
 - 1) Người này được ủy quyền theo luật tiểu bang để hoàn thành mẫu đơn ghi danh này và
 - 2) Tài liệu ủy quyền này cần được cung cấp khi có yêu cầu của Medicare.

Chữ ký:

Ngày hôm nay:

Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, hãy ký tên bên trên và điền những mục sau:

Tên:

Địa chỉ:

Số điện thoại:

Mối quan hệ với người ghi danh:

Phần 2 – Tất cả các mục trong phần này đều không bắt buộc.

Việc trả lời những câu hỏi này là tùy vào lựa chọn của quý vị. Quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm vì đã không trả lời những câu hỏi này.

Hãy chọn một lựa chọn nếu quý vị muốn chúng tôi gửi tới quý vị thông tin bằng một ngôn ngữ khác không phải Tiếng Anh.

☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Tiếng Trung Quốc ☐ Tiếng Việt

Hãy chọn một lựa chọn nếu quý vị muốn chúng tôi gửi tới quý vị thông tin ở định dạng dễ tiếp cận.

☐ Chữ nổi Braille ☐ Chữ in khổ lớn ☐ CD Âm thanh ☐ CD Thông tin

Hãy liên hệ với IEHP DualChoice theo số **1-800-741-IEHP (4347)** nếu quý vị cần thông tin ở định dạng dễ tiếp cận khác các định dạng được ghi bên trên. Giờ làm việc của chúng tôi là từ 8 giờ sáng-8 giờ tối (Múi Giờ PST), 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ. Người dùng TTY có thể gọi số **711**.

Quý vị có đi làm không? ☐ Có ☐ Không

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

Hãy ghi Bác sĩ Chăm sóc Chính (Primary Care Physician, PCP), phòng khám hoặc trung tâm y tế mà quý vị đến thăm khám:

Dành cho những người giúp đỡ người ghi danh hoàn thành mẫu đơn này

Hoàn thành phần này nếu quý vị là một cá nhân (ví dụ: đại lý, nhà môi giới, cố vấn SHIP, thành viên trong gia đình hoặc bên thứ ba khác) giúp người ghi danh điền vào mẫu đơn này.

Tên: _____ Mối quan hệ với người ghi danh: _____

Chữ ký: _____ Số Nhà sản xuất Quốc gia (Chỉ dành cho Đại lý/Nhà môi giới): _____

TUYÊN BỐ ĐẠO LUẬT QUYỀN RIÊNG TƯ

Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) thu thập thông tin từ các chương trình của Medicare để theo dõi việc người thụ hưởng ghi danh vào các Chương trình Medicare Advantage (MA), cải thiện dịch vụ chăm sóc, và để thanh toán các phúc lợi của Medicare. Các mục 1851 của Đạo luật An sinh Xã hội và 42 CFR §§ 422.50 và 422.60 cho phép thu thập các 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 quy định trong Hệ thống Thông báo Hồ sơ (System of Records Notice, SORN) "Thuốc kê toa của Medicare Advantage (MARx)", Hệ thống số 09-70-0588. Câu trả lời của quý vị trong mẫu đơn này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không trả lời có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh trong chương trình.

Chứng Thực Về Điều Kiện Hội Đủ Cho Giai Đoạn Ghi Danh

Thông thường, quý vị chỉ có thể ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage trong giai đoạn ghi danh hàng năm từ ngày 15 Tháng Mười đến ngày 7 Tháng Mười Hai mỗi năm. Có các ngoại lệ có thể cho phép quý vị ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage ngoài giai đoạn này.

Hãy đọc kỹ các nhận định sau và đánh dấu vào ô nếu nhận định áp dụng cho quý vị. Bằng việc đánh dấu bất kỳ ô nào sau đây, quý vị xác nhận rằng, theo mức độ hiểu biết nhất của quý vị, quý vị đủ điều kiện cho một Giai đoạn Ghi danh. Nếu sau này chúng tôi biết được rằng thông tin đó không chính xác, quý vị có thể sẽ bị hủy ghi danh.

