

ФОРМА ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЗАЯВЛЕНИЯ О РЕГИСТРАЦИИ В ПЛАНЕ MEDICARE ADVANTAGE PLAN (РАЗДЕЛ C) ИЛИ MEDICARE PRESCRIPTION DRUG PLAN (РАЗДЕЛ D)

Кто может использовать настоящую форму?

Лица, имеющие покрытие Medicare, которые хотят присоединиться к плану Medicare Advantage Plan или плану Medicare Prescription Drug Plan.

Чтобы присоединиться к плану, вы должны:

- Быть гражданином США или находиться в США на законных основаниях;
- Проживать в зоне обслуживания плана.

Внимание! Чтобы присоединиться к плану Medicare Advantage Plan, вы должны иметь оба варианта страхового покрытия:

- Medicare, раздел A (покрытие больничных расходов);
- Medicare, раздел B (покрытие медицинских расходов).

Внимание! Чтобы присоединиться к плану Medicare Prescription Drug Plan, вы должны иметь один или оба варианта страхового покрытия:

- Medicare, раздел A (покрытие больничных расходов);
- Medicare, раздел B (покрытие медицинских расходов).

Когда использовать настоящую форму?

Вы можете присоединиться к плану:

- С 15 октября по 7 декабря каждого года (для покрытия, действие которого начинается с 1 января);
- В течение 3 месяцев после первого получения покрытия Medicare;
- В некоторых случаях, когда вам разрешено зарегистрироваться в плане или перейти в него с другого плана.

Посетите сайт Medicare.gov, чтобы узнать больше о том, когда вы можете зарегистрироваться в плане.

Что требуется для заполнения настоящей формы?

- Ваш номер Medicare (номер на красно-бело-синей карте Medicare).
- Ваш постоянный адрес и номер телефона.

Примечание. Вы должны заполнить все пункты в разделе 1. Пункты раздела 2 являются необязательными — вам не может быть отказано в страховом покрытии, если они не будут заполнены.

Напоминание:

- Если вы хотите присоединиться к плану во время осенней открытой регистрации (с 15 октября по 7 декабря), ваша заполненная форма должна быть получена до 7 декабря.
- Вам будет выслан счет на оплату страхового взноса. Вы можете выбрать автоматическое списание страхового взноса с банковского счета или из ежемесячного пособия социального обеспечения или пособия Совета по пенсионному обеспечению железнодорожников (Railroad Retirement Board).

Дальнейшие шаги

Отправьте заполненную и подписанную форму по адресу:

VillageCareMAX
120 Broadway Suite 2840
New York NY 10271

Когда ваше заявление о регистрации будет обработано, вы получите соответствующее уведомление.

Как получить помощь в заполнении настоящей формы?

Позвоните в VillageCareMAX по номеру 1-855-296-8800. Пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711.

Вы также можете позвонить в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям телетайпа следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

En español: Llame a VillageCareMAX al 1-855-296-8800/711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Лица без постоянного места жительства

- Если вы хотите присоединиться к плану, но не имеете постоянного места жительства, адресом постоянного места жительства может считаться абонементный ящик, адрес приюта или клиники, либо адрес, на который вы получаете почту (например, чеки социального обеспечения).

В соответствии с законом «О сокращении бумажного документооборота» 1995 года, никто не обязан выполнять требование о предоставлении информации, в котором не указан действительный контрольный номер OMB. Действительный контрольный номер OMB для настоящего требования о предоставлении информации — 0938-1378. Предполагается, что время, необходимое для заполнения настоящей формы, составляет в среднем 20 минут на ответ, включая время на изучение инструкции, поиск существующих ресурсов данных, сбор необходимых данных, а также заполнение и проверку информации. Если у вас есть какие-либо замечания относительно точности оценки времени или предложения по улучшению настоящей формы, напишите по адресу: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

ВНИМАНИЕ

Не отправляйте настоящую форму или иные документы, содержащие вашу личную информацию (например, заявления, платежные документы, медицинские карты и т. д.), в отдел проверки отчетов на соответствие закону «О сокращении бумажного документооборота» (Paperwork Reduction Act, PRA). Все полученные материалы, которые не касаются того, как улучшить настоящую форму, или времени ее заполнения (согласно описанию в OMB 0938-1378), будут уничтожены. Они не будут храниться, просматриваться или передаваться в план. Чтобы узнать, как отправить заполненную форму в план, смотрите раздел «Дальнейшие шаги» на этой странице.

