

Mẫu Đơn Yêu Cầu Ghi Danh Cá Nhân năm 2026

Ai có thể sử dụng mẫu đơn này?

Người có Medicare và muốn tham gia Chương Trình Medicare Advantage hoặc Chương Trình Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa Medicare.

Để tham gia một chương trình, quý vị phải:

- Là công dân Hoa Kỳ hoặc đang cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ.
- Sống trong khu vực phục vụ của chương trình

Quan trọng: Để tham gia Chương Trình Medicare Advantage, quý vị phải có cả:

- Medicare Phần A (Bảo Hiểm Bệnh Viện)
- Medicare Phần B (Bảo Hiểm Y Tế)

Quan trọng: Để tham gia Chương Trình Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa Medicare, quý vị phải có cả:

- Medicare Phần A (Bảo Hiểm Bệnh Viện)
- Medicare Phần B (Bảo Hiểm Y Tế)

Khi nào tôi sử dụng mẫu đơn này?

Quý vị có thể tham gia một chương trình:

- Từ ngày 15 tháng 10 – ngày 7 tháng 12 hàng năm (phạm vi bảo hiểm bắt đầu từ ngày 1 tháng 1)
- Trong vòng ba (3) tháng kể từ khi lần đầu nhận Medicare
- Trong một số trường hợp nhất định mà quý vị được phép tham gia hoặc thay đổi chương trình

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

Tôi cần thông tin gì để hoàn thành mẫu đơn này?

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

Xin lưu ý: Quý vị phải điền đầy đủ tất cả các thông tin trong **Phần 1**. Các thông tin trong **Phần 2** đều *không bắt buộc* — quý vị sẽ không bị từ chối phạm vi bảo hiểm nếu không điền thông tin.

Nhắc nhở:

- Nếu quý vị muốn tham gia chương trình trong Giai Đoạn Ghi Danh Thường Niên (ngày 15 tháng 10 – ngày 7 tháng 12), chương trình phải nhận được mẫu đơn đã hoàn thành của quý vị trước ngày 7 tháng 12.
- Chương trình sẽ gửi cho quý vị hóa đơn phí bảo hiểm của chương trình (nếu có). Quý vị có thể chọn đăng ký khấu trừ khoản thanh toán phí bảo hiểm từ tài khoản ngân hàng hoặc từ quyền lợi An Sinh Xã Hội (hoặc Hội Đồng Hưu Trí Đường Sắt) hàng tháng.
- Việc ghi danh trong Giai Đoạn Ghi Danh Thường Niên (ngày 15 tháng 10 – ngày 7 tháng 12) sẽ có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1.

Điều gì sẽ diễn ra tiếp theo?

Gửi mẫu đơn đã hoàn thành và ký tên đến:

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

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

Tôi có thể được trợ giúp về mẫu đơn này bằng cách nào?

Gọi cho Alameda Alliance Wellness theo số **1.877.972.5373**. Người dùng TTY có thể gọi số **1.800.735.2929**. Hoặc gọi cho Medicare theo số **1.800.MEDICARE (1.800.633.4227)**. Người dùng TTY có thể gọi số **1.877.486.2048**.

Theo Đạo Luật Giảm Thiểu Thủ Tục Giấy Tờ năm 1995, không ai bắt buộc phải phản hồi việc thu thập thông tin trừ khi việc thu thập đó hiển thị số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát của Văn Phòng Quản Lý và Ngân sách (Office of Management and Budget, OMB) hợp lệ cho việc thu thập thông tin này là 0938-1378. Thời gian ước tính trung bình cần thiết để hoàn thành thông tin này là 20 phút cho mỗi phản hồi, bao gồm thời gian xem hướng dẫn, tìm kiếm các nguồn dữ liệu hiện có, thu thập dữ liệu cần thiết, hoàn thành và xem lại việc thu thập thông tin. Nếu quý vị có bất kỳ ý kiến nào về tính chính xác của ước tính thời gian hoặc đề xuất cải thiện biểu mẫu này, vui lòng viết thư tới: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

QUAN TRỌNG

Vui lòng không gửi mẫu đơn này hoặc bất kỳ mục nào chứa thông tin cá nhân của quý vị (chẳng hạn như yêu cầu thanh toán, khoản thanh toán, hồ sơ y tế, v.v.) đến Văn Phòng Giải Quyết Báo Cáo Đạo Luật Giảm Thiểu Thủ Tục Giấy Tờ (Paperwork Reduction Act, PRA). Bất kỳ mục nào chúng tôi nhận được mà không liên quan đến cách cải thiện biểu mẫu này hoặc gánh nặng thu thập của biểu mẫu (được nêu trong OMB 0938-1378) sẽ bị hủy. Thông tin đó sẽ không được lưu giữ, xem xét hoặc chuyển tiếp đến chương trình. Xem phần “Điều gì sẽ diễn ra tiếp theo?” trên trang này để gửi mẫu đơn đã hoàn thành của quý vị đến chương trình. OMB No. 0938-1378 Hết hạn: 12/31/2026

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.

