Biểu mẫu Yêu cầu Đăng ký Cá nhân 2027

Ai có thể sử dụng biểu mẫu này?
Những người có Medicare muốn tham gia Chương trình Medicare Advantage

Để tham gia chương trình, quý vị phải:

- Là công dân Hoa Kỳ hoặc đang hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ
- Sống trong khu vực dịch vụ của chương trình

Quan trọng: Để tham gia Chương trình Medicare Advantage, quý vị cũng phải có cả hai:

- Medicare Phần A (Bảo hiểm Bệnh viện)
- Medicare Phần B (Bảo hiểm Y tế)

Khi nào tôi sử dụng biểu mẫu này?
Quý vị có thể tham gia một chương trình:

- Từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 hàng năm (đối với bảo hiểm bắt đầu từ ngày 1 tháng 1)
- Trong vòng ba tháng kể từ lần đầu tiên nhận được Medicare
- Trong một số tình huống nhất định, khi mà quý vị được phép tham gia hoặc chuyển đổi chương trình

Truy cập **Medicare.gov** để tìm hiểu thêm về thời điểm quý vị có thể đăng ký chương trình.

Tôi cần những gì để hoàn thành biểu mẫu này?

- Số Medicare của quý vị (số trên thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh lam của quý vị)
- Địa chỉ thường trú và số điện thoại của quý vị

Lưu ý: Quý vị phải hoàn thành tất cả các mục trong Phần 1. Các mục trong Phần 2 là tùy chọn – quý vị sẽ không bị từ chối bảo hiểm nếu không điền các thông tin tại đó.

Nhắc nhở:

- Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình trong thời gian đăng ký mở rộng mùa thu (ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12), chương trình phải nhận được biểu mẫu đã điền đủ thông tin của quý vị trước ngày 7 tháng 12.
- Chương trình của quý vị sẽ gửi cho quý vị hóa đơn thanh toán phí bảo hiểm của chương trình. Quý vị có thể chọn đăng ký để được khấu trừ các khoản thanh toán phí bảo hiểm từ tài khoản ngân hàng hoặc phúc lợi An Sinh Xã Hội (hoặc Railroad Retirement Board (RRB, Hội đồng Hưu trí Đường sắt)) hàng tháng của quý vị.

Chuyện gì xảy ra tiếp theo?
Vui lòng gửi biểu mẫu đã điền đủ thông tin và ký tên qua email, thư bưu điện hoặc fax đến:

Email: WHMembership@blueshieldca.com

Gửi thư: Blue Shield of California
P.O. Box 948
Woodland Hills, CA 91365-9856

Fax: (877) 251-3660

Khi họ xử lý yêu cầu tham gia của quý vị, họ sẽ liên hệ với quý vị.

Tôi có thể tìm trợ giúp về biểu mẫu này qua đâu?
Hãy gọi điện cho đại lý được ủy quyền hoặc người đại diện Blue Shield của quý vị theo số **(888) 534-4263**. Người dùng TTY có thể gọi **711**. Hoặc, gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

En español: Llame a su agente autorizado o a su representante de Blue Shield al **(888) 534-4263**. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al **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.

Những người vô gia cư

- Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình nhưng không có hộ khẩu thường trú, thì Hộp thư Bưu điện, địa chỉ nhà tạm trú hoặc phòng khám, hoặc địa chỉ nơi quý vị nhận thư (ví dụ: séc An Sinh Xã Hội) có thể được coi là địa chỉ thường trú của quý vị.