Раздел 1. Все пункты на этой странице обязательны для заполнения (если не отмечены как необязательные)

Выберите план, к которому вы хотите присоединиться:

- ☐ VillageCareMAX Medicare Health Advantage Plan (HMO D-SNP): 0 – 58.80 долларов в месяц
- ☐ VillageCareMAX Medicare Total Advantage Plan (HMO D-SNP): 0 – 58.80 долларов в месяц
- ☐ VillageCareMAX Medicare Select Advantage Plan (HMO): 0 – 58.80 долларов в месяц

Имя: _____ Фамилия: _____ [Необязательно: Средний инициал]: _____

Дата рождения: (ММ/ДД/ГГГГ)

(____ / ____ / ____)

Пол:

☐ Мужской ☐ Женский

Номер телефона:

(_____)

Адрес постоянного места жительства (не указывайте абонементный ящик. Примечание. Для лиц без постоянного места жительства абонементный ящик может считаться адресом постоянного проживания):

Город:

[Необязательно: Округ]:

Штат:

Почтовый индекс:

Почтовый адрес, если он отличается от постоянного адреса (можно указать абонементный ящик):

Адрес:

Город:

Штат:

Почтовый индекс:

Ваши данные Medicare:

Номер Medicare: ____ - ____ - ____

Ответьте на эти важные вопросы.

Будет ли у вас другое страхование, покрывающее рецептурные препараты (например, VA, TRICARE) в дополнение к VillageCareMAX? ☐ Да ☐ Нет

Название другого плана
страхования:

Номер участника данного плана
страхования:

Номер группы для данного плана
страхования:

Зарегистрированы ли вы в программе Medicaid вашего штата? ☐ Да ☐ Нет

Если да, укажите ваш номер Medicaid: _____

- **VillageCareMAX Medicare Health Advantage Plan (HMO D-SNP):** Отметьте, если применимо ☐ Имеете ли вы право на частичное покрытие расходов по плану Medicare в рамках программы Medicaid штата Нью-Йорк?
- **VillageCareMAX Medicare Total Advantage Plan (HMO D-SNP):** Отметьте, если применимо ☐ Укажите, соответствуете ли вы всем перечисленным требованиям: 1) вы имеете право на полное покрытие Medicaid штата Нью-Йорк; 2) возраст 18 лет и старше; 3) вы имеете право на уход в центре сестринского ухода и нуждаетесь в услугах долгосрочного ухода на дому или в специализированном учреждении на период более 120 дней с даты регистрации в плане, на основании оценки, проведенной дипломированной медсестрой. 4) вы нуждаетесь в услугах долгосрочного ухода и поддержки по месту жительства (Community Based Long Term Services and Supports, CBLTSS) на период более 120 дней и соответствуете следующим минимальным требованиям:
 - о вам требуется как минимум некоторая помощь при физическом передвижении в рамках более чем двух видов повседневной активности (ADL); или вам поставлен диагноз деменции или болезни Альцгеймера, требующий наблюдения и контроля в рамках более чем одного вида повседневной активности.

ВНИМАНИЕ! Прочтите и подпишите ниже.