Dành cho người vô gia cư

Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình nhưng không có nơi cư trú cố định, thì Hộp Thư Bưu Điện, địa chỉ của nơi tạm trú hoặc phòng khám hoặc địa chỉ nơi quý vị nhận thư (ví dụ: séc an sinh xã hội) có thể được coi là địa chỉ cư trú cố định của quý vị.

Phần 1: Tất cả các trường trên trang này đều bắt buộc (trừ khi được đánh dấu là không bắt buộc)

Chọn chương trình mà quý vị muốn tham gia:

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

Tên: _____ Họ: _____ Chữ cái đầu tên đệm (không bắt buộc): _____

Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM): _____ Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ

Số điện thoại: _____

Địa chỉ đường phố nơi thường trú (Không nhập Hộp Thư Bưu Điện. Lưu ý: Đối với những cá nhân là người vô gia cư, Hộp Thư Bưu Điện có thể được coi là địa chỉ thường trú.):

Thành Phố: _____ Quận: _____

Tiểu Bang: _____ Mã Bưu Chính: _____

Địa chỉ gửi thư (Nếu khác với địa chỉ thường trú. Được phép ghi Hộp Thư Bưu Điện.):

Địa Chỉ Đường: _____

Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Bưu Chính: _____

Địa Chỉ Email (không bắt buộc): _____

Số Điện Thoại (không bắt buộc): _____

Bằng cách cung cấp số điện thoại và/hoặc email, quý vị đồng ý cho phép Alameda Alliance Wellness liên hệ và trao đổi với quý vị qua điện thoại, tin nhắn hoặc email. Quý vị có thể thay đổi sự đồng ý này bất kỳ lúc nào bằng cách liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên Alameda Alliance Wellness.

Nếu quý vị cung cấp địa chỉ email, quý vị sẽ tự động được ghi danh tham gia hình thức gửi tài liệu không dùng giấy cho một số thông tin liên lạc về chương trình của quý vị. Chúng tôi sẽ gửi email cho quý vị khi thông tin liên lạc mới (ví dụ: Bản Giải Thích Quyền Lợi hoặc Thông Báo Thay Đổi Hàng Năm) có sẵn trực tuyến.

Thông Tin Medicare của Quý Vị:

Số Medicare: _____ - _____ - _____

Vui lòng trả lời các câu hỏi quan trọng sau đây:

Ngoài Alameda Alliance Wellness, quý vị có bảo hiểm thuốc theo toa nào khác (như VA, TRICARE) không?

☐ Có ☐ Không

Tên Bảo Hiểm Khác: _____

Số Hội Viên của Bảo Hiểm Đây: _____

Số Nhóm của Bảo Hiểm Đây: _____

Quý vị có đang tham gia chương trình Medicaid (Medi-Cal) tại tiểu bang của quý vị không? ☐ Có ☐ Không

Nếu **Có**, vui lòng cho biết số Medicaid (Medi-Cal) của quý vị: _____

QUAN TRỌNG

Vui lòng đọc và ký tên bên dưới:

- Tôi phải duy trì cả Bảo Hiểm Bệnh Viện (Phần A) và Bảo Hiểm Y Tế (Phần B) để tiếp tục tham gia Alameda Alliance Wellness.
- Khi tham gia Chương Trình Medicare Advantage này, tôi xác nhận rằng Alameda Alliance Wellness sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare để họ có thể sử dụng thông tin này nhằm theo dõi việc ghi danh, thực hiện thanh toán và cho các mục đích khác được pháp luật Liên Bang cho phép liên quan đến việc thu thập thông tin này (xem Tuyên Bố về Đạo Luật Quyền Riêng Tư bên dưới). Việc cung cấp thông tin trong mẫu đơn này là tự nguyện. Tuy nhiên, nếu không cung cấp, việc ghi danh tham gia chương trình có thể bị ảnh hưởng.
- Tôi hiểu rằng tôi chỉ có thể ghi danh tham gia một chương trình MA hoặc Phần D tại một thời điểm – và việc ghi danh tham gia chương trình này sẽ tự động chấm dứt việc ghi danh của tôi ở một chương trình MA hoặc Phần D khác (ngoại lệ áp dụng đối với các chương trình MA PFFS, MA MSA).
- Tôi hiểu rằng khi phạm vi bảo hiểm của tôi với Alameda Alliance Wellness bắt đầu, tôi phải nhận toàn bộ quyền lợi y tế và thuốc theo toa từ Alameda Alliance Wellness. Những quyền lợi và dịch vụ được cung cấp bởi Alameda Alliance Wellness và có trong tài liệu “Chứng Từ Bảo Hiểm” Alameda Alliance Wellness của tôi (còn gọi là hợp đồng hội viên hoặc thỏa thuận người đăng ký) sẽ được đài thọ. Cả Medicare và Alameda Alliance Wellness sẽ không chi trả cho những quyền lợi hoặc dịch vụ không được đài thọ.
- Thông tin trong mẫu đơn ghi danh này là chính xác theo tất cả những điều tôi biết. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố ý cung cấp thông tin sai trong 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 để thay mặt tôi) trên đơn này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu rõ nội dung của đơn. Nếu được ký bởi một người đại diện được ủy quyền (như mô tả ở trên), chữ ký này chứng nhận rằng:
 1. Người đó được pháp luật Tiểu Bang cho phép hoàn thành việc ghi danh này và
 2. Tài liệu chứng minh quyền hạn này có sẵn để cung cấp theo yêu cầu của Medicare.