- ☐ Tôi là hội viên mới của Medicare.
- ☐ Tôi ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage và muốn thực hiện thay đổi trong Giai đoạn Ghi danh Mở Medicare Advantage (MA OEP).
- ☐ Gần đây tôi đã chuyển nhà ra khỏi khu vực dịch vụ của chương trình mà tôi đang tham gia hoặc tôi mới chuyển nhà và có các lựa chọn mới. Tôi đã chuyển nhà vào (điền ngày) _____
- ☐ Gần đây, tôi đã được trả tự do sau khi bị giam giữ. Tôi đã được trả tự do vào ngày (điền ngày) _____
- ☐ Gần đây tôi đã quay về Hoa Kỳ sau khi sống định cư bên ngoài Hoa Kỳ. Tôi đã quay về Hoa Kỳ vào ngày (điền ngày) _____.
- ☐ Tôi mới được nhận tình trạng thường trú hợp pháp tại Hoa Kỳ. Tôi đã có được tình trạng này vào (điền ngày) _____.
- ☐ Gần đây tôi có sự thay đổi trong Medicaid của mình (mới có Medicaid, có thay đổi về mức độ hỗ trợ Medicaid hoặc bị mất Medicaid) vào (điền ngày) ____
.
- ☐ Gần đây đã có thay đổi về Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help) của mình để thanh toán cho bảo hiểm thuốc kê toa Medicare của tôi (mới nhận Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help), có thay đổi về cấp độ Hỗ trợ Bổ sung, hoặc bị mất Hỗ trợ Bổ sung) vào (điền ngày) _____.
- ☐ Tôi có Medicare và nhận được đầy đủ các phúc lợi Medicaid. Tôi muốn tham gia hoặc chuyển sang một chương trình điều phối bảo hiểm giữa các

chương trình chăm sóc có quản lý Medicare và Medicaid (được gọi là Chương trình Nhu cầu Đặc biệt Đủ điều kiện kép (D-SNP) tích hợp).

- ☐ Tôi chuyển đến sống, sống ở, hoặc gần đây đã chuyển ra khỏi Cơ sở Chăm sóc
Dài hạn (ví dụ như nhà dưỡng lão hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn). Tôi đã chuyển/sẽ chuyển đến/đi khỏi cơ sở vào (điền ngày) _____.
- ☐ Gần đây tôi đã rời khỏi chương trình PACE vào (điền ngày) _____.
- ☐ Gần đây tôi đã vô tình để mất bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín (bảo hiểm tốt ngang với bảo hiểm của Medicare). Tôi đã mất bảo hiểm thuốc của mình vào (điền ngày) _____.
- ☐ Tôi sẽ rời khỏi bảo hiểm của chủ lao động hoặc công đoàn vào (điền ngày) _____.
- ☐ Tôi đang tham gia Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Của Tiểu Bang đủ điều kiện hoặc tôi đang mất trợ giúp từ Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm của Tiểu bang.
- ☐ Chương trình của tôi sẽ kết thúc hợp đồng của họ với Medicare hoặc Medicare sẽ kết thúc hợp đồng của họ với chương trình của tôi.
- ☐ Tôi đã ghi danh vào một chương trình của Medicare (hoặc tiểu bang của tôi) và tôi muốn chọn một chương trình khác. Việc ghi danh của tôi vào chương trình đó bắt đầu từ (điền ngày) _____.
- ☐ Tôi đã được ghi danh vào một Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt (Special Needs Plan, SNP) nhưng tôi đã không còn hội đủ điều kiện về nhu cầu đặc biệt cần thiết để tham gia chương trình đó. Tôi đã hủy ghi danh khỏi SNP vào ngày (điền ngày) _____.
- ☐ Tôi đã bị ảnh hưởng bởi trường hợp khẩn cấp hoặc thảm họa lớn (theo như tuyên bố của Cơ quan Quản lý Trường hợp khẩn cấp Liên bang (Federal Emergency Management Agency, FEMA)) hoặc bởi một cơ quan chính phủ liên bang, tiểu bang hoặc địa phương. Một trong những nhận định khác ở đây áp dụng với tôi, nhưng tôi đã không thể tiến hành ghi danh do thảm họa thiên nhiên.

Nếu không nhận định nào áp dụng với quý vị hoặc quý vị không chắc chắn, hãy liên hệ với IEHP DualChoice theo số **1-800-741-IEHP (4347)** (Người dùng TTY xin gọi **711**) để xem liệu quý vị có đủ điều kiện để ghi danh không. Chúng tôi mở cửa từ 8 giờ sáng-8 giờ tối (Múi giờ PST), 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ.