

第一部分——本頁中的所有欄位皆為必填 (除非標註選填)

請選擇您想要加入的計劃：

- VillageCareMAX Medicare Health Advantage (HMO D-SNP) 計劃, 每月 \$0 - \$42.40 美元
 VillageCareMAX Medicare Total Advantage (HMO D-SNP) 計劃, 每月 \$0 美元

名字: _____ 形式: _____ [選填: 中間名首字母]: _____

出生日期: (MM/DD/YYYY) _____ 性別: _____ 電話號碼: _____
 (_____) 男 女 (_____)

固定居住街道地址 (請勿輸入郵政信箱): _____

城市: _____ [選填: 國家]: _____ 所在州: _____ 郵政編碼: _____

郵寄地址, 如果與您的固定住址不同 (可以輸入郵政信箱): _____
 街道地址: _____ 城市: _____ 所在州: _____ 郵政編碼: _____

您的 Medicare 資訊：

Medicare 號碼：_____

請回答這些重要的問題：

除了 VillageCareMAX 之外, 您是否還將投保其他處方藥保險 (例如 VA、TRICARE) ?

是 否

其他保險的名稱: _____ 該保險的會員號: _____ 該保險的組別號: _____

您是否參加了州聯邦醫療保險計劃? 是 否

如果「是」, 請提供您的聯邦醫療保險編號: _____

● **VillageCareMAX Medicare Health Advantage (HMO D-SNP) 計劃**: 如適用, 請勾選
 您是否有資格根據紐約州 Medicare 獲得 Medicare 費用分攤援助?

● **VillageCareMAX Medicare Total Advantage (HMO D-SNP)**: 如適用, 請勾選
 請說明您是否滿足以下所有要求: 1) 您有資格獲得完整紐約州 Medicaid 保險; 2) 您年滿 18 周歲或以上; 以及 3) 根據由註冊護士完成的評估, 您有資格獲得養老院級別的護理, 並要求獲得位於社區或基於設施的長期護理服務, 自註冊生效起連續超過 120 天?

重要資訊：請閱讀並在下方簽名：

- 我必須同時持有醫院（A 部分）和醫療（B 部分）才能夠留在 VillageCareMAX 中。
- 加入該 Medicare Advantage 計劃或 Medicare 處方藥計劃即表示我悉知 VillageCareMAX 將與 Medicare 共用我的資訊，後者可以將其用於追蹤我的註冊、付款以及授權此組資訊用於聯邦法律允許的其他目的（請見下方《隱私法案聲明》）。
- 您可自願回覆此表。然而，未能回覆可能會影響您參加計劃。
- 此註冊表中的資訊據我所知是正確的。我理解，如果我故意在此表上提供虛假資訊，那麼我將退出此計劃。
- 我知道，Medicare 投保人在外國時通常不享受 Medicare，除在美國邊境附近有限的承保。
- 我知道，當我的 VillageCareMAX 保險開始後，我必須從 VillageCareMAX 中獲得我所有的醫療和處方藥福利。由 VillageCareMAX 提供並包含在 VillageCareMAX 「承包範圍證明」文件（也被稱為會員合同或訂購人協定）中的福利和服務都在承包範圍中。Medicare 和 VillageCareMAX 都不會支付不包含在其中的福利或服務。
- 我知道，我在該申請上的簽名（或合法授權代表我的行事人的簽名）表示我已閱讀並理解該申請的內容。如果由授權代表簽字（如上所述），該簽名證明：
 - 1) 此人根據州法律授權完成該註冊，且 2) 此授權文件可應 Medicare 要求提供。

簽名：

今天的日期：

如果您是一位授權代表，請在上方簽字並填寫這些欄位：

姓名：

地址：

電話號碼：

與註冊人的關係：

第二部分——本頁中所有欄都是選填欄位

您可以自行選擇是否回答這些問題。您不會因為沒有填寫它們而被拒絕投保。

如果您想讓我們以英語之外的其他語言向您傳送資訊，請選擇一項。

- 中文
 西班牙文

如果您想讓我們以可存取的格式向您發送資訊，請選擇一項。

- 點字 大字體 音訊 CD

如果您需要以上述列出項之外的可存取格式獲得資訊，請撥打電話 1-800-469-6292 聯繫 VillageCareMAX。我們的辦公時間為早 8 點到晚 8 點，每週七天。TTY（聽障）用戶可以撥打 711。

您是否工作？ 是 否 您的配偶是否工作？ 是 否

列出您的初級護理醫師 (PCP)、診所或健康中心：

姓名： _____ 地址： _____

電話： _____ NPI： _____

我想要透過電子郵件獲得下列材料。選擇一項或多項。

參保前

- 福利摘要
 Medicare 星級評定文檔
 Medicaid Advantage Plus (MAP) 計劃
 消費者長期護理指南
 完整的 Medicare 註冊表

參保

- 承保範圍證明
 供應商藥房目錄
 處方集

電子郵件地址： _____

支付您的計劃保費

您可以每月透過郵寄支付您的月度計劃保費（包括任何您當前的或可能欠下的逾期註冊處罰金）。您也可以選擇自動從您的社會保障或鐵路退休委員會 (RRB) 福利中每月扣除來支付您的保費。

如果您需要支付 D 部分——收入相關月度調整金額 (D 部分-IRMAA)，您必須在您計劃的保費之外支付這筆額外的費用。該筆費用通常從您的社會保障福利中扣除，您也可以從 Medicare（或 RRB）處獲得一份帳單。請不要向 VillageCareMAX 支付 D 部分-IRMAA。

隱私法案聲明

Medicare 及 Medicaid 服務中心 (CMS) 從 Medicare 計劃處收集資訊，以便追蹤 Medicare Advantage (MA) 或處方藥計劃 (PDP) 的受益人註冊情況，改善護理，並用於 Medicare 福利支付。《社會保障法》第 1851 節和 1860D-1 節，以及 42 CFR § § 422.50、422.60、423.30 和 423.32 節授權收集該資訊。CMS 可使用、披露和交換記錄通知 (SORN)「醫療保險優勢處方藥 (MARx)」(系統編號 09-70-0588)中指定的醫療保險受益人的註冊數據。您可自願回覆此表。然而，未能回覆可能會影響您參加計劃。