
ПРИЛОЖЕНИЕ 1: ОБРАЗЕЦ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ РЕГИСТРАЦИОННОЙ ФОРМЫ ДЛЯ ЗАЧИСЛЕНИЯ В ПЛАН MEDICARE ADVANTAGE (ЧАСТЬ "С") ИЛИ ПЛАН ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ РЕЦЕПТУРНЫХ ЛЕКАРСТВ С ОПЛАТОЙ ПО ПРОГРАММЕ "МЕДИКЕАР" (ЧАСТЬ "D")

Кто может использовать эту форму?

Лица, которые являются участниками программы "Медикейр", которые желают вступить в план Medicare Advantage или план предоставления рецептурных лекарств с оплатой по программе "Медикейр"

Что нужно сделать для вступления в план:

- Наличие гражданства США или присутствие в США на законных основаниях
- Проживание в зоне обслуживания плана

Внимание! Для вступления в план Medicare Advantage вам также нужно быть участником обеих нижеуказанных планов:

- Часть "А" по программе "Медикейр" (страховка для лечения на стационаре)
- Часть "В" по программе "Медикейр" (страховка для получения медицинских услуг)

Когда мне нужно использовать эту форму?

Вы можете вступить в план:

- С 15 октября по 7 декабря (ежегодно); а страховое покрытие будет начинаться с 1 января
- В течение 3 месяцев после начального вступления в план "Медикейр"
- В некоторых ситуациях, когда у вас есть право вступить в план или изменить свой план

Чтобы получить более подробную информацию о том, когда вы имеете право вступать в план, заходите на сайт Medicare.gov.

Что мне нужно для того, чтобы заполнить эту форму?

- Ваш номер участника в программе "Медикейр" (номер, указанный на красно-бело-синей карточке "Медикейр")
- Ваш адрес постоянного места жительства и номер телефона

Примечание: Необходимо заполнить все пункты, указанные в разделе 1. Пункты, указанные в разделе 2, заполнять не обязательно. Если вы их не заполните - это не будет отрицательно сказываться на ваших правах в отношении страхового покрытия.

Напоминания:

- Если вы хотите вступить в план во время осеннего периода открытого зачисления в план (с 15 октября по 7 декабря) - план должен до 7 декабря получить вашу заполненную форму.
- План пошлет вам счет для оплаты страхового взноса. По желанию вы можете подписаться на автоматическое отчисление страховых взносов из вашего банковского счета или из вашего ежемесячного пособия по социальному обеспечению (или выплат Совета по пенсионному обеспечению железнодорожников).

Что будет происходить дальше?

Отправьте свою заполненную и подписанную форму по адресу:
VillageCareMAX
112 Charles Street
New York, NY 10014

Они свяжутся с вами после того, как они оформят ваше заявление о зачислении.

Как мне можно получить помощь в отношении этой формы?

Позвоните в план VillageCareMAX по телефону: 1-800-469-6292. Пользователи системы ТТУ могут звонить по телефону 711.

Или звоните в программу "Медикар" по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Пользователи системы ТТУ могут звонить по телефону: 1-877-486-2048.

En español: Llame a VillageCareMAX al 1-800-469-6292/711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Раздел 1 – необходимо заполнить всю информацию, указанную на этой странице (за исключением той, которая указана как необязательная)

Выберите план, в который вы хотите вступить:

- VillageCareMAX Medicare Health Advantage (HMO D-SNP): 0 - 42,30 долларов в месяц
 VillageCareMAX Medicare Total Advantage (HMO D-SNP): 0 долларов в месяц

Имя: _____ Фамилия: _____ [По желанию: первая буква отчества]: _____

Дата рождения: (ММ/ДД/ГГГГ) (_____)	Пол: <input type="checkbox"/> Муж. <input type="checkbox"/> Жен.	Номер телефона: (_____)
---	---	----------------------------------

Адрес постоянного места жительства (не указывать почтовый ящик):

Город:	[По желанию: Округ]:	Штат:	Почтовый индекс:
--------	----------------------	-------	------------------

Почтовый адрес, если он отличается от вашего адреса постоянного места жительства (можно указывать почтовый ящик):

Адрес (улица): _____ Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Информация о вашем участии в программе "Медикаер":

Номер участника программы "Медикаер": _____

Предоставьте ответы на эти важные вопросы:

Будет ли у вас другое страховое покрытие для рецептурных лекарств в дополнение к плану VillageCareMAX (например - страхование для ветеранов, TRICARE)?

