



OMB 編號 0938-1378
到期日期: 2026 年 6 月 30 日

參保 MEDICARE ADVANTAGE 計劃 (C 部分) 需使用的個人參保申請表

誰可使用本表格？

擁有 Medicare 且想加入 Medicare Advantage 計劃的人士

如欲加入計劃，您必須：

- 具備美國公民身分或美國合法居民身分
- 居住在計劃的服務區域

重要事項：如欲加入 Medicare Advantage 計劃，您還必須同時擁有：

- Medicare A 部分 (醫院保險)
- Medicare B 部分 (醫療保險)
- Medi-Cal (加州低收入個人的醫療援助保險)

我在什麼時候該使用本表格？

您可在下列時間加入計劃：

- 每年的 10 月 15 日至 12 月 7 日期間 (承保從 1 月 1 日開始生效)
- 剛取得 Medicare 的 3 個月內
- 您獲得許可，能夠加入或轉換計劃的特定情況

請前往 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) 以進一步瞭解您何時可以註冊參加計劃。

填寫本表格需要哪些資訊？

- 您的 Medicare 號碼 (該號碼就列於您的紅白藍 Medicare 卡上)
- 您的永久地址和電話號碼

備註：您必須填寫第 1 部分的所有項目。第 2 部分的項目為選填 — 您不會因為沒有填寫這部分的項目而遭到拒保。

提醒事項：

- 如果您想在秋季開放參保期 (10 月 15 日至 12 月 7 日) 加入計劃，該計劃必須在 12 月 7 日之前收到您填妥的表格。
- 您的計劃將會寄送計劃的保費帳單給您。您可選擇從您的銀行帳戶或每月社會安全 (鐵路退休職工委員會) 福利中扣繳保費款項。

接下來的流程為何？

將您填妥且簽名的表格寄送至：

IEHP DualChoice (HMO D-SNP)

P.O. Box 1800

Rancho Cucamonga

CA, 91729-1800

在他們處理您的加入要求後，他們將會與您聯絡。

我該如何取得與本表格有關的協助？

請致電 **1-800-741-IEHP (4347)** 與 IEHP DualChoice 聯絡。TTY 使用者請致電 **711**。

或者，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡。TTY 使用者請致電 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 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

無家可歸人士

- 如果您想加入計劃，但您沒有永久住所，郵政信箱、收容所或診所的地址或是您可接收郵件 (例如：社會安全福利支票) 的地址均可視為是您的永久住所地址。

根據 1995 年文書簡化法 (Paperwork Reduction Act of 1995) 規定，除非顯示有效的行政管理與預算局 (OMB) 控制編號，否則任何人都不必回應。本資訊收集的行政管理與預算局 (OMB) 控制編號為 0938-NEW。填寫這些資訊所需時間預估每次回應平均 20 分鐘，包括閱讀指示說明、搜尋現有資料資源、收集所需資料，以及填寫和檢查資訊收集內容所需的時間。如果您有關於時間預估準確度的任何意見，或有改善本表格的建議，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

請勿將本表格或包含您個人資訊的任何項目 (例如理賠、付款資訊、醫療紀錄等) 寄給 PRA Reports Clearance Office。我們若收到與如何改善本表格或如何減輕資訊收集負擔 (如行政管理與預算局 (OMB) 0938-1378 中所述) 無關的任何項目，我們均會將其銷毀。我們將不會保存、審查該項目或將其轉交給計畫。請參閱本頁的「接下來的流程為何？」部分，以將您填妥的表格寄給計畫。

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 是一項簽有 Medicare 合約的 HMO 計劃。參保 IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 需視合約續約情況而定。

第 1 部分 – 本頁的所有欄位均為必填 (除非有標示為選填)

請選擇您想加入的計劃：

☐ IEHP DualChoice (HMO D-SNP) - 每個月 \$0

名字： 姓氏： 中間名縮寫：

出生日期：(月 / 日 / 年) 性別： 電話號碼：
(/ /) ☐ 男性 ☐ 女性 ()

永久住所街道地址 (請勿填寫郵政信箱)：

城市： 郡縣： 州： 郵遞區號：

通訊地址 (如與永久地址不同 [可填寫郵政信箱])：

街道地址： 城市： 州： 郵遞區號：

您的 Medicare 資訊：

Medicare 號碼： - - - - - - - - - -

請回答以下重要問題：

除了 IEHP DualChoice 之外，您是否將會擁有其他處方藥承保 (如VA，TRICARE)? ☐ 是 ☐ 否
其他承保名稱： 該承保的會員號碼： 該承保的團體號碼：

雙重特殊需求(HMO D-SNP) 計劃適用於有資格享有Medicare和Medicaid的人。通過加入此計劃，您明白您必須保持擁有您州的Medicaid計劃，才能保持參與此計劃的資格。