Theo Paperwork Reduction Act (PRA, Đạo Luật Giảm Thiểu Thủ Tục Giấy Tờ) năm 1995, không có người nào được yêu cầu phản hồi việc thu thập thông tin trừ khi nó hiển thị số kiểm soát Office of Management and Budget (OMB, Văn phòng Quản lý và Ngân sách) hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho phần thu thập thông tin này là 0938-1378. Thời gian cần thiết để hoàn thành thông tin này được ước tính là trung bình 20 phút cho mỗi phản hồi, bao gồm cả thời gian để đọc hướng dẫn, tìm kiếm tài nguyên dữ liệu hiện có, thu thập dữ liệu cần thiết, hoàn thành và xem xét việc thu thập thông tin. Nếu quý vị có bất kỳ nhận xét nào liên quan đến tính chính xác của (các) ước tính thời gian hoặc đề xuất để cải thiện biểu mẫu này, vui lòng gửi thư tới địa chỉ: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

QUAN TRỌNG

Không gửi biểu mẫu này hoặc bất kỳ mục nào có thông tin cá nhân của quý vị (chẳng hạn như yêu cầu bảo hiểm, thanh toán, hồ sơ y tế, v.v.) đến PRA Reports Clearance Office (Văn phòng Giải quyết Báo cáo PRA). Bất kỳ mục nào chúng tôi nhận được mà không liên quan đến cách cải thiện biểu mẫu này hoặc việc thu thập thông tin của nó (được nêu trong OMB 0938-1378) sẽ bị hủy. Thông tin này sẽ không được lưu giữ, kiểm tra hoặc chuyển tiếp đến chương trình. Xem "Chuyện gì xảy ra tiếp theo?" trên trang này để gửi biểu mẫu đã hoàn thành của quý vị cho chương trình.

Phần 1 – Tất cả các mục trong phần này là bắt buộc (trừ khi được đánh dấu là không bắt buộc)

Chọn chương trình quý vị muốn tham gia:

Blue Shield Inspire (HMO)

- ☐ Các Quận Alameda/San Mateo ($60 mỗi tháng)
- ☐ Các Quận Los Angeles/Orange ($0 mỗi tháng)
- ☐ Các Quận San Joaquin/Stanislaus/Merced/ Santa Clara ($61 mỗi tháng)

Blue Shield 65 Plus (HMO)

- ☐ Các Quận Los Angeles/Orange ($0 mỗi tháng)
- ☐ Quận Kern ($0 mỗi tháng)
- ☐ Quận Riverside ($0 mỗi tháng)
- ☐ Quận San Bernardino ($0 mỗi tháng)
- ☐ Quận San Diego ($0 mỗi tháng)
- ☐ Các Quận San Luis Obispo/Santa Barbara ($70 mỗi tháng)

Blue Shield Advantage (HMO)

- ☐ Quận San Joaquin ($20 mỗi tháng)
- ☐ Các Quận Sacramento/Placer ($19 mỗi tháng)
- ☐ Các Quận Los Angeles/Orange ($0 mỗi tháng)
- ☐ Quận San Diego ($0 mỗi tháng)

Blue Shield 65 Plus Choice Plan (HMO)

- ☐ Các Quận San Bernardino/Riverside ($0 mỗi tháng)

Blue Shield AdvantageOptimum Plan (HMO)

- ☐ Các Quận Los Angeles/Orange ($0 mỗi tháng)

Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1 (HMO)

- ☐ Quận San Diego ($0 mỗi tháng)

Blue Shield 65 Plus Plan 2 (HMO)

- ☐ Các Quận Los Angeles/Orange ($0 mỗi tháng)

Blue Shield Value Advantage Plan (HMO) **Không trả Hoa hồng**

- ☐ Quận Los Angeles ($0 mỗi tháng)
- ☐ Quận San Diego ($0 mỗi tháng)" here

Vui lòng cho biết nếu quý vị muốn đăng ký tham gia chương trình Dental HMO Bổ sung Tùy chọn hoặc chương trình Dental Chỉ Trong Mạng lưới (INO) Bổ sung Tùy chọn:

☐ **Chương trình Dental HMO Bổ sung Tùy chọn** ($16.20 mỗi tháng)
(chỉ có trong một số chương trình/khu vực dịch vụ; hãy tham khảo Tóm Tắt Quyền Lợi của chương trình để biết thêm thông tin.)