- Чтобы сохранить право на участие в плане VillageCareMAX, у меня должно быть покрытие госпитализации (раздел А), и медицинских услуг (раздел В).
- Присоединяясь к этому плану Medicare Advantage Plan, я признаю, что VillageCareMAX будет передавать мою информацию программе Medicare, которая может использовать ее для учета регистрации, осуществления платежей и для других целей, разрешенных федеральным законодательством, которое разрешает сбор этой информации (см. утверждение о законе о конфиденциальности ниже). Ваш ответ в настоящей форме является добровольным. Однако отсутствие ответа может повлиять на регистрацию в плане.
- Я понимаю, что регистрация допускается одновременно только в одном плане Medicare Advantage (МА) или разделе D и что регистрация в этом плане автоматически прекратит мое участие в другом плане МА или разделе D (исключения применяются к планам MA PFFS, MA MSA).
- Я понимаю, что после начала действия страхового покрытия VillageCareMAX я должен (-на) получать все льготы на медицинские услуги и рецептурные препараты от VillageCareMAX. Льготы и услуги, предоставляемые VillageCareMAX и указанные в документе «Гарантии страхового покрытия» (Evidence of Coverage) (также известном как контракт участника или абонентское соглашение), будут покрываться. Ни Medicare, ни VillageCareMAX не будут оплачивать льготы или услуги, которые не входят в покрытие.
- Насколько мне известно, информация, указанная в настоящей форме регистрации, является верной. Я понимаю, что преднамеренное указание ложной информации в настоящей форме является основанием для исключения из плана.
- Я понимаю, что моя подпись (или подпись лица, имеющего законное право действовать от моего имени) на настоящем заявлении означает, что я прочитал (-а) и понял (-а) содержание настоящего заявления. При подписании уполномоченным представителем (как описано выше) подпись удостоверяет следующее:
 - 1) данное лицо уполномочено законом штата пройти эту регистрацию;
 - 2) документация, подтверждающая эти полномочия, будет представлена по запросу Medicare.

Подпись:**Сегодняшняя дата:**

Если вы являетесь уполномоченным представителем, поставьте подпись выше и заполните следующие пункты.

Имя и фамилия:

Адрес:

Номер телефона:

Кем приходиться заявителю:

Раздел 2. Все пункты в этом разделе являются необязательными

Вы вправе решить, отвечать ли на эти вопросы. Вам не может быть отказано в страховом покрытии, если вы не ответите на эти вопросы.

Если вы хотите получать информацию не на английском языке, выберите предпочитаемый язык.

- ☐ Испанский ☐ Испанский креольский ☐ Китайский ☐ Арабский ☐ Корейский ☐ Русский ☐ Итальянский
☐ Французский ☐ Французский креольский ☐ Идиш ☐ Польский ☐ Тагальский ☐ Бенгальский
☐ Албанский ☐ Греческий ☐ Урду

Если вы хотите получать информацию в удобном для вас формате, выберите предпочитаемый формат.

- ☐ Шрифт Брайля ☐ Крупный шрифт ☐ Аудио-CD ☐ CD с данными

Свяжитесь с VillageCareMAX по телефону 1-855-296-8800, если вы хотите получать информацию в формате, не указанном выше. Время работы отделения: с 8.00 до 20.00, без выходных. Пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711.

Вы трудоустроены? ☐ Да ☐ Нет Ваш (-а) супруг (-а) трудоустроен (-а)? ☐ Да ☐ Нет

Укажите своего врача первичной медицинской помощи (Primary Care Physician, PCP), клинику или медицинский центр (VillageCareMAX назначит вам врача первичной медицинской помощи, если вы его не выберете).

Имя и фамилия: _____

Адрес: _____

Телефон: _____

Общегосударственный номер-идентификатор агента
(National Provider Identifier Standard, NPI): _____

Наблюдаетесь ли вы в настоящее время у этого врача? ☐ Да ☐ Нет

Я хочу получать по электронной почте следующие материалы. Выберите один или несколько вариантов.

Перед регистрацией

☐ Краткое описание льгот (Summary of Benefits)

☐ Документ о звездных рейтингах Medicare

Справочники

☐ Список планов Medicaid Advantage Plus (MAP)

☐ Формуляр (список покрываемых лекарств)

☐ Руководство по долгосрочному уходу для потребителей

☐ Заполненная форма регистрации в плане Medicare

Адрес электронной почты: _____

После регистрации

☐ Гарантии страхового покрытия
(Evidence of Coverage)

☐ Справочник поставщиков услуг и аптек

Оплата страховых взносов по плану

Вы можете оплачивать ежемесячный страховой взнос по плану (включая штраф за несвоевременную регистрацию, который может быть вам назначен) по почте электронным переводом средств (Electronic Funds Transfer, EFT) или кредитной картой. Вы также можете оплачивать страховые взносы, выбрав ежемесячное автоматическое списание из вашего пособия социального обеспечения или пособия Совета по пенсионному обеспечению железнодорожников (Railroad Retirement Board, RRB).]

