

فرم درخواست ثبت نام انفرادی 2026

چه کسانی می توانند از این فرم استفاده کنند؟

افرادی که Medicare دارند و می خواهند به طرح Medicare Advantage یا طرح داروهای تجویزی Medicare بپیوندند.

برای پیوستن به یک طرح، شما باید:

- شهروند ایالات متحده باشید یا به طور قانونی در ایالات متحده حضور داشته باشید
- در منطقه خدمات رسانی طرح زندگی کنید

مهم: برای پیوستن به طرح Medicare Advantage، باید هر دو مورد زیر را نیز داشته باشید:

- Medicare بخش A (بیمه بیمارستانی)
- Medicare بخش B (بیمه پزشکی)

مهم: برای پیوستن به طرح داروهای تجویزی Medicare، باید یکی از دو مورد زیر یا هر دو را نیز داشته باشید:

- Medicare بخش A (بیمه بیمارستانی)
- Medicare بخش B (بیمه پزشکی)

چه زمانی از این فرم استفاده کنم؟

می توانید به یک طرح بپیوندید:

- هر سال، از 15 اکتبر تا 7 دسامبر (برای پوششی که از 1 ژانویه شروع شده باشد)
- در عرض سه (3) ماه پس از دریافت Medicare برای اولین بار
- در شرایط خاصی که شما مجاز هستید به طرح ها بپیوندید یا در آنها جابجا شوید

به **Medicare.gov** مراجعه کنید تا در مورد زمان ثبت نام در یک طرح بیشتر بدانید.

برای تکمیل این فرم به چه چیزهایی نیاز دارم؟

- شماره Medicare شما (شماره روی کارت قرمز، سفید و آبی Medicare شما)
- آدرس و شماره تلفن دائمی شما

لطفاً توجه داشته باشید: شما باید تمام موارد در **بخش 1** را تکمیل کنید. موارد موجود در **بخش 2/اختیاری** هستند — اگر آن را پر نکنید، پوشش شما رد نخواهد شد.

طبق قانون کاهش تشریفات اداری 1995، هیچ شخصی ملزم به پاسخگویی به مجموعه ای از اطلاعات نیست، مگر اینکه شماره کنترل دفتر مدیریت و بودجه (Office of Management and Budget, OMB) معتبری را نشان دهد. شماره کنترل OMB معتبر برای این مجموعه اطلاعاتی 0938-1378 می باشد. زمان مورد نیاز برای تکمیل این اطلاعات به طور متوسط 20 دقیقه برای هر پاسخ برآورد شده است که شامل زمان بررسی دستورالعمل ها، جستجوی منابع داده های موجود، جمع آوری داده های مورد نیاز و تکمیل و بررسی مجموعه اطلاعات می شود. اگر در مورد (های) زمان یا پیشنهاداتی برای بهبود این فرم دارید، لطفاً به آدرس نامه ای ارسال کنید: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

مهم

این فرم یا هیچ موردی را که حاوی اطلاعات شخصی شما (مانند مطالبات، پرداخت ها، سوابق پزشکی و غیره) است، به دفتر پاکسازی گزارش های قانون کاهش تشریفات اداری (Paperwork Reduction Act, PRA) ارسال نکنید. هر موردی که دریافت کنیم و در مورد نحوه بهبود این فرم یا بار وصول آن (مطابق با 0938-1378 OMB) نباشد، از بین خواهد رفت. چنین موردی نگهداری، بررسی یا به طرح ارسال نخواهد شد. برای ارسال فرم تکمیل شده خود به طرح، به بخش «بعد از آن چه اتفاقی می افتد؟» در این صفحه مراجعه کنید.

OMB No. 0938-1378 Expires: 12/31/2026

نکات:

- اگر می خواهید در طول دوره ثبت نام سالانه (15 اکتبر تا 7 دسامبر) به یک طرح بپیوندید، این طرح باید فرم تکمیل شده شما را حداکثر تا 7 دسامبر دریافت کند.
- طرح شما یک صورت حساب برای حق بیمه طرح (در صورت وجود) برای شما ارسال می کند. شما می توانید انتخاب کنید که پرداخت های حق بیمه شما از حساب بانکی یا مستمری ماهانه تأمین اجتماعی تان (یا هیئت بازنشستگی راه آهن) کسر شود.
- ثبت نام هایی که در طول دوره ثبت نام سالانه (15 اکتبر - 7 دسامبر) انجام می شوند، از 1 ژانویه اجرایی خواهند شد.

بعد از آن چه اتفاقی می افتد؟

فرم تکمیل شده و امضاشده خود را به آدرس زیر ارسال کنید:

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

پس از بررسی درخواست پیوستن شما، با شما تماس خواهند گرفت.

چگونه می توانم برای این فرم کمک بگیرم؟

با Alameda Alliance Wellness به شماره **1.877.972.5373** تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند با شماره **1.800.735.2929** تماس بگیرند. یا با Medicare به شماره **1.800.633.4227 (MEDICARE)** تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند با شماره **1.877.486.2048** تماس بگیرند.