Tên của Nha sĩ:

ID nhà cung cấp:

Nếu quý vị không chọn nha sĩ, quý vị sẽ được chỉ định một nha sĩ tại thời điểm đăng ký.

☐ **Chương trình Dental Chỉ Trong Mạng lưới (INO) Bổ sung Tùy chọn** ($49.00 mỗi tháng)
(chỉ có trong một số chương trình/khu vực dịch vụ; hãy tham khảo Tóm Tắt Quyền Lợi của chương trình để biết thêm thông tin.)

Không cần lựa chọn nha sĩ cho chương trình Dental Chỉ Trong Mạng lưới (INO) Bổ sung Tùy chọn.

Thông tin cá nhân:

Họ:	Tên:	Tên đệm viết tắt: (không bắt buộc)

Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM):	Giới tính: ☐ Nam giới ☐ Nữ giới
Số điện thoại:	Loại điện thoại: ☐ Cố định ☐ Di động

Địa chỉ đường phố thường trú (Không ghi Hộp thư bưu điện. Lưu ý: Đối với người vô gia cư, Hộp thư bưu điện có thể được coi là địa chỉ thường trú của quý vị.):

Thành phố: Tiểu bang: Mã ZIP:

Địa chỉ gửi thư, nếu khác với địa chỉ thường trú của quý vị (cho phép dùng Hộp thư bưu điện):

Địa chỉ đường phố:

Thành phố: Tiểu bang: Mã ZIP:

Thông tin Medicare của quý vị:

Số Medicare:

Trả lời những câu hỏi quan trọng sau đây:

Quý vị sẽ có bảo hiểm thuốc theo toa khác (như VA, TRICARE) ngoài Chương trình Blue Shield Medicare Advantage?

☐ Có ☐ Không

Bảo hiểm thuốc theo toa:

Tên của bảo hiểm toa thuốc khác:

Số thành viên cho bảo hiểm này:

Số nhóm cho bảo hiểm này:

Bảo hiểm y tế:

Tên của bảo y tế hiểm khác:

Số thành viên cho bảo hiểm này:

Số nhóm cho bảo hiểm này:

Quý vị có đăng ký tham gia chương trình Medicaid (Medi-Cal) của tiểu bang không? ☐ Có ☐ Không
Nếu có, vui lòng cung cấp số Medicaid (Medi-Cal) của quý vị

QUAN TRỌNG – Hãy đọc và ký tên bên dưới:

- Tôi phải giữ cả Bệnh viện (Phần A) và Y tế (Phần B) để được tham gia Chương trình Blue Shield Medicare Advantage.
- Bằng cách tham gia Chương trình Medicare Advantage này, tôi xác nhận rằng Chương trình Blue Shield Medicare Advantage sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare, họ có thể sử dụng thông tin đó để theo dõi việc đăng ký của tôi, thực hiện thanh toán và cho các mục đích khác được luật Liên bang cho phép nhằm thu thập thông tin này (xem Privacy Act Statement (Tuyên bố về Đạo luật Quyền riêng tư) bên dưới). Phản hồi của quý vị đối với biểu mẫu này là hoàn toàn tự nguyện. Tuy nhiên, việc không phản hồi có thể ảnh hưởng đến việc đăng ký vào chương trình.
- Tôi hiểu rằng tôi chỉ có thể đăng ký một chương trình MA tại một thời điểm – và việc đăng ký vào chương trình này sẽ tự động chấm dứt việc đăng ký của tôi vào một chương trình MA khác (áp dụng ngoại lệ cho các chương trình MA PFFS, MA MSA).
- Tôi hiểu rằng khi bảo hiểm Chương trình Blue Shield Medicare Advantage của tôi bắt đầu, tôi phải nhận được tất cả các quyền lợi y tế và thuốc theo toa của mình từ Chương trình Blue Shield Medicare Advantage. Các quyền lợi và dịch vụ do Chương trình Blue Shield Medicare Advantage cung cấp và có ghi trong tài liệu *Evidence of Coverage* (EOC, Chứng Từ Bảo Hiểm) của Chương trình Blue Shield Medicare Advantage của tôi (còn được gọi là hợp đồng thành viên hoặc thỏa thuận người đăng ký) sẽ được bảo hiểm. Cả Medicare và Chương trình Blue Shield Medicare Advantage đều không thanh toán cho các quyền lợi hoặc dịch vụ không được bảo hiểm.
- Thông tin trong biểu mẫu đăng ký này là chính xác theo hiểu biết của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai trong biểu mẫu này, tôi sẽ bị hủy đăng ký khỏi chương trình.
- Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người được ủy quyền hợp pháp thay mặt tôi) trên đơn đăng ký này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu nội dung của đơn đăng ký này. Nếu được ký bởi người đại diện được ủy quyền (như mô tả ở trên), chữ ký này xác nhận rằng:

