

## MẪU ĐƠN YÊU CẦU GHI DANH CÁ NHÂN ĐỂ GHI DANH VÀO CHƯƠNG TRÌNH MEDICARE ADVANTAGE (PHẦN C)

### Ai có thể sử dụng biểu mẫu này?

Những người có Medicare muốn tham gia Chương trình Medicare Advantage

### Để tham gia một chương trình, quý vị phải:

- Là công dân Hoa Kỳ hoặc hiện diện hợp pháp ở Hoa Kỳ
- Sống trong khu vực phục 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 Mười – ngày 7 tháng Mười Hai mỗi năm (đối với bảo hiểm bắt đầu từ ngày 1 tháng Một)
- Trong vòng 3 tháng kể từ lần đầu tiên nhận được Medicare
- Trong một số tình huống nhất định mà quý vị được phép tham gia hoặc chuyển chương trình

Truy cập [Medicare.gov](http://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 và số điện thoại thường trú của quý vị

**Lưu ý:** Quý vị phải điền vào tất cả các mục trong Phần 1. Các mục trong Phần 2 là không bắt buộc — quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm do không điền chúng.

### Lời nhắc:

- Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình trong thời gian ghi danh mở vào mùa thu (ngày 15 Tháng Mười – ngày 7 tháng Mười Hai), chương trình phải nhận được mẫu đơn hoàn chỉnh của quý vị trước ngày 7 tháng Mười Hai.
- Chương trình của quý vị sẽ gửi cho quý vị hóa đơn 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 quyền lợi An Sinh Xã Hội (hoặc Hội Đồng Lưu Trữ Ngành Hóa Xa) hàng tháng của quý vị.

### Thủ tục tiếp theo là gì?

Gửi mẫu đơn đã điền đầy đủ và ký tên về:

L.A. Care Health Plan  
Attn: Product Sales / Agent Enrollment  
1200 W. 7th Street, 2nd Floor  
Los Angeles, CA 90017

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

### Làm cách nào để nhận trợ giúp về mẫu đơn này?

Gọi cho L.A. Care Health Plan theo số 1-833-592-3767. Người dùng TTY có thể gọi số 711.

Hoặc gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

**En español:** Llame a L.A. Care Health Plan al 1-833-592-3767 / TTY 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 nơi thường trú, Hộp Thư Bưu Điện, địa chỉ của nơi tạm trú hoặc phòng khám hoặc địa chỉ nơi quý vị nhận được thư (ví dụ: séc an sinh xã hội) có thể được coi là địa chỉ thường trú của quý vị.

Theo Đạo Luật Cắt Giảm Thủ Tục Giấy Tờ năm 1995, không người nào phải đáp ứng việc thu thập thông tin, trừ khi văn bản đó có trình bày số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho việc thu thập thông tin này là 0938-1378. Thời gian cần thiết để trả lời các câu hỏi này được ước tính trung bình là 20 phút cho các câu hỏi, kể cả thời gian đọc hướng dẫn, thời gian tìm kiếm, thu thập và xác nhận thông tin được yêu cầu, hoàn tất và kiểm tra lại bản trả lời. Nếu quý vị có bất cứ nhận xét nào về tính chính xác của (các) ước tính thời gian hoặc đề nghị để cải thiện mẫu đơn này, vui lòng viết thư đến: 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 thanh toán, các khoản thanh toán, hồ sơ y tế, v.v.) đến Văn Phòng Giải Quyết Báo Cáo PRA. Bất kỳ thư nào chúng tôi nhận được không liên quan đến việc cải thiện mẫu này hoặc trách nhiệm thu thập thông tin của nó (được nêu trong OMB 0938-1378) sẽ bị tiêu hủy. Nó sẽ không được lưu giữ, xem xét, hoặc chuyển tiếp đến chương trình. Xem "Thủ tục tiếp theo là gì?" trên trang này để gửi mẫu đơn đã hoàn thành của quý vị cho chương trình.

<b>Phần 1 – Tất cả các trường trên trang này đều bắt buộc (trừ khi được đánh dấu là không bắt buộc)</b>			
<b>Chọn chương trình quý vị muốn tham gia:</b>			
[ ] L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) – \$0 mỗi tháng			
TÊN:		HỌ: [Không bắt buộc: Tên Đệm Viết Tắt]:	
Ngày sinh: (MM/DD/YYYY) ( / / )	Giới tính: [ ] Nam [ ] Nữ	Số điện thoại: ( )	Loại số điện thoại: [ ] Số điện thoại bàn [ ] Số điện thoại di động
Địa chỉ đường phố Nơi Thường Trú (Không điền PO Box):			
Thành Phố:	[Không bắt buộc: Quận]:	Tiểu Bang:	Mã ZIP:
Địa chỉ gửi thư, nếu khác với địa chỉ thường trú của quý vị (cho phép PO Box):			
Địa chỉ đường phố:	Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã ZIP:
<b>Thông tin về Medicare của quý vị:</b>			
<b>Số Medicare:</b> - -			
<b>Trả lời những câu hỏi quan trọng sau:</b>			
Quý vị sẽ có bảo hiểm thuốc theo toa khác (như VA, TRICARE) ngoài L.A. Care Medicare Plus chứ? [ ] Có [ ] Không			
Tên của bảo hiểm khác:		Số hội viên của bảo hiểm này:	Số nhóm của bảo hiểm này:
_____		_____	_____
Quý vị có ghi danh vào Medi-Cal không? [ ] Có [ ] Không		Nếu "Có", vui lòng cung cấp Số Medi-Cal của quý vị:	
<b>QUAN TRỌNG: Đọc và ký tên dưới đây:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tôi phải giữ cả bảo hiểm Bệnh Viện (Phần A) và Y Tế (Phần B) để ở lại L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP).</li> <li>Bằng cách tham gia Medicare Advantage này, tôi xác nhận rằng L.A. Care Medicare Plus sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare, họ có thể sử dụng thông tin đó để theo dõi việc ghi danh của tôi, để thực hiện thanh toán, và cho các mục đích khác được luật Liên Bang cho phép để thu thập các thông tin này (xem Tuyên Bố về Đạo Luật Quyền Riêng Tư bên dưới). Câu trả lời của quý vị trong mẫu đơn này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