

Form ng Kahilingan sa Pagpapatala ng Indibidwal sa 2026

Sino ang maaaring gumamit ng form na ito?

Ang mga taong may Medicare na gustong sumali sa Medicare Advantage Plan o Medicare Prescription Drug Plan.

- Ang iyong Numero ng Medicare (ang numero sa iyong pula, puti, at asul na Medicare card)
- Ang iyong permanenteng address at numero ng telepono

Upang makasali sa isang plan, ikaw ay dapat na:

- Mamamayan ng United States o legal na naninirahan sa U.S.
- Naninirahan sa pinagseserbisyuhang lugar ng plan

Pakitandaan: Kailangan mong sagutan ang lahat ng item sa **Seksyon 1**. Ang mga item sa **Seksyon 2** ay *opsyonal* — hindi ipagkakait sa iyo ang coverage dahil hindi mo ito sinagutan.

Mahalaga: Upang makasali sa Medicare Advantage Plan, dapat ay mayroon kang:

- Medicare Part A (Insurance sa Ospital)
- Medicare Part B (Medikal na Insurance)

Mahalaga: Upang makasali sa Medicare Prescription Drug Plan, dapat ay mayroon ka ring isa sa mga sumusunod, o pareho:

- Medicare Part A (Insurance sa Ospital)
- Medicare Part B (Medikal na Insurance)

Kailan ko gagamitin ang form na ito?

Maaari kang sumali sa isang plan:

- Sa pagitan ng Oktubre 15 – Disyembre 7 bawat taon (para sa coverage na nagsisimula sa Enero 1)
- Sa loob ng tatlong (3) buwan pagkatapos na makakuha ng Medicare sa unang pagkakataon
- Sa ilang partikular na sitwasyon kung saan pinapayagan kang sumali sa plan o lumipat ng plan

Bumisita sa **Medicare.gov** upang matuto pa kung kailan ka maaaring mag-sign up para sa isang plan.

Ano ang kailangan ko upang masagutan ang form na ito?

Alinsunod sa Batas sa Pagbabawas ng Papeles ng 1995, walang tao na kailangang tumugon sa pangongolekta ng impormasyon maliban na lang kung magpapakita ito ng valid na numero ng kontrol ng Tanggapan ng Pamamahala at Badyet (Office of Management and Budget, OMB). Ang valid na numero ng kontrol ng OMB para sa pangongolektang ito ng impormasyon ay 0938-1378. Ang oras na kinakailangan upang makumpleto ang impormasyong ito ay tinatayang aabutin nang humigit-kumulang 20 minuto kada tugon, kabilang ang oras upang masuri ang mga tagubilin, makahanap ng mga dati nang data resource, mangalap ng data na kinakailangan, at makumpleto ang pangongolekta ng impormasyon at masuri ito. Kung mayroon kang anumang komento tungkol sa katumpakan ng (mga) tantyang oras o mga suhestyon para sa pagpapahusay sa form na ito, sumulat sa: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

MAHALAGA

Huwag ipapadala sa Tanggapan para sa Pag-apruba ng mga Ulat alinsunod sa Batas sa Pagbabawas ng Papeles (Paperwork Reduction Act, PRA) ang form na ito o ang anumang item na naglalaman ng iyong personal na impormasyon (gaya ng mga claim, bayad, medikal na rekord, atbp.).

Sisirain ang anumang item na matatanggap namin na hindi tungkol sa kung paano pahuhusayin ang form na ito o sa responsibilidad sa pangongolekta nito (nakalista sa OMB 0938-1378). Hindi ito itatabi, susuriin, o ipapasa sa plan. Tingnan ang “Ano ang susunod na mangyayari?” sa page na ito para maipadala sa plan ang iyong sinagutang form. OMB Num. 0938-1378 Mag-e-expire sa: 12/31/2026

Mga Paalala:

- Kung gusto mong sumali sa isang plan sa Taunang Panahon ng Pagpapatala (Oktubre 15 – Disyembre 7), dapat na makuha ng plan ang iyong sinagutang form bago lumipas ang Disyembre 7.
- Ang iyong plan ay magpapadala sa iyo ng bill para sa premium ng plan (kung naaangkop). Kung gusto mo, maaari kang mag-sign up upang ipakaltas sa iyong bank account o iyong buwanang benepisyo sa Social Security (o Railroad Retirement Board) ang iyong mga bayad para sa premium.
- Magkakaroon ng bisa sa Enero 1 ang mga pagpapatala sa Panahon ng Taunang Pagpapatala (Oktubre 15 – Disyembre 7).

Ano ang susunod na mangyayari?

Ipadala ang iyong sinagutan at nilagdaang form sa:

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

Kapag naiproseso na nila ang iyong kahilingang sumali, makikipag-ugnayan sila sa iyo.

Paano ako makakahingi ng tulong sa form na ito?

