

2027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 會員。

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：

- 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，您也必須擁有其中之一或兩者皆有：

- 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（保險自 1 月 1 日生效）
- 首次獲得 Medicare 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** 以深入了解您何時可以註冊計畫。

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：您必須完整填寫第 1 部分中的所有項目。第 2 部分的項目乃**非必填項目**，您不會因為沒有填寫而被拒絕承保。

根據 1995 年《文書工作削減法案》，除非資訊收集項目顯示有效的管理和預算辦公室 (Office of Management and Budget, OMB) 管制編號，否則任何人皆無須回應。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測之準確性有任何意見，或者對改進此表格有任何建議，請致函，地址是：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**。我們收到的任何與如何改進此表格或其收集負擔（如 OMB 0938-1378 中所述）無關的項目將被銷毀。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送给計畫。OMB 編號：0938-1378 到期日：2029年2月28日

提醒您：

- 如果您想在年度入保期（10 月 15 日至 12 月 7 日）內加入計畫，該計畫必須在 12 月 7 日前收到您填妥的表格。
- 您的計畫將寄送計畫的保費帳單給您（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。
- 在年度入保期（10 月 15 日至 12 月 7 日）期間的入保將於 1 月 1 日生效。

接下來會如何？

請將填妥並簽署的表格寄送至：

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

在他們處理完您的加入申請後，就會與您聯絡。

我如何獲得關於此表格的協助？

請致電 **1.877.972.5373** 聯絡 Alameda Alliance Wellness。TTY 使用者可撥打 **1.800.735.2929**。或致電 Medicare 電話 **1.800.MEDICARE (1.800.633.4227)**。TTY 使用者可撥打 **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.

正處於無家可歸狀態的人士

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，均可視為您的永久居住地址。

第 1 部分：本頁所有欄位皆為必填（除非標註為非必填）

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（非必填）：_____

出生日期（月/日/年）：_____ 性別：☐ 男性 ☐ 女性

電話號碼：_____

永久住所街道住址（請勿輸入郵政信箱。請注意：對於正處於無家可歸狀態的人士，郵政信箱可視為永久居住地址。）：

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：_____

電子郵箱地址（非必填）：_____

行動電話號碼（非必填）：_____

提供您的電話號碼和/或電子郵箱地址，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絡和溝通。您可以隨時聯絡 Alameda Alliance Wellness 計畫成員服務處以更改此同意。

提供您的電子郵箱地址將自動為您註冊部分計畫通訊的無紙化遞送服務。當有新的通訊內容（例如《福利說明》或《年度變更通知》時，我們會寄送電子郵件給您。

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保險（例如退伍軍人計畫 (VA)、軍人醫療保險 (TRICARE)）？☐ 是 ☐ 否

其他保險名稱：_____

此保險的會員編號：_____

此保險的團體編號：_____

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

若回答是，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 共享我的資訊，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）。您對此表格的回覆屬自願性質。然而，未進行回覆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 私人按服務付費（Medicare Advantage Private Fee-for-Service, MA PFFS）、MA 醫療儲蓄帳戶（Medicare Advantage Medical Savings Account, MA MSA）計畫除外）。
- 本人明白，當 Alameda Alliance Wellness 保險開始時，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 提供且包含在我 Alameda Alliance Wellness「承保項目說明書」文件（也稱為會員合約或投保人協議）中的福利與服務將獲得承保。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，本人將從計畫被退保。
- 本人明白，在本申請書上的簽名（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書的內容。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：本部分所有欄位皆為非必填

是否回答這些問題由您決定。您不會因為不回答這些問題而被拒絕承保。

如果您希望我們寄送英文以外的其他語言版本資料，請選擇一 (1) 項。

☐ 西班牙語 ☐ 中文 ☐ 越南語 ☐ 他加祿語 ☐ 波斯語

如果您希望我們為您寄送無障礙格式資訊，請選擇一 (1) 項。

☐ 點字 ☐ 大字版 ☐ 音頻光碟 ☐ 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 使用者可撥打 **1.800.735.2929**。

您是否有工作？☐ 是 ☐ 否

您的配偶是否有工作？☐ 是 ☐ 否

請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：_____ 今日日期：_____

若您是授權代表，請在上方簽名，並填寫以下欄位：

全名：_____

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

電話號碼：_____ 與入保者的關係：_____

僅限協助入保人填寫此表格的人士填寫：

若您是協助入保人填寫此表格的人士（即代理商、經紀人、州健康保險協助計畫 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) 顧問、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：_____

國家保險經紀人號碼（僅限代理人／經紀人填寫）：_____

若您對您的入保狀態有任何疑問，請於週一至週日（每週七（7）天），上午 8 時至晚上 8 時，致電 **1.888.88A.DSNP（1.888.882.3767）** 聯絡 Alameda Alliance Wellness 計畫成員服務處。TTY 使用者可撥打 **1.800.735.2929**。

Alameda Alliance Wellness 屬於 HMO D-SNP 計畫，與 Medicare 以及加州 Medi-Cal (Medicaid) 計畫簽有合約。入保 Alameda Alliance Wellness 需視合約續約情況而定。

隱私權法聲明

Medicare 與 Medicaid 服務中心（Centers for Medicare & Medicaid Services, 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。

《社會安全法》第 1851 與 1860D-1 節以及《聯邦法規彙編》(Code of Federal Regulation, 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 處方藥（Medicare Advantage Prescription Drug, MARx）」系統記錄通知（System of Records Notice, 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。您對此表格的回覆屬自願性質。然而，未進行回覆可能會影響您加入計畫。