1) 您是否已加入您所在州的 Medicaid (Medi-Cal) 方案? ☐ 是 ☐ 否

2) 如回答「是」，請提供您 Medicaid 九位數的客戶索引號碼 (Client Index Number): _____

重要事項：請閱讀下文並在下方簽名：

- 本人必須同時擁有醫院 (A 部分) 承保和醫療 (B 部分) 承保才能留在 IEHP DualChoice 中。
- 加入本 Medicare Advantage 計劃即代表本人瞭解，IEHP DualChoice 將會與 Medicare 分享本人的資訊，而 Medicare 可能會使用這些資訊來追蹤本人的參保狀況、進行給付，以及聯邦法律所允許收集資訊的其他用途 (請參閱後文的「隱私法聲明」)。您是自願回覆本表格。然而，不回覆本表格可能會影響您參保計劃。
- 本人瞭解，本人一次只能參保一項 Medicare Advantage (MA) 計劃，且參保本計劃將會使本人所參保的其他 Medicare Advantage (MA) 計劃自動終止 (例外情況適用於 MA PFFS，MA MSA 計劃)。
- 本人瞭解，在本人的 IEHP DualChoice 承保開始生效之後，本人必須透過 IEHP DualChoice 取得所有醫療福利和處方藥福利。由 IEHP DualChoice 所提供的福利和服務以及包含在 IEHP DualChoice「承保範圍證明」文件 (又稱為會員合約或投保人協議) 中的福利和服務均可獲得承保。Medicare 和 IEHP DualChoice 均不會給付不屬於承保範圍的福利或服務。
- 就本人所知，本參保申請表中的資訊均正確無誤。本人瞭解，如果本人蓄意在本表格中提供不實資訊，本人將會遭到計劃退保。
- 本人瞭解，本人 (或獲得合法授權可代表本人行事的人士) 在本申請表上簽名即代表本人已閱讀並瞭解本申請表的內容。如果是由授權代理人 (如上所述) 簽名，此簽名證明：
 - 1) 該人士已獲得州法律的授權，得以填寫本參保申請表；且
 - 2) 可應 Medicare 的要求提供此授權的證明文件。

簽名： 今天日期：

如果您是授權代理人，請在上方簽名並填寫以下欄位：

姓名： 地址：

電話號碼： 與計劃參加者的關係：

第 2 部分 – 本頁的所有欄位均為選填

您可自行選擇是否要回答這些問題。您不會因為沒有填寫這部分的項目而遭到拒保。

您是西語裔、拉丁裔男性 / 拉丁裔女性或具有西班牙人血統嗎？請選擇所有適用項目。

- | | |
|---|--|
| ☐ 否，本人不是西語裔、拉丁裔男性 / 拉丁裔女性，也不具有西班牙人血統 | ☐ 是，本人是墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾男性 / 奇卡諾女性 |
| ☐ 是，本人是波多黎各人 | ☐ 是，本人是古巴人 |
| ☐ 是，本人是其他西語裔、拉丁裔男性 / 拉丁裔女性，或本人具有西班牙人血統 | |
| ☐ 本人不願作答 | |

您的種族是什麼？請選擇所適用項目。

- | | | |
|---|----------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ 美國印第安人或阿拉斯加原住民 | ☐ 亞裔印第安人 | ☐ 黑人或非裔美國人 |
| ☐ 華裔 | ☐ 菲律賓人 | ☐ 關島人或查莫羅人 |
| ☐ 日本人 | ☐ 韓國人 | ☐ 夏威夷原住民 |
| ☐ 其他亞裔 | ☐ 其他太平洋島民 | ☐ 薩摩亞人 |
| ☐ 越南人 | ☐ 白人 | |
| ☐ 本人不願作答 | | |

如果您希望我們寄送英文以外之其他語言版本的資訊給您，請選擇一項。

- ☐ 西班牙文 ☐ 中文 ☐ 越南文

如果您希望我們寄送無障礙格式的資訊給您，請選擇一項。

- ☐ 盲文版 ☐ 大字版 ☐ 語音 CD

如果您需要上列以外之其他無障礙格式的資訊，請致電 **1-800-741-IEHP (4347)** 與 IEHP DualChoice 聯絡。我們辦公室的服務時間為每週 7 天 (包括假日)，上午 8 時至晚上 8 時 (太平洋標準時間 (PST))。TTY 使用者請致電 **711**。