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.

افراد بی خانمان

اگر می خواهید به یک طرح بپیوندید اما محل سکونت دائم ندارید، یک صندوق پستی، آدرس یک پناهگاه یا کلینیک، یا آدرسی که در آن نامه (به عنوان مثال، چک های تأمین اجتماعی) دریافت می کنید

ممکن است به عنوان آدرس محل سکونت دائم شما در نظر گرفته شود.

بخش 1: پر کردن همه قسمت‌های این صفحه الزامی است (مگر اینکه به عنوان اختیاری علامتگذاری شده باشد)

طرحی را که می‌خواهید به آن بپیوندید انتخاب کنید:

☒ Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP) – هر ماه 0\$

نام: _____ نام خانوادگی: _____ حرف اول نام میانی (اختیاری): _____

تاریخ تولد (ماه/روز/سال): _____ جنسیت: ☐ مذکر ☐ مؤنث

شماره تلفن: _____

آدرس خیابان محل سکونت دائم (صندوق پستی وارد نکنید. توجه: برای افرادی که بی‌خانمان هستند، صندوق پستی ممکن است آدرس محل سکونت دائم آنها در نظر گرفته شود): _____

شهر: _____ کانتی: _____

ایالت: _____ کد پستی: _____

آدرس پستی (اگر با آدرس دائمی شما متفاوت است. صندوق پستی مجاز است): _____

آدرس خیابان: _____

شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____

آدرس ایمیل (اختیاری): _____

شماره تلفن (اختیاری): _____

با ارائه شماره تلفن و/یا ایمیل خود، شما به Alameda Alliance Wellness اجازه می‌دهید تا از طریق تماس، ارسال پیام یا ایمیل با شما تماس گرفته و ارتباط برقرار کند. شما می‌توانید این اجازه را در هر زمانی، با تماس با خدمات اعضای Alameda Alliance Wellness تغییر دهید.

ارائه آدرس ایمیل، شما را به طور خودکار برای دریافت بدون کاغذ برخی از ارتباطات طرح ثبت نام می‌کند. هنگامی که ارتباطات جدید (به عنوان مثال: شرح مزایا یا اطلاعیه سالانه تغییر) به صورت آنلاین در دسترس باشند، برای شما ایمیل ارسال خواهیم کرد.

اطلاعات Medicare شما:

شماره Medicare: _____ - _____ - _____

این سؤالات مهم را پاسخ دهید:

آیا علاوه بر Alameda Alliance Wellness، پوشش داروهای تجویزی دیگری (مانند امور جانبازان (Veterans Affairs, VA)،

TRICARE) خواهید داشت؟ ☐ بله ☐ خیر

نام پوشش دیگر: _____

شماره عضو برای این پوشش: _____

شماره گروه برای این پوشش: _____

آیا در برنامه Medicaid (Medi-Cal) ایالت خود ثبت نام کرده‌اید؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر پاسخ **بله** است، لطفاً شماره Medicaid (Medi-Cal) خود را ارائه دهید: _____

مهم
متن زیر را بخوانید و امضا کنید:

- برای ماندن در Alameda Alliance Wellness، باید هر دو پوشش بیمارستانی (بخش A) و پزشکی (بخش B) را داشته باشیم.
- با پیوستن به این طرح Medicare Advantage، تأیید می‌کنم که Alameda Alliance Wellness اطلاعات من را با Medicare به اشتراک خواهد گذاشت که ممکن است از آن برای پیگیری ثبت‌نام من، انجام پرداخت‌ها و سایر اهداف مجاز طبق قانون فدرال که جمع‌آوری این اطلاعات را مجاز می‌داند، استفاده کند (به بیانیه قانون حریم خصوصی در زیر مراجعه کنید). پاسخ شما به این فرم داوطلبانه است. با این حال، عدم پاسخ ممکن است بر ثبت‌نام در طرح تأثیر بگذارد.
- من متوجه هستم که می‌توانم در یک زمان فقط در یک طرح MA یا بخش D ثبت‌نام کنم - و ثبت‌نام در این طرح به طور خودکار ثبت‌نام من را در یک طرح MA یا بخش D دیگر پایان می‌دهد (استثنائاتی برای طرح خصوصی هزینه در ازای خدمات MA (Medicare Advantage Private Fee-For-Service, MA PFFS) و طرح حساب پس‌اندازهای MA (Advantage Medi-Cal Savings Account, MA MSA) اعمال می‌شود).
- من متوجه هستم که وقتی پوشش Alameda Alliance Wellness من شروع می‌شود، باید تمام مزایای پزشکی و داروهای تجویزی خود را از Alameda Alliance Wellness دریافت کنم. مزایا و خدماتی که توسط Alameda Alliance Wellness ارائه می‌شود و در سند «شواهد پوشش» Alameda Alliance Wellness من (که به عنوان قرارداد عضو یا توافق‌نامه مشترک نیز شناخته می‌شود) موجود است، پوشش داده خواهد شد. نه Medicare و نه Alameda Alliance Wellness هزینه مزایا یا خدماتی را که تحت پوشش نیستند، پرداخت نخواهند کرد.
- تا آنجا که من می‌دانم، اطلاعات موجود در این فرم ثبت‌نام صحیح است. من متوجه هستم که اگر عمداً اطلاعات نادرستی در این فرم ارائه دهم، ثبت نام من در طرح لغو خواهد شد.
- من متوجه هستم که امضای من (یا امضای شخصی که قانوناً مجاز به اقدام از طرف من است) در این درخواست به این معنی است که من محتوای این درخواست را خوانده و درک کرده‌ام. اگر توسط نماینده مجاز (مطابق توضیحات بالا) امضا شده باشد، این امضا تأیید می‌کند که:

