

2026 年個人入保申請表

誰可以使用此表格？

希望加入 Medicare Advantage Plan 或 Medicare Prescription Drug Plan 的 Medicare 計畫成員。

若要加入計畫，您必須：

- 是美國公民或在美國合法居留。
- 居住在計畫的服務區域。

重要事項：若要加入 Medicare Advantage Plan，您還必須同時擁有以下兩者：

- Medicare A 部分（住院保險）
- Medicare B 部分（醫療保險）

重要事項：若要加入 Medicare Prescription Drug Plan，您還必須擁有以下其中一項或兩者皆有：

- Medicare A 部分（住院保險）
- Medicare B 部分（醫療保險）

我應在何時使用此表格？

您可以在以下時間加入計畫：

- 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日之間（承保範圍自 1 月 1 日生效）
- 首次取得 Medicare 資格後的三（3）個月內
- 在某些情況下，您可以加入或更換計畫

請造訪 **Medicare.gov** 以了解更多關於您可以何時加入計畫的資訊。

我需要準備什麼來填寫此表格？

- 您的 Medicare 號碼（您紅、白、藍色 Medicare 卡上的號碼）
- 您的永久地址與電話號碼

請注意：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而遭拒絕承保。

請注意：

- 如果您想在年度參保期（10 月 15 日至 12 月 7 日）內加入計畫，計畫必須在 12 月 7 日前收到您完整填寫的表格。

根據 1995 年的《文書簡化法案》規定，資訊收集文件必須顯示有效的 OMB 控制編號，否則任何人均不必回覆此類資訊收集。此資訊收集的有效 OMB 控制編號為 0938-1378。填寫此資訊的平均預計時間為每份回覆 20 分鐘，包括審閱說明、搜尋現有資料資源、收集所需資料，以及填寫和審閱此資訊。如果您對上述時間估計之準確性有任何評論，或者對改進此表格有任何建議，請致函，地址是：CMS, 7500 Security Boulevard, 收件人：PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

重要事項

請勿將此表格或任何包含您個人資訊的項目（例如索償單、付款資料、醫療紀錄等），寄送至 PRA Reports Clearance Office。非關如何改善此表格或其收集負擔（如 OMB 0938-1378 所述）的任何項目，我們都將予以銷毀。其將不予保留、審閱或轉交給計畫。請參閱本頁「接下來會發生什麼？」的部分，將您填寫完成的表格寄給計畫。OMB 編號：0938-1378 到期日：2026 年 12 月 31 日

- 您的計畫將寄送計畫保費帳單給您（如適用）。您可以選擇加入，將保費從您的銀行帳戶或您的每月社會安全（或鐵路職工退休管理委員會）福利中扣除。
- 年度參保期（10 月 15 日至 12 月 7 日）的入保將於 1 月 1 日生效。

接下來會發生什麼？

請將填妥並簽署的表格寄送至：

Alameda Alliance for Health
收件人：Alameda Alliance Wellness
Medicare Operations – Sales
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

一旦他們處理了您的加入申請，就會與您聯繫。

如何針對此表格取得協助？

請致電 Alameda Alliance Wellness，電話：

1.877.972.5373。TTY 使用者請致電

1.800.735.2929。或撥打 Medicare 專線：

1.800.MEDICARE (1.800.633.4227)。TTY 使用者請致電：**1.877.486.2048**。

En español: Llame a Alameda Alliance Wellness al **1.877.972.5373** o a Medicare gratis al **1.800.633.4227** y oprima el **8** para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

無家可歸者

如果您想加入計畫但沒有永久住址，則郵政信箱、收容所或診所地址，或是您收信（例如社會安全支票）的地址，均可被視為您的永久居住地址。

第 1 部分：本頁所有字段皆為必填（除非標註為可選填）

選擇您想要加入的計畫：

☒ **Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP) – 每月 \$0**

名字：_____ 姓氏：_____ 中間名首字母（可選填）：__

出生日期（月/日/年）：_____ 性別：☐男 ☐女

電話號碼：_____

永久住址（請勿輸入郵政信箱。注意：對於正處於無家可歸狀態的人士，郵政信箱可被視為您的永久居住地址。）：

城市：_____ 縣：_____

州：_____ 郵遞區號：_____

郵寄地址（如果與您的永久地址不同，才需要填寫。可以使用郵政信箱。）：

街道地址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____

電子郵件地址（可選填）：_____

手機號碼（可選填）：_____

提供您的電話號碼和/或電子郵件地址，即表示您同意允許 Alameda Alliance Wellness 透過電話、簡訊或電子郵件與您聯繫和溝通。您可以隨時聯絡 Alameda Alliance Wellness 計畫成員服務處來更改此同意。