您是否有在工作？ ☐ 是 ☐ 否

您的配偶是否有在工作？ ☐ 是 ☐ 否

請列出您的基本保健醫生(Primary Care Physician, PCP)、診所或健康中心：

僅適用於幫助參保者填寫此表格的個人

如果您是個人(即代理人，經紀人，SHIP 顧問，家人或其他第三方) 幫助參保者填寫此表格。

姓名: _____ 與參保者的關係: _____

簽名: _____ 國家生產商代碼 NPN (僅限代理商/ 經紀人): _____

[optional space for other administrative information needed by plan]

隱私法聲明

Medicare 與 Medicaid 服務中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) 透過 Medicare 計劃收集資訊，以追蹤受益人參保 Medicare Advantage (MA) 計劃的狀況、改善照護並給付 Medicare 福利。《社會安全法》第 1851 節及《聯邦規則彙編》(CFR) 第 42 篇第 422.50 和第 422.60 節授權此類資訊收集。Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 可按照紀錄通報系統 (System of Records Notice, SORN) 中「Medicare Advantage 處方藥 (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)」(系統編號 09-70-0588) 部分所述的規定使用、披露及交換 Medicare 受益人的參保資料。您是自願回覆本表格。不過，不回覆本表格可能會影響您參保計劃。

參保期資格證明

一般而言，您僅可在每年 10 月 15 日至 12 月 7 日的年度參保期期間參保 Medicare Advantage 計劃。有一些例外情況可讓您在此期間以外的時間參保 Medicare Advantage 計劃。

請仔細閱讀下列陳述，如果陳述適用於您，請勾選相應的方框。勾選下列任何方框即代表您證明就您所知，您符合使用參保期的資格。如果我們之後判定這些資訊有誤，您可能會遭到退保。

- ☐ 本人是 Medicare 的新參保人。
- ☐ 本人目前已參保某項 Medicare Advantage 計劃，且本人想在 Medicare Advantage 開放參保期 (MA OEP) 進行變更。
- ☐ 本人最近剛搬離本人目前計劃的服務區域，或者本人最近剛剛搬家且本計劃是本人的新選項。本人的搬家日期是 (insert date) _____。
- ☐ 本人最近剛剛出獄。本人的出獄日期是 (insert date) _____。
- ☐ 本人長期居住在美國境外，並於最近剛剛返回美國。本人返回美國的日期是 (insert date) _____。
- ☐ 本人最近剛取得美國合法居民身分。本人取得此身分的日期是 (insert date) _____。
- ☐ 本人的 Medicaid 最近有變更 (剛取得 Medicaid、Medicaid 的補助等級有變更或喪失 Medicaid)，變更日期是 (insert date) _____。
- ☐ 本人用於支付 Medicare 處方藥承保費用的額外補助最近有變更 (剛取得額外補助、額外補助的等級有變更或喪失額外補助)，變更日期是 (insert date) _____。
- ☐ 本人同時擁有 Medicare 與 Medicaid (或者州政府協助本人支付 Medicare 保費) 或者本人獲得額外補助以用其支付 Medicare 處方藥承保費用，但本人的狀況沒有變更。
_____。
- ☐ 本人即將搬進、目前住在或最近剛剛搬出長期照護機構 (例如：療養院或長期照護機構)。本人當初 / 即將搬進 / 搬出該機構的日期是 (insert date) _____。
- ☐ 本人最近剛剛退出老年人全方位照護 (PACE) 方案，退出日期是 (insert date) _____。

- ☐ 本人最近在非自願的情況下喪失本人的可替代處方藥承保 (與 Medicare 相當的承保)。本人喪失藥物承保的日期是 (insert date) _____。
- ☐ 本人退出雇主承保或工會承保的日期是 (insert date) _____。
- ☐ 本人有參加州政府所提供的藥房補助方案。
- ☐ 本人的計劃即將終止其與 Medicare 所簽訂的合約，或者 Medicare 即將終止其與本人計劃所簽訂的合約。
- ☐ 本人參保了由 Medicare (或州政府) 所提供的某項計劃，且本人想選擇其他計劃。本人參保該計劃的生效日期是 (insert date) _____。
- ☐ 本人參保特殊需求計劃 (Special Needs Plan, SNP)，但本人已喪失留在該計劃所需的特殊需求資格。本人從特殊需求計劃 (SNP) 退出的日期是 (insert date) _____。
- ☐ 本人受到氣候相關緊急狀態或重大災害 (如聯邦緊急事務管理署 [Federal Emergency Management Agency, FEMA] 所宣布) 的影響。以上其中一項陳述適用於本人，但本人因為自然災害而無法辦理參保。

如果上列陳述均不適用於您或者您不確定，請致電 **1-800-741-IEHP (4347)** (TTY 使用者請致電 **711**) 與 IEHP DualChoice 聯絡，以確認您是否有資格參保。
我們的服務時間為每週 7 天 (包括假日)，上午 8 時至晚上 8 時 (太平洋標準時間 (PST))。