

فرم درخواست ثبت نام انفرادی 2027

نکات:

- اگر می‌خواهید 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 می‌کند. شما می‌توانید انتخاب کنید که پرداخت‌های حق بیمه شما از حساب بانکی یا مستمري ماهانه تامین اجتماعی‌تان (یا هیئت بازنشستگی راه‌آهن) کسر شود.
- ثبت نام‌هایی که در طول «دوره ثبت نام سالانه» (15 اکتبر تا 7 دسامبر) انجام می‌شوند، از 1 ژانویه اجرایی خواهند شد.

بعد از آن چه اتفاقی می‌افتد؟

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

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

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

چگونه می‌توانم برای این فرم کمک بگیرم؟

با Alameda Alliance Wellness به شماره

شماره 1.877.972.5373 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با

شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند. یا با Medicare به

شماره 1.800-MEDICARE (1.800.633.4227) تماس

بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.877.486.2048

تماس بگیرند.

به اسپانیایی: Llame a Alameda Alliance Wellness al

o a Medicare gratis al 1.877.972.5373

para asistencia en 8 y oprima el 1.800.633.4227

español y un representante estará disponible

para asistirle.

افراد بی‌خانمان

اگر می‌خواهید 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، چک‌های تأمین اجتماعی) دریافت می‌کنید ممکن است به عنوان آدرس محل سکونت دائم شما در نظر گرفته شود.

چه کسانی می‌توانند از این فرم استفاده کنند؟

افرادی که Medicare دارند و می‌خواهند به طرح

Medicare Advantage یا طرح

Medicare Prescription Drug بپیوندند.

برای پیوستن به یک طرح، شما باید:

- شهروند ایالات متحده باشید یا به‌طور قانونی در ایالات متحده حضور داشته باشید
- در منطقه خدمات‌رسانی طرح زندگی کنید

مهم: برای پیوستن به طرح Medicare Advantage، باید هر

دو مورد زیر را نیز داشته باشید:

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

مهم: برای پیوستن به طرح Medicare Prescription Drug

باید یکی از دو مورد زیر یا هر دو را نیز داشته باشید:

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

چه زمانی از این فرم استفاده کنم؟

می‌توانید 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 مجاز هستید به طرح‌ها بپیوندید یا آن‌ها را تغییر دهید

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 مجموعه‌ای از اطلاعات نیست، مگر اینکه شماره کنترل دفتر مدیریت و بودجه (Office of Management and Budget, OMB) معتبر را نشان دهد. شماره کنترل OMB معتبر برای این مجموعه اطلاعاتی 0938-1378 می‌باشد. زمان مورد نیاز برای تکمیل این اطلاعات به‌طور متوسط 20 دقیقه برای هر پاسخ برآورد شده است که شامل زمان بررسی دستورالعمل‌ها، جستجوی منابع داده‌های موجود، جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز و تکمیل و بررسی مجموعه اطلاعات می‌شود. اگر درباره دقت برآورد زمان یا پیشنهادی برای بهبود این فرم نظری دارید، لطفاً به این نشانی نامه‌ای 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 ادعاهای خسارت، پرداخت‌ها، سوابق پزشکی و غیره) است، به دفتر تاییدیه گزارش‌های قانون کاهش تشریفات اداری (Paperwork Reduction Act, PRA) ارسال نکنید. هر موردی که دریافت کنیم و در مورد نحوه بهبود این فرم یا بار جمع‌آوری 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 می‌افتد؟» در این صفحه مراجعه کنید. OMB No. 0938-1378 تاریخ انقضا: 2029/28/02

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

طرحی را که می‌خواهید به آن بپیوندید، انتخاب کنید:

Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP) – ماهانه \$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 نشانی محل سکونت دائم آن‌ها در نظر گرفته شود): _____

شهر: _____ شهرستان: _____

ایالت: _____ کد پستی: _____

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

نشانی خیابان: _____

شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____

نشانی ایمیل (اختیاری): _____

شماره تلفن (اختیاری): _____

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

ارائه نشانی ایمیل، شما را به‌طور خودکار برای دریافت بدون کاغذ برخی از مکاتبات طرحتان ثبت‌نام می‌کند. زمانی که مکاتبات جدید (مثلاً: توضیح مزایا یا اطلاعیه سالانه تغییرات) به‌صورت آنلاین در دسترس قرار گیرند، برای شما ایمیلی ارسال خواهیم کرد.

اطلاعات Medicare شما:

شماره Medicare: _____ - _____ - _____

این سؤالات مهم را پاسخ دهید:

علاوه بر Alameda Alliance Wellness، پوشش داروهای تجویزی دیگری (مانند امور کهنه سربازان (Veterans Affairs, TRICARE, VA)) خواهید داشت؟ ☐ بله ☐ خیر

نام پوشش دیگر: _____

شماره عضو برای این پوشش: _____

شماره گروه برای این پوشش: _____

در برنامه Medicaid (Medi-Cal) ایالت خود ثبت‌نام 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 به‌طور خودکار ثبت‌نام من را در یک طرح MA یا بخش D دیگر پایان می‌دهد (استثنائاتی برای طرح خصوصی هزینه در ازای سرویس MA (Medicare Advantage Private Fee-for-Service, MA PFFS) و طرح حساب پس‌اندازهای (Medicare Advantage Medical 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 «گواهی 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، ثبت‌نام 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 کادرهای این بخش اختیاری هستند

- پاسخ به این سؤالات 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.
- ☐ خط بریل ☐ چاپ درشت ☐ سیدی صوتی ☐ سیدی داده
- اگر به اطلاعات در قالبی دسترس‌پذیر غیر از آنچه در بالا فهرست شده است نیاز دارید، لطفاً با بخش خدمات اعضای Alameda Alliance Wellness به شماره **1.888.88A.DSNP 1.888.882.3767** 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.
- شاغل هستید؟ ☐ بله ☐ خیر
- همسرتان شاغل 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 و این‌ها را پر کنید:

نام کامل: _____

نشانی خیابان: _____ شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____

شماره تلفن: _____ نسبت با فرد ثبت‌نام‌شونده: _____

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

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

نام کامل: _____ نسبت با فرد ثبت‌نام‌شونده: _____

امضا: _____

شماره ملی تولیدکننده (فقط نمایندگان/کارگزاران): _____

اگر در مورد وضعیت ثبت‌نام خود سوالی دارید، لطفاً با بخش خدمات اعضای Alameda Alliance Wellness به شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767)، 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 Medi-Cal (Medicaid) ایالت کالیفرنیا قرارداد دارد. ثبت‌نام در Alameda Alliance Wellness به تمدید قرارداد بستگی دارد.

بیانیه قانون حریم خصوصی

مراکز خدمات Medicare و Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) 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 بخش‌های 422.50 و 422.60 فصل 42 مجموعه مقررات فدرال (Code of Federal Regulations, CFR) 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 09-70-0588 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.