1. این شخص طبق قانون ایالتی مجاز به تکمیل این ثبت‌نام است و
2. مستندات این اجازه بنا به درخواست Medicare در دسترس است.

بخش 2: همه قسمت‌های این بخش اختیاری هستند

پاسخ به این سوالات به انتخاب شماست. به دلیل عدم تکمیل قسمت‌ها، پوشش شما رد نمی‌شود.

اگر می‌خواهید اطلاعات به زبانی غیر از انگلیسی برای شما ارسال شود، یکی (1) را انتخاب کنید.

☐ اسپانیایی ☐ چینی ☐ ویتنامی ☐ تاگالوگ ☐ فارسی

اگر می‌خواهید اطلاعات در یک قالب دسترس‌پذیر برای شما ارسال شود، یکی (1) را انتخاب کنید.

☐ بریل ☐ چاپ درشت ☐ سی دی صوتی ☐ سی دی داده

اگر به اطلاعات در قالبی دسترس‌پذیر غیر از آنچه در بالا لیست شده است نیاز دارید، لطفاً با بخش خدمات اعضای Alameda

Alliance Wellness به شماره (1.888.882.3767) 1.888.88A.DSNP تماس بگیرید. ما از دوشنبه تا یکشنبه (هفت (7) روز هفته) از ساعت 8 صبح تا 8 شب باز هستیم کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند.

آیا مشغول به کار هستید؟ ☐ بله ☐ خیر

آیا همسر شما مشغول به کار است؟ ☐ بله ☐ خیر

ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (primary care provider, PCP)، کلینیک یا مرکز بهداشت خود را نام ببرید:

امضا:	تاریخ امروز:
اگر نماینده مجاز هستید، در بالا امضا کنید و این قسمت‌ها را پر کنید:	
نام کامل:	
شهر:	ایالت:
آدرس خیابان:	کد پستی:
شماره تلفن:	
نسبت با فرد ثبت‌نام شده:	

فقط برای افرادی که به ثبت‌نام‌شده در تکمیل این فرم کمک می‌کنند:

اگر فردی هستید (مثلاً نمایندگان، کارگزاران، مشاوران برنامه ایالتی کمک به بیمه درمانی (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)، اعضای خانواده یا سایر اشخاص ثالث) که به ثبت‌نام‌شده در تکمیل این فرم کمک می‌کنید، این بخش را تکمیل کنید.

نام کامل: _____ نسبت با فرد ثبت‌نام شده: _____

امضا: _____

شماره ملی تولیدکننده (فقط نمایندگان/کارگزاران): _____

اگر در مورد وضعیت ثبت نام خود سوالی دارید، لطفاً با بخش خدمات اعضای Alameda Alliance Wellness به شماره 1.888.882.3767 (1.888.88A.DSNP)، از دوشنبه تا یکشنبه (هفت (7) روز هفته)، از ساعت 8 صبح تا 8 شب تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند.

Alameda Alliance Wellness یک طرح HMO D-SNP است که با Medicare و برنامه California State Medi-Cal (Medicaid) قرارداد دارد. ثبت‌نام در Alameda Alliance Wellness به تمدید قرارداد بستگی دارد.

بیانیه قانون حریم خصوصی

مراکز خدمات Medicare و (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) Medicaid اطلاعات مربوط به طرح‌های Medicare را برای پیگیری ثبت‌نام ذینفعان در طرح‌های Medicare Advantage (MA)، بهبود مراقبت و پرداخت مزایای Medicare جمع‌آوری می‌کنند. بخش‌های 1851 و 1860D-1 قانون تأمین اجتماعی و CFR §§ 422.50 و 422.60 جمع‌آوری این اطلاعات را مجاز می‌دانند. CMS ممکن است داده‌های ثبت‌نام ذینفعان Medicare را همانطور که در اطلاعیه سیستم سوابق (System of Records Notice, SORN) «داروهای تجویزی (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)»، شماره سیستم 0588-70-09 مشخص شده است مورد استفاده، افشا و مبادله قرار دهد. پاسخ شما به این فرم داوطلبانه است. با این حال، عدم پاسخ ممکن است بر ثبت‌نام در طرح تأثیر بگذارد.