Form ng Kahilingan sa Pagpapatala ng Indibidwal sa 2027

Sino ang maaaring gumamit ng form na ito?
Ang mga taong may Medicare na gustong sumali sa Plano ng Medicare Advantage o Plano ng Inireresetang Gamot ng Medicare.

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

Mahalaga: Upang makasali sa isang Plano ng Medicare Advantage, dapat ay mayroon ka rin ng parehong:

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

Mahalaga: Upang makasali sa isang Plano sa Inireresetang Gamot ng Medicare, dapat ay mayroon ka rin ng isa, o ng pareho sa mga sumusunod:

- 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 saklaw 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 tungkol sa kung kailan ka maaaring mag-sign up para sa isang plano.

Ano ang kailangan ko upang masagutan ang form na ito?

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

Paalala: Dapat mong kumpletuhin ang lahat ng item sa **Seksyon 1**. *Opsyonal* ang mga item sa **Seksyon 2** – hindi ka pagkakaitan ng saklaw kung hindi mo ito sasagutan.

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

Alinsunod sa Batas sa Pagbabawas ng Papeles ng 1995, walang sinumang kinakailangang tumugon sa pangongolekta ng impormasyon maliban na lang kung mayroon itong may bisang control number mula sa 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) tinatayang tagal o suhestyon upang mapaganda ang 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 makukuha namin na hindi para sa pagpapahusay ng form na ito o sa pagpapadali ng pangongolekta (nakabalangkas sa OMB 0938-1378). Hindi ito itatabi, susuriin, o ipapasa sa plano. Tingnan ang "Ano ang susunod na mangyayari?" sa page na ito upang maipadala sa plan ang iyong sinagutang form. OMB Blg. 0938-1378 Mag-e-expire sa: 02/28/2029

H2035_26_ 04230_D-SNP_MBR_IERF_CY27_C Accepted 09062026

- (o Lupon para sa Benepisyo sa Pagreretiro ng mga Trabahador sa Riles) ang iyong mga bayad para sa premium.
- Ang mga pagpapatala sa Panahon ng Taunang Pagpapatala (Oktubre 15 – Disyembre 7) ay magkakabisa sa Enero 1.

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

Sa oras na iproseso nila ang kahilingan mong 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.

Alinsunod sa Batas sa Pagbabawas ng Papeles ng 1995, walang sinumang kinakailangang tumugon sa pangongolekta ng impormasyon maliban na lang kung mayroon itong may bisang control number mula sa 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) tinatayang tagal o suhestyon upang mapaganda ang 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 makukuha namin na hindi para sa pagpapahusay ng form na ito o sa pagpapadali ng pangongolekta (nakabalangkas sa OMB 0938-1378). Hindi ito itatabi, susuriin, o ipapasa sa plano. Tingnan ang “Ano ang susunod na mangyayari?” sa page na ito upang maipadala sa plan ang iyong sinagutang form. OMB Blg. 0938-1378 Mag-e-expire sa: 02/28/2029

H2035_26_ 04230_D-SNP_MBR_IERF_CY27_C Accepted 09062026

Seksyon 1: Kinakailangang sagutan ang lahat ng field sa pahinang 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 matirhan, maaaring PO Box ang ituring na address ng iyong permanenteng tirahan.):

____

Lungsod: ________________________________ County: ________________________________

Estado: ________________________________ Zip Code: ________________________________

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

Address ng Kalye: ____

Lungsod: ___________________________ Estado: _______________ Zip Code: _________________

Email Address (opsyonal): ____

Numero ng Mobile (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 pagtawag, 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.

Ang pagbibigay mo ng iyong email address ay awtomatikong itatala kayo sa paperless delivery para sa ilang komunikasyon ng iyong plano. Padadalhan ka namin ng email kapag may mga bagong komunikasyon (halimbawa: Available online ang Paliwanag ng mga Benepisyo o Taunang Abiso ng Pagbabago).

Impormasyon Tungkol sa Iyong Medicare:

Numero ng Medicare: __ __ __ __ - __ __ __ - __ __ __ __

Sagutin ang mahahalagang tanong na ito:

Kukuha ka ba ng iba pang saklaw sa inireresetang gamot (gaya ng Mga Veteran Affair [Veteran Affairs, VA], TRICARE) bukod pa sa Alameda Alliance Wellness? ☐ Oo ☐ Hindi

Pangalan ng Iba Pang Saklaw: ____

Numero ng Miyembro para sa Saklaw na Ito: ______________________________

Numero ng Grupo para sa Saklaw na Ito: _________________________________

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

Kung **Oo**, ibigay ang iyong numero sa Medicaid (Medi-Cal): _______________________

MAHALAGA
Basahin at lumagda sa ibaba:

- Kailangan kong panatilihin ang Ospital (Part A) at Medikal (Part B) upang 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). Ang iyong pagtugon sa form na ito ay boluntaryo. Gayunpaman, ang hindi pagtugon ay maaaring makaapekto sa pagpapatala sa plano.
- Nauunawaan kong sa isang Medicare Advantage (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, Pribadong Fee-for-Service [Private Fee-for-Service, PFFS], plano ng Medical Savings Account ng Medicare Advantage [MA MSA]).
- Nauunawaan kong kapag nagsimula na ang aking saklaw 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 Saklaw" 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 saklaw 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 print ☐ 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 na 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: ______________________________			
Address ng Kalye: ______________	Lungsod: ________	Estado: ________	Zip Code: __________
Numero ng Telepono: ____________________	Kaugnayan sa Nagpapatala: ________________		

Para sa mga indibidwal na tumutulong sa nakatalang miyembro sa pagsagot lang ng form na ito:	
Kumpletuhin ang seksyong ito kung isa kang indibidwal (ibig sabihin, mga ahente, broker, tagapayo ng SHIP, kapamilya, o iba pang third party) na tumutulong sa isang nagpapatala na punan ang form na ito.	
Buong Pangalan: ______________________	Kaugnayan sa Nagpapatala: ________________
Lagda: ______________________________________	
National Producer Number (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 planong HMO D-SNP na may kontrata sa Medicare at kontrata sa Programang Medi-Cal (Medicaid) ng Estado ng California. Ang pagpapatala sa Alameda Alliance Wellness ay nakadepende 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 plano ng Medicare upang subaybayan ang pagpapatala ng benepisyaryo sa mga Medicare Advantage (MA) Plan, mapabuti ang pangangalaga, at para sa pagbabayad ng mga benepisyo sa Medicare. Ang mga Seksyon 1851 at 1860D-1 ng Social Security Act at 42 CFR §§ 422.50 at 422.60 ang nagpapahintulot sa 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). Ang iyong pagtugon sa form na ito ay boluntaryo. Gayunpaman, ang hindi pagtugon ay maaaring makaapekto sa pagpapatala sa plano.