  1) Người này được ủy quyền theo luật của tiểu bang để hoàn thành việc đăng ký này, và

  2) Tài liệu của cơ quan này sẽ được cung cấp khi có yêu cầu của Medicare.

Chữ ký:	**Hôm nay ngày (THÁNG/NGÀY/NĂM):**

Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, hãy ký tên ở trên và điền vào các trường này.

Tên:

Địa chỉ đường phố:

Thành phố: Tiểu bang: Mã ZIP:

Số điện thoại:

Mối quan hệ với người đăng ký:

Phần 2 – Tất cả các mục trong phần này không bắt buộc

Quý vị tùy ý lựa chọn trả lời hoặc không trả lời những câu hỏi này. Quý vị sẽ không bị từ chối bảo hiểm nếu không điền các thông tin tại đó.

Chọn một mục nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin cho quý vị bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh.

☐ Tiếng Tây Ban Nha

Chọn một mục nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin cho quý vị ở định dạng có thể truy cập được.

☐ Chữ nổi ☐ Chữ in lớn ☐ CD âm thanh ☐ CD dữ liệu

Vui lòng liên hệ bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo số **(800) 776-4466 (TTY: 711)** nếu quý vị cần thông tin ở định dạng có thể truy cập khác với những định dạng được liệt kê ở trên. Giờ làm việc của chúng tôi là 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần.

Chỉ nhằm mục đích cung cấp thông tin:

Quý vị có đang làm việc không? ☐ Có ☐ Không
Vợ/chồng của quý vị có đi làm không? ☐ Có ☐ Không

Liệt kê bác sĩ chăm sóc chính (PCP), phòng khám hoặc trung tâm y tế của quý vị:

Tên của bác sĩ, phòng khám hoặc trung tâm y tế:

Số ID của bác sĩ, phòng khám hoặc trung tâm y tế:

Tên của nhóm bác sĩ, phòng khám hoặc trung tâm y tế:

Hiện đang là bệnh nhân? ☐ Có ☐ Không

Địa chỉ email:

Việc cung cấp địa chỉ email của quý vị ở trên sẽ tự động đăng ký quý vị vào dịch vụ gửi tài liệu không dùng giấy đối với một số thông tin liên lạc trong chương trình của quý vị.

Quý vị sẽ nhận được nhiều thông tin liên lạc bắt buộc về chương trình của mình qua hình thức điện tử. Chúng tôi sẽ gửi email cho quý vị khi có thư từ liên lạc mới (ví dụ: Giải thích về Quyền lợi hoặc Thông báo Thay đổi Hàng năm) có sẵn trực tuyến. Quý vị có thể truy cập các thông tin liên lạc này thông qua bất kỳ thiết bị nào chẳng hạn như máy tính, máy tính bảng hoặc điện thoại di động.