Phần 2: Tất cả các trường trong phần này đều không bắt buộc

Quý vị có thể chọn trả lời hoặc không. Quý vị không thể bị từ chối phạm vi bảo hiểm chỉ vì không điền thông tin vào mục này.

Chọn một (1) ô nếu quý vị muốn chúng tôi gửi cho quý vị thông tin bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh.

☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Tiếng Trung ☐ Tiếng Việt ☐ Tiếng Tagalog ☐ Tiếng Farsi

Chọn một (1) ô nếu quý vị muốn chúng tôi gửi cho quý vị thông tin ở định dạng dễ tiếp cận.

☐ Chữ nổi Braille ☐ Bản in lớn ☐ CD âm thanh ☐ CD dữ liệu

Vui lòng liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên của Alameda Alliance Wellness theo số **1.888.88A.DSNP**

(1.888.882.3767) nếu quý vị cần thông tin ở định dạng dễ tiếp cận khác với những định dạng được liệt kê ở trên. Giờ làm việc của chúng tôi là từ Thứ Hai – Chủ Nhật (bảy (7) ngày trong tuần), 8 giờ sáng – 8 giờ tối.

Người dùng TTY có thể gọi số **1.800.735.2929**.

Quý vị có việc làm không? ☐ Có ☐ Không

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

Danh sách nhà cung cấp chăm sóc chính (Primary Care Provider, PCP), phòng khám hoặc trung tâm y tế mà quý vị đến khám:

Chữ ký: _____ Ngày hôm nay: _____

Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, hãy ký tên ở trên và điền vào các trường sau:

Họ Tên: _____

Địa Chỉ Đường: _____ Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Bưu Chính: _____
Số Điện Thoại: _____ Mối quan hệ với người ghi danh: _____

Chỉ dành cho cá nhân giúp người ghi danh hoàn thành mẫu đơn này:

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

Họ Tên: _____ Mối Quan Hệ với Người Ghi Danh: _____

Chữ Ký: _____

Số Đại Lý Bảo Hiểm Quốc Gia (chỉ dành cho Đại Lý/Người Môi Giới): _____

Nếu quý vị có thắc mắc về tình trạng ghi danh của mình, vui lòng liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên của Alameda Alliance Wellness theo số **1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767)**, Thứ Hai – Chủ Nhật (bảy (7) ngày trong tuần), 8 giờ sáng – 8 giờ tối. Người dùng TTY có thể gọi số **1.800.735.2929**.

Alameda Alliance Wellness là một chương trình HMO D-SNP có hợp đồng với Medicare và hợp đồng với Chương Trình Medi-Cal của Tiểu Bang California (Medicaid). Việc ghi danh tham gia Alameda Alliance Wellness phụ thuộc vào hợp đồng gia hạn.

TUYÊN BỐ VỀ ĐẠO LUẬT QUYỀN RIÊNG TƯ

Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) thu thập thông tin từ các chương trình Medicare để theo dõi việc ghi danh của người thụ hưởng trong các Chương Trình Medicare Advantage (MA), cải thiện dịch vụ chăm sóc và thanh toán các quyền lợi Medicare. Các Phần 1851 và 1860D-1 của Đạo Luật An Sinh Xã Hội và 42 Bộ Luật Các Quy Định Liên Bang (Code of Federal Regulations, CFR) mục 422.50 và 422.60 cho phép thu thập thông tin này. CMS có thể sử dụng, tiết lộ và trao đổi dữ liệu ghi danh từ người thụ hưởng Medicare theo quy định trong Thông Báo Hệ Thống Hồ Sơ (System of Records Notice, SORN) “Thuốc Theo Toa Medicare Advantage (MARx)”, Số Hệ Thống 09-70-0588. Việc cung cấp thông tin trong mẫu đơn này là tự nguyện. Tuy nhiên, nếu không cung cấp, việc ghi danh tham gia chương trình có thể bị ảnh hưởng.