Tawagan ang Alameda Alliance Wellness sa **1.877.972.5373**. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1.800.735.2929**. O tawagan ang Medicare sa **1.800.MEDICARE (1.800.633.4227)**. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **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.

Mga indibidwal na walang tirahan

Kung gusto mong sumali sa isang plan ngunit wala kang permanenteng tirahan, ang isang Post Office Box, address ng shelter o klinika, o address kung saan ka nakakatanggap ng sulat (hal., mga tseke mula sa social security) ay maaaring ituring na address ng iyong permanenteng tirahan.

Seksyon 1: Kinakailangang sagutan ang lahat ng field sa page na ito (maliban na lang kung minarkahang opsyonal)

Piliin ang plan na gusto mong salihan:

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

Pangalan: _____ Apelyido: _____ Gitnang Inisyal (opsyonal): _____

Petsa ng Kapanganakan (MM/DD/YYYY): _____ Kasarian: ☐ Lalaki ☐ Babae

Numero ng Telepono: _____

Street Address ng Permanenteng Tirahan (Huwag maglagay ng PO Box. Tandaan: Para sa mga indibidwal na walang tirahan, maaaring ituring na address ng iyong permanenteng tirahan ang isang PO Box.):

Lungsod: _____ County: _____

Estado: _____ Zip Code: _____

Papadalhang Address (Kung iba sa iyong permanenteng address. Pinapayagang gamitin ang PO Box.)

Street Address: _____

Lungsod: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Email Address (opsyonal): _____

Mobile Number (opsyonal): _____

Sa pamamagitan ng pagbibigay ng iyong numero ng telepono at/o email, nagbibigay ka ng pahintulot sa Alameda Alliance Wellness na makipag-ugnayan sa iyo sa pamamagitan ng pag-tawag, pag-text, o pag-email. Maaari mong baguhin ang pahintulot na ito anumang oras sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro ng Alameda Alliance Wellness.

Kapag ibinigay ang iyong email address, awtomatiko kong itatala sa paperless na paghahatid para sa ilang mensahe sa iyo na may kaugnayan sa plan. Magpapadala kami sa iyo ng email kapag may mga bagong mensahe (halimbawa: Paliwanag Tungkol sa Mga Benepisyo o Taunang Abiso Tungkol sa Pagbabago) na available online.

Impormasyon Tungkol sa Iyong Medicare:

Numero ng Medicare: _____ - _____ - _____

Sagutan ang mahahalagang tanong na ito:

Kukuha ka ba ng iba pang coverage sa inireresetang gamot (gaya ng VA, TRICARE) bukod pa sa Alameda Alliance Wellness? ☐ Oo ☐ Hindi

Pangalan ng Iba pang Coverage: _____

Numero ng Miyembro para sa Coverage na Ito: _____

Numero ng Grupo para sa Coverage na Ito: _____

Nakatala ka ba sa programang Medicaid (Medi-Cal) sa iyong estado? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung **Oo**, pakibigay ang iyong numero ng Medicaid (Medi-Cal): _____

MAHALAGA

Basahin at lumagda sa ibaba:

- Kailangan kong panatilihin ang Ospital (Part A) at Medikal (Part B) para manatili sa Alameda Alliance Wellness.
- Sa pamamagitan ng pagsali sa Medicare Advantage Plan, batid kong ibabahagi ng Alameda Alliance Wellness ang aking impormasyon sa Medicare, na maaaring gumamit nito upang subaybayan ang pagpapatala ko, upang makapagbayad, at para sa iba pang layunin na pinapayagan ng batas ng Pederal na ipinapahintulot ang pangongolekta ng impormasyong ito (tingnan ang Pahayag sa Batas sa Privacy sa ibaba). Boluntaryo ang iyong pagsagot sa form na ito. Gayunpaman, kapag hindi sinagutan, maaaring maapektuhan ang pagpapatala sa plan.
- Nauunawaan kong sa isang MA o Part D plan lang ako maaaring magpatala sa bawat pagkakataon – at kapag nagpatala ako sa plan na ito, awtomatikong magwawakas ang pagpapatala ko sa ibang MA o Part D plan (may mga nalalapat na eksepsyon para sa mga MA, PFFS, MA MSA plan).
- Nauunawaan kong kapag nagsimula na ang aking coverage sa Alameda Alliance Wellness, dapat kong kunin ang lahat ng aking medikal na benepisyo at benepisyo sa inireresetang gamot mula sa Alameda Alliance Wellness. Ang mga benepisyo at serbisyo na ibinibigay ng Alameda Alliance Wellness at na nakasaad sa aking dokumentong “Katibayan ng Coverage” mula sa Alameda Alliance Wellness (kilala rin bilang kontrata ng miyembro o kasunduan sa subscriber) ay sasaklawin. Hindi magbabayad ang Medicare o Alameda Alliance Wellness para sa mga benepisyo o serbisyo na hindi saklaw.
- Sa abot ng aking kaalaman, tama ang impormasyon sa form ng pagpapatala na ito. Nauunawaan ko na kung sadya akong magbigay ng maling impormasyon sa form na ito, aalisin ako sa pagkakatala sa plan.
- Nauunawaan ko na ang lagda ko (o ang lagda ng taong legal na pinahintulutang kumilos sa ngalan ko) sa aplikasyong ito ay nangangahulugang nabasa at nauunawaan ko ang mga nilalaman ng aplikasyong ito. Kung nilagdaan ng awtorisadong kinatawan (gaya ng inilalarawan sa itaas), pinapatunayan ng lagdang ito na:
 1. Ang taong ito ay pinapahintulutan sa ilalim ng batas ng Estado na kumpletuhin ang pagpapatala na ito, at
 2. Makukuha ang dokumento ng pagpapahintulot na ito kapag hiniling ng Medicare.