Да Нет

Название другой страховки: _____ Номер участника в такой страховке: _____ Номер группы в такой страховке: _____

Являетесь ли вы участником программы "Медикейд", которую проводит ваш штат? Да Нет

Если вы ответили "да" - просим указать ваш номер участника в программе "Медикейд":

- **VillageCareMAX Medicare Health Advantage (HMO D-SNP):** Укажите, если это применимо к вашей ситуации

Имеете ли вы право на получение помощи для совместного покрытия расходов в рамках программы "Медикейд", которую проводит штат Нью-Йорк?

- **VillageCareMAX Medicare Total Advantage (HMO D-SNP):** Укажите, если это применимо к вашей ситуации

Пожалуйста укажите, выполняете ли вы все нижеизложенные квалификационные требования:

1) Вы имеете право на получение страхового покрытия по программе "Медикейд", которую проводит штат Нью-Йорк, в полном объеме; 2) Вы достигли 18-летнего возраста; 3) вы имеете право на получение ухода на уровне дома-интерната и вам нужны услуги по долгосрочному уходу по месту жительства или в учреждении в течение непрерывного периода, составляющего более 120 дней, начиная с даты вступления в план, по результатам оценки, проведенной дипломированной медицинской сестрой?

ВНИМАНИЕ: Пожалуйста, прочитайте и поставьте внизу подпись:

- Для участия в плане VillageCareMAX я обязан иметь страховое покрытие для больниц (часть "А") и медицинское страховое покрытие (часть "В") .
- Вступая в этот план Medicare Advantage, или план для рецептурных лекарств, который оплачивается по программе "Медикеар", я даю свою согласие на то, чтобы план VillageCareMAX предоставлял мою информацию в программу "Медикеар", которая имеет право использовать эту информацию, чтобы следить за моим участием в плане, выполнять платежи и совершать другие действия, которые разрешается выполнять по федеральным законам, которые позволяют накапливать такую информацию (см. ниже заявление, которое требуется по "Закону об охране информации о частной жизни").
- Вы не обязаны предоставлять свой ответ по этой форме. Однако если вы не предоставите свой ответ, это может повлиять на зачисление вас в план.
- Я подтверждаю то, что данная форма заявления на зачисление в план содержит достоверную информацию (насколько мне известно). Я осознаю то, что умышленное предоставление мной ложной информации в этой форме будет предоставлять основания для отчисления меня из плана.
- Я осознаю то, что лица, охваченные программой "Медикеар", обычно не получают страхового покрытия по программе "Медикеар" во время пребывания за границей, за исключением ограниченного страхового покрытия недалеко от границ США.
- Я осознаю то, что когда начнется мое страховое покрытие по плану VillageCareMAX, я буду обязан получать все свои медицинские льготы и льготы в отношении рецептурных лекарств через план VillageCareMAX. План будет оплачивать те льготы и услуги, которые предоставляются планом VillageCareMAX и изложены в предоставленном мне документе "Описание страхового покрытия" плана VillageCareMAX (который также называется "контракт участника" или "соглашение подписчика"). Ни программа "Медикеар", ни план VillageCareMAX, не будут оплачивать те льготы или услуги, которые не охвачены планом страхования.
- Я осознаю то, что поставив свою подпись (или подпись лица, которое имеет законное право действовать от моего имени) под этим заявлением я подтверждаю, что я прочитал и понял смысл данного заявления. Если подпись ставит уполномоченный представитель (как описано выше), такая подпись должна подтверждать следующие факты:
 - 1) В соответствии с законами штата, указанное лицо имеет право совершать действия по зачислению в план;
 - 2) документальное подтверждение этого права может быть предоставлено по запросу программы "Медикеар".