Выберите вариант оплаты страхового взноса.

- ☐ Получение счета. Вы можете оплатить ежемесячный страховой взнос по плану (включая штраф за несвоевременную регистрацию, который может быть вам назначен) на почте.
- ☐ Электронный перевод средств (Electronic Funds Transfer, EFT) с вашего банковского счета каждый месяц. Приложите аннулированный чек (VOIDED) или предоставьте следующую информацию.
Название банка: _____
Имя и фамилия владельца счета: _____
Маршрутный номер банка: _____ Номер банковского счета: _____
Тип счета: ☐ Расчетный ☐ Сберегательный
- ☐ Кредитная карта. Предоставьте следующую информацию.
Тип карты: _____
Имя владельца счета, указанное на карте: _____
Номер счета: _____
Дата истечения срока действия: __/__/__ (ММ/ГГГГ)
КОД CVV: _____
Адрес для выставления счетов: _____
Город: _____
Штат: _____
Почтовый индекс: _____
- ☐ Автоматическое списание из пособия социального обеспечения.
- ☐ Автоматическое списание из ежемесячного пособия Совета по пенсионному обеспечению железнодорожников (RRB).

Если вы обязаны платить ежемесячную сумму корректировки поразделу D в связи с доходом (Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, Part D-IRMAA), вы должны оплачивать эту дополнительную сумму в дополнение к страховому взносу по вашему плану. Сумма обычно списывается из вашего пособия социального обеспечения либо вы можете получить счет от Medicare (или RRB). Не оплачивайте Part D-IRMAA организации VillageCareMAX.

Только для лиц, помогающих заявителю заполнить настоящую форму

Заполните этот раздел, если вы являетесь физическим лицом (например, агентом, брокером, консультантом программы помощи штата по медицинскому страхованию (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), членом семьи или другим третьим лицом), помогающим заявителю заполнить настоящую форму.

Имя и фамилия: _____
Подпись: _____

Кем приходиться заявителю: _____
Национальный номер поставщика
(только для агентов/брокеров): _____

Только для служебного пользования:

Имя и фамилия сотрудника/агента/брокера (если он помогал при регистрации): _____

Дата получения заявления сотрудника/агента/брокера: _____

Контракт H2168 / идентификационный номер плана: _____

Дата вступления в силу покрытия: _____

Первоначальный период выбора страхового покрытия (Initial Coverage Election Period, ICEP) / первоначальный период регистрации (Initial Enrollment Period, IEP): _____ Ежегодный период регистрации (Annual Election Period, AEP): _____ Период открытой регистрации в программе Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP): _____ Специальный период регистрации (Special Enrollment Period, SEP) (тип): _____ Период открытой регистрации для лиц, проживающих в учреждениях (Open Enrollment Period for Institutionalized Individuals, OEPI): _____

Не имеет права: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ О ЗАКОНЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

Центры обслуживания Medicare и Medicaid (CMS) собирают информацию от планов Medicare для отслеживания регистрации бенефициаров в планах Medicare Advantage (MA) Plan, улучшения качества обслуживания и осуществления выплат по программе Medicare. Раздел 1851 закона «О социальном обеспечении» и §§ 422.50 и 422.60 титула 42 Кодекса федеральных правил (Code of Federal Regulations, CFR) допускают сбор этой информации. Центры обслуживания Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) могут использовать, раскрывать и передавать данные о регистрации бенефициаров Medicare, как указано в уведомлении о системе записей (System of Records Notice, SORN) «Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)», системный номер: 09-70-0588. Ваш ответ в настоящей форме является добровольным, однако отказ от ответа может повлиять на регистрацию в плане.