☐ Thay vì gửi ở dạng điện tử, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị bản cứng của các tài liệu bắt buộc. Quý vị có thể thay đổi tùy chọn giao tài liệu vào bất kỳ lúc nào.

Thanh toán phí bảo hiểm của quý vị

Quý vị có thể thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng của mình (bao gồm cả mọi khoản phạt đăng ký trễ mà quý vị nợ) qua thư mỗi tháng. Nếu chương trình của quý vị có phí bảo hiểm đến hạn, quý vị sẽ nhận được hóa đơn hàng tháng bao gồm số tiền và ngày đến hạn thanh toán tiếp theo hoặc **quý vị cũng có thể chọn thanh toán phí bảo hiểm của mình bằng cách cho khấu trừ tự động từ tiền An Sinh Xã Hội hoặc phúc lợi Railroad Retirement Board (RRB) mỗi tháng.**

Để tìm hiểu thêm về các tùy chọn thanh toán, hãy truy cập **blueshieldca.com/medicarewaystopay** hoặc gọi tới bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo số **(800) 776-4466 (TTY: 711)**.

☐ Tự động khấu trừ từ séc phúc lợi An Sinh Xã Hội hoặc Railroad Retirement Board (RRB) hàng tháng của quý vị.

Tôi nhận được các quyền lợi hàng tháng từ: ☐ An Sinh Xã Hội ☐ RRB

(Việc khấu trừ từ tiền An Sinh Xã Hội/Railroad Retirement Board có thể mất hai tháng trở lên để bắt đầu. Trong hầu hết các trường hợp, nếu Sở An sinh Xã hội/Railroad Retirement Board chấp nhận yêu cầu khấu trừ tự động của quý vị, lần khấu trừ đầu tiên từ tiền An Sinh Xã Hội/séc phúc lợi Railroad Retirement Board của quý vị sẽ bao gồm tất cả các khoản phí bảo hiểm đến hạn từ ngày đăng ký của quý vị có hiệu lực cho đến thời điểm bắt đầu khấu trừ. Nếu Sở An Sinh Xã Hội/Railroad Retirement Board không chấp thuận yêu cầu khấu trừ tự động của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị hóa đơn giấy về phí bảo hiểm hàng tháng.)

Nếu quý vị phải trả Số tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập Phần D (Phần D-IRMAA), quý vị phải trả thêm số tiền này ngoài phí bảo hiểm của chương trình. Số tiền này thường được trích từ quyền lợi An Sinh Xã Hội của quý vị, hoặc quý vị có thể nhận được hóa đơn từ Medicare (hoặc RRB). KHÔNG thanh toán Phần D-IRMAA cho Blue Shield of California.

Chỉ dành cho cá nhân giúp người đăng ký hoàn thành biểu mẫu này:

Hoàn thành phần này nếu quý vị là cá nhân (tức là đại lý, người môi giới, cố vấn State Health Insurance Program (SHIP, Chương trình Bảo hiểm Y tế của Tiểu bang), thành viên gia đình hoặc bên thứ ba khác) giúp người đăng ký điền biểu mẫu này.

Tên: _____ Mối quan hệ với người đăng ký: _____

Chữ ký: _____

Thông tin đại lý cấp cao/đại lý bảo hiểm:
*Cho biết đây là trường bắt buộc.

Tên của đại lý được chỉ định: _____

Mã số thuế của đại lý được chỉ định:* _____

Tên của đại lý cấp cao/đại lý bảo hiểm:* _____

NPN cá nhân của đại lý cấp cao/đại lý bảo hiểm:* _____

Địa chỉ email của đại lý cấp cao/đại lý bảo hiểm: _____

Số điện thoại của đại lý cấp cao/đại lý bảo hiểm: _____

Chữ ký của đại lý cấp cao/đại lý bảo hiểm: _____

Ngày đại lý cấp cao nhận được đơn đăng ký: _____

Với chữ ký của tôi, bằng văn bản này tôi xác nhận rằng tôi đã hoàn thành tất cả các chứng nhận bắt buộc dành cho người môi giới và rằng tôi đã đọc và hiểu các Nguyên tắc Tiếp thị và Truyền thông và thể lệ Đăng ký CMS Medicare và xác nhận rằng người đăng ký đã nhận được bộ tài liệu đăng ký đầy đủ. Tôi đồng ý rằng sự đăng ký này của một người thụ hưởng Medicare, thay mặt cho Blue Shield of California, tuân thủ những quy tắc này.