提供您的電子郵件地址將自動為您註冊部分計畫通訊的無紙化遞送服務。當有新的通訊（例如：福利說明書或年度變更通知）可在線上查看時，我們將寄送電子郵件通知您。

您的 Medicare 資訊：

Medicare 號碼： _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _

請回答這些重要問題：

除了 Alameda Alliance Wellness 以外，您是否還有其他處方藥承保福利（例如 VA、TRICARE）？

☐是 ☐否

其他保險名稱：_____

此保險的計畫成員號碼：_____

此保險的團體號碼：_____

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

如果是，請提供您的 Medicaid (Medi-Cal) 號碼：_____

重要事項
仔細閱讀並在下面簽名：

- 我必須同時維持住院（A 部分）與醫療（B 部分）的資格，才能留在 Alameda Alliance Wellness。
- 加入此 Medicare Advantage Plan，即表示本人確認 Alameda Alliance Wellness 將與 Medicare 分享我的資訊，而 Medicare 可能會將其用於追蹤我的入保、付款，以及聯邦法律授權收集此資訊的其他目的（請參閱下方的隱私權法聲明）。您對此表格的回覆是自願的。然而，不填寫表格可能會影響您加入計畫。
- 本人明白，本人一次只能加入一個 MA 或 D 部分計畫，且加入此計畫將自動終止我在另一個 MA 或 D 部分計畫中的入保（MA PFFS、MA MSA 計畫除外）。
- 本人明白，當 Alameda Alliance Wellness 承保開始時，本人必須從 Alameda Alliance Wellness 獲得所有的醫療與處方藥物福利。由 Alameda Alliance Wellness 提供並包含在我 Alameda Alliance Wellness「承保項目說明書」文件（也稱為計畫成員合約或投保協議）中的福利與服務將受承保。Medicare 和 Alameda Alliance Wellness 都不會為未承保的福利或服務付款。
- 據本人所知，此入保表格中的資訊正確無誤。本人明白，如果在本表格上故意提供虛假資訊，計畫會將本人退出承保。
- 本人明白，在本申請上的簽名（或代理本人之獲合法授權代理人的簽名）表示我已閱讀並理解本申請的內容。如果由授權代表簽署（如上所述），此簽名證明：
 1. 此人根據州法律被授權完成此入保，以及
 2. 此授權證明文件可應 Medicare 要求提供。

第 2 部分：本部分所有字段皆為可選填

是否回答這些問題由您決定。您不會因為沒有填寫而被拒絕承保。

如果您希望我們以英語以外的語言寄送資訊給您，請選擇一（1）項。

☐ 西班牙語 ☐ 中文 ☐ 越南語 ☐ 他加祿語 ☐ 波斯語

如果您希望我們以無障礙格式寄送資訊給您，請選擇一（1）項。

☐ 點字 ☐ 大字體 ☐ 有聲光碟 ☐ 資料光碟

如果您需要上述未列出的無障礙格式資訊，請聯絡 Alameda Alliance Wellness 計畫成員服務處，電話：**1.888.88A.DSNP（1.888.882.3767）**。我們的辦公時間為週一至週日（每週七 [7] 天），上午 8 時至晚上 8 時。TTY 使用者請致電 **1.800.735.2929**。

您是否就業？☐是 ☐否

您的配偶是否就業？☐是 ☐否

列出您的主要醫療保健服務提供者（Primary Care Provider, PCP）、診所或健康中心：

簽名：_____ 當日日期：_____

若您是授權代表，請在以上欄位簽名，並填寫以下字段：

全名：_____

街道地址：_____ 城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____

電話號碼：_____ 與入保者的關係：_____

僅適用於幫助入保者填寫此表格的個人：

如果您是幫助入保者填寫此表格的個人（即代理人、經紀人、SHIP 輔導員、家庭成員或其他第三方），請填寫此部分。

全名：_____ 與入保者的關係：_____

簽名：_____

國家生產者編號（僅限代理商/經紀人）：_____

如果您對您的入保狀態有疑問，請聯絡 Alameda Alliance Wellness 計畫成員服務處，電話：
1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767)，服務時間為週一至週日（每週七 [7] 天），上午 8 時至晚上 8 時。
TTY 使用者請致電 **1.800.735.2929**。

Alameda Alliance Wellness 是一項健康維護組織雙重資格特殊需求計畫（Health Maintenance Organization Dual Eligible Special Needs Plan, HMO D-SNP）計畫，與 Medicare 和加州 Medi-Cal（Medicaid）計畫均簽有合約。Alameda Alliance Wellness 能否開放入保視合約續簽情況而定。

隱私權法聲明

Medicare 與 Medicaid 服務中心（CMS）收集 Medicare 計畫的資訊，以追蹤受益人在 Medicare Advantage（MA）計畫中的入保、改善護理，以及支付 Medicare 福利。《社會保障法》第 1851 與 1860D-1 節以及 CFR 第 42 章第 422.50 與 422.60 節授權收集此資訊。CMS 可能會依據「Medicare Advantage Prescription Drug（MARx）」系統記錄通知（SORN），系統編號 09-70-0588，使用、揭露及交換來自 Medicare 受益人的入保資料。您對此表格的回覆是自願的。然而，不填寫表格可能會影響您加入計畫。