Подпись:

Дата сегодня:

Если вы являетесь уполномоченным представителем - поставьте выше свою подпись и заполните нижеуказанные поля:

Ф.И.О.:

Адрес:

Номер телефона:

Отношение к участнику плана:

Раздел 2 – информацию, указанную на этой странице, заполнять не обязательно

Если вы желаете - вы можете предоставить ответы на эти вопросы. Если вы не предоставите ответы на эти вопросы, отказ предоставить их не будет иметь никаких негативных последствий в отношении вашего участия в плане.

Выберите один из предоставленных вариантов, если вы хотите, чтобы мы посылали вам информацию на другом языке (т.е. не на английском языке).

- Китайский
 Испанский

Выберите один из предоставленных вариантов, если вы хотите, чтобы мы посылали вам информацию в адаптированном формате.

- Шрифт Брайля Крупный шрифт Компакт-диск

Пожалуйста, свяжитесь с планом VillageCareMAX по телефону 1-800-469-6292, если вам нужно получать информацию в каком-либо другом адаптированном формате (за исключением тех, которые указаны выше). Режим работы нашего офиса: с 08:00 до 20:00, без выходных. Пользователи системы ТТУ могут звонить по телефону 711.

Работаете ли вы? Да Нет

Работает ли ваша супруга/супруг? Да Нет

Укажите своего поставщика первичных медицинских услуг (PCP), клинику или медико-санитарный центр:

Имя и название: _____ Адрес: _____

Телефон: _____ Национальный идентификатор поставщика: _____

Я хочу получить по электронной почте нижеуказанные материалы. Выберите один или несколько вариантов.

До зачисления в план

- Описание льгот
 Документ с указанием рейтинга по "Медикаер Стар"
 Список планов "Medicaid Advantage Plus" (MAP)
(Список охваченных планом лекарств)
 Пособие для потребителя, касающееся услуг по долгосрочному уходу
 Заполненная форма заявления для регистрации в программу "Медикаер"

Зачисление

- Описание страхового покрытия
 Справочник поставщиков услуг и аптек
 Фармакологический справочник

Адрес электронной почты:

Оплата своих страховых взносов за план

Вы можете ежемесячно посылать по почте оплату своих ежемесячных страховых взносов (включая какой-либо штраф за нарушение регистрационных требований, который вам уже выставлен или может быть выставлен). **Вы также можете платить свои страховые взносы с помощью ежемесячных автоматических отчислений из своего пособия по социальному обеспечению или пенсионного обеспечения для железнодорожников (RRB).**

Если вы должны оплачивать ежемесячную сумму корректировки по части "D", которая зависит от уровня доходов (часть-"D"-IRMAA), вы обязаны оплачивать эту дополнительную сумму в дополнение к страховым взносам за план. Эта сумма, как правило, будет отчисляться из вашего пособия по социальному обеспечению или вам будет выставляться счет программой "Медикар" (или Советом по пенсионному обеспечению железнодорожников). Вам **НЕ НУЖНО** будет платить в план VillageCareMAX сумму IRMAA за часть "D".

ЗАЯВЛЕНИЕ, КОТОРОЕ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ "ЗАКОНА ОБ ОХРАНЕ ИНФОРМАЦИИ О ЧАСТНОЙ ЖИЗНИ"

Центры по предоставлению услуг с помощью программ "Медикар" и "Медикейд" (CMS) собирают у планов "Медикар" информацию, чтобы следить за обслуживанием получателей льгот по планам Medicare Advantage (MA) и планам оплаты рецептурных лекарств (PDP), повышать качество лечения и оплачивать льготы по программе "Медикар". Сбор этой информации разрешен на основании разделов 1851 и 1860D-1 "Закона о социальном страховании" и Кодекса федеральных нормативных актов, глава 42, §§ 422.50, 422.60, 423.30 и 423.32. Центры CMS имеют право использовать, раскрывать и обмениваться информацией о зачислении в различные планы получателей льгот по программе "Медикар". Такое право указано в Уведомлении о системе отчетности (SORN) для страхового покрытия рецептурных лекарств в планах Medicare Advantage (MARx), системный № 09-70-0588. Вы не обязаны предоставлять свой ответ по этой форме. Однако если вы не предоставите свой ответ, это может повлиять на зачисление вас в план.