Tuyên bố về Đạo luật Quyền riêng tư

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, Trung tâm Dịch vụ Medicare và Medicaid) thu thập thông tin từ các chương trình Medicare để theo dõi việc đăng ký của người thụ hưởng trong các Chương trình Medicare Advantage (MA), cải thiện dịch vụ chăm sóc và để thanh toán các quyền lợi Medicare. Mục 1851 và 1860D-1 của Social Security Act (Đạo luật An sinh Xã hội) và 42 CFR §§ 422.50 và 422.60 cho phép thu thập thông tin này. CMS có thể sử dụng, tiết lộ và trao đổi dữ liệu đăng ký từ những người thụ hưởng Medicare như được quy định trong Hệ thống Thông báo Hồ sơ (SORN) “Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)”, Hệ thống số 09-70-0588. Phản hồi của quý vị đối với biểu mẫu này là hoàn toàn tự nguyện. Tuy nhiên, việc không phản hồi có thể ảnh hưởng đến việc đăng ký vào chương trình.

Xác nhận Đủ điều kiện cho một Thời gian Đăng ký

Thông thường, quý vị chỉ có thể đăng ký vào chương trình Medicare Advantage trong thời gian đăng ký hàng năm từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 trong năm. Có những trường hợp ngoại lệ có thể cho phép quý vị đăng ký vào chương trình Medicare Advantage ngoài khoảng thời gian này.

Vui lòng đọc kỹ các tuyên bố sau đây và đánh dấu vào ô trống nếu tuyên bố đó đúng với quý vị. Bằng cách đánh dấu chọn vào ô bất kỳ trong các ô sau đây, quý vị xác nhận theo sự hiểu biết tốt nhất của quý vị rằng quý vị đủ điều kiện cho Thời gian Đăng ký. Nếu sau đó chúng tôi xác định rằng thông tin này không chính xác, quý vị sẽ bị hủy đăng ký.

☐ Tôi mới tham gia Medicare.

☐ Tôi đã đăng ký chương trình Medicare Advantage và muốn thay đổi trong Thời gian Đăng ký Mở rộng của Medicare Advantage (MA OEP).

☐ Gần đây tôi đã chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hiện tại của tôi hoặc tôi mới chuyển nhà và có các lựa chọn mới. Tôi đã chuyển đi vào (ghi ngày THÁNG/NGÀY/NĂM)

_____-

☐ Gần đây tôi đã được phóng thích từ trại giam. Tôi đã được phóng thích vào (ghi ngày THÁNG/NGÀY/NĂM)

_____-

☐ Gần đây tôi đã trở lại Hoa Kỳ sau khi sống lâu dài bên ngoài Hoa Kỳ. Tôi trở lại Hoa Kỳ vào (ghi ngày THÁNG/NGÀY/NĂM)

_____-

☐ Gần đây tôi đã có được tư cách hiện diện hợp pháp ở Hoa Kỳ. Tôi có tư cách này vào (ghi ngày THÁNG/NGÀY/NĂM)

_____-

☐ Gần đây tôi đã có sự thay đổi trong Medicaid của mình (Medicaid mới nhận, đã thay đổi mức trợ cấp Medicaid, hoặc Medicaid bị mất) vào (ghi ngày THÁNG/NGÀY/NĂM)