Seksyon 2: Opsyonal ang lahat ng field sa seksyong ito

Maaari mong sagutan ang mga tanong na ito kung gusto mo. Hindi maaaring ipagkait sa iyo ang coverage dahil hindi mo sinagutan ang mga ito.

Pumili ng isa (1) kung gusto mong magpadala kami sa iyo ng impormasyon sa wika na bukod pa sa English.

☐ Spanish ☐ Chinese ☐ Vietnamese ☐ Tagalog ☐ Farsi

Pumili ng isa (1) kung gustong magpadala kami sa iyo ng impormasyon na nasa accessible na format.

☐ Braille ☐ Malaking titik ☐ Audio CD ☐ Data CD

Makipag-ugnayan sa Departamento ng Mga Serbisyo sa Miyembro ng Alameda Alliance Wellness sa **1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767)** kung kailangan mo ang impormasyon sa accessible na format bukod pa sa nakalista sa itaas. Ang mga oras ng tanggapan namin ay Lunes – Linggo (pitong (7) araw sa isang linggo), 8 am – 8 pm. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1.800.735.2929**.

Nagtatrabaho ka ba? ☐ Oo ☐ Hindi

Nagtatrabaho ba ang iyong asawa? ☐ Oo ☐ Hindi

Ilista ang iyong provider ng pangunahing pangangalaga (primary care provider, PCP), klinika, o health center:

Lagda: _____ Petsa Ngayong Araw: _____

Kung ikaw ang awtorisadong kinatawan, lumagda sa itaas at punan ang mga field na ito:

Buong Pangalan: _____

Street Address: _____ Lungsod: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Numero ng Telepono: _____ Kaugnayan sa Nakatalang Miyembro: _____

Para sa mga indibidwal na tumutulong sa nakatalang miyembro sa pagsagot lang ng form na ito:

Sagutan ang seksyong ito kung isa kang indibidwal (ibig sabihin, mga ahente, broker, tagapayo sa Programa para sa Pagtulong Kaugnay ng Insurance sa Kalusugan ng Estado (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), miyembro ng pamilya, o iba pang third party) na tumutulong sa nakatalang miyembro na sagutan ang form na ito.

Buong Pangalan: _____ Kaugnayan sa Nakatalang Miyembro: _____

Lagda: _____

Numero ng National Producer (Mga ahente/broker lang): _____

Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa status ng iyong pagpapatala, makipag-ugnayan sa Departamento ng Mga Serbisyo sa Miyembro ng Alameda Alliance Wellness sa **1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767)**, Lunes – Linggo (pitong (7) araw sa isang linggo), 8 am – 8 pm. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1.800.735.2929**.

Ang Alameda Alliance Wellness ay isang HMO D-SNP plan na may kontrata sa Medicare at kontrata sa California State Medi-Cal (Medicaid) Program. Ang pagpapatala sa Alameda Alliance Wellness ay depende sa pag-renew ng kontrata.

PAHAYAG SA BATAS SA PRIVACY

Ang Mga Center para sa mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) ay nangongolekta ng impormasyon mula sa mga plan ng Medicare upang masubaybayan ang pagpapatala ng benepisyaryo sa mga Medicare Advantage (MA) Plan, mapabuti ang pangangalaga, at para sa pagbabayad ng mga benepisyo mula sa Medicare. Ipinapahintulot ng mga Seksyon 1851 at 1860D-1 ng Batas sa Social Security at 42 Kodigo ng Mga Regulasyon ng Pederal (Code of Federal Regulations, CFR) §§ 422.50 at 422.60 ang pangongolekta ng impormasyong ito. Magagawa ng CMS na gumamit, magbunyag, at magbahagi ng data sa pagpapatala mula sa mga benepisyaryo ng Medicare alinsunod sa nakasaad sa “Inireresetang Gamot na Saklaw ng Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug (MARx))”, Num. ng System 09-70-0588 ng Abiso Tungkol sa System ng Mga Rekord (System of Records Notice, SORN). Boluntaryo ang iyong pagsagot sa form na ito. Gayunpaman, kapag hindi sinagutan, maaaring maapektuhan ang pagpapatala sa plan.