_____-

☐ Gần đây tôi đã có một sự thay đổi trong Extra Help (Trợ Giúp Thêm) thanh toán cho bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare (Extra Help mới nhận, đã có sự thay đổi về cấp độ Extra Help, hoặc Extra Help bị mất) vào (ghi ngày THÁNG/NGÀY/NĂM)

_____-

☐ Tôi có Medicare và được hưởng đầy đủ quyền lợi của Medicaid. Tôi muốn tham gia hoặc chuyển sang một chương trình phối hợp phạm vi bảo hiểm giữa các chương trình chăm sóc sức khỏe được quản lý của Medicare và Medicaid (gọi là Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP, Chương trình Nhu cầu Đặc biệt Đủ điều kiện Kép) tích hợp.

☐ Tôi đang chuyển đến, sống ở, hoặc gần đây đã chuyển ra khỏi cơ sở chăm sóc dài hạn (ví dụ: viện dưỡng lão hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn). Tôi đã chuyển đi/sẽ chuyển đến/rời khỏi cơ sở vào (ghi ngày THÁNG/NGÀY/NĂM)

_____-

☐ Gần đây tôi đã rời khỏi chương trình Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người già) vào (ghi ngày THÁNG/NGÀY/NĂM)

_____-

☐ Gần đây tôi đã bị mất bảo hiểm thuốc theo toa có thể khấu trừ của mình (bảo hiểm như của Medicare). Tôi đã mất bảo hiểm thuốc của mình vào (ghi ngày THÁNG/NGÀY/NĂM)

_____-

☐ Tôi sẽ rời khỏi bảo hiểm của chủ lao động hoặc công đoàn vào (ghi ngày THÁNG/NGÀY/NĂM)

_____-

☐ Tôi đang tham gia State Pharmaceutical Assistance Program (Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm của Tiểu bang) đủ điều kiện hoặc tôi đang mất sự hỗ trợ từ State Pharmaceutical Assistance Program.

☐ Chương trình của tôi sắp kết thúc hợp đồng với Medicare, hoặc Medicare kết thúc hợp đồng với chương trình của tôi.

☐ Tôi đã được Medicare (hoặc tiểu bang của tôi) đăng ký vào một chương trình, và tôi muốn chọn chương trình khác. Việc đăng ký của tôi trong chương trình đó bắt đầu vào (ghi ngày THÁNG/NGÀY/NĂM)

_____-

☐ Tôi đã đăng ký vào một Special Needs Plan (SNP, Chương trình Nhu cầu Đặc biệt) nhưng tôi đã mất các điều kiện về nhu cầu đặc biệt cần thiết để tham gia chương trình. Tôi đã bị rút tên khỏi SNP vào (ghi ngày THÁNG/NGÀY/NĂM)

_____-

☐ Tôi bị ảnh hưởng bởi một trường hợp khẩn cấp hoặc thảm họa lớn (theo tuyên bố của Federal Emergency Management Agency (FEMA, Cơ quan Quản lý Khẩn cấp Liên bang) hoặc bởi một tổ chức chính phủ Liên bang, tiểu bang, hoặc địa phương). Một trong những tuyên bố khác ở đây áp dụng cho tôi, nhưng tôi không thể yêu cầu đăng ký vì thảm họa.

- ☐ Tôi đã bỏ lỡ Thời gian Lựa chọn Ban đầu (IEP)
- ☐ Tôi đã bỏ lỡ Thời gian Đăng ký Hàng năm (AEP)

Nếu không có tuyên bố nào đúng với quý vị hoặc quý vị không chắc chắn, vui lòng liên hệ với Blue Shield of California theo số **(888) 534-4263 (TTY: 711)** hoặc đại lý được ủy quyền để xem quý vị có đủ điều kiện đăng ký hay không. Chúng tôi làm việc từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, bảy ngày trong tuần từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3; và 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9.

Blue Shield of California là chương trình HMO với hợp đồng Medicare. Quá trình đăng ký Blue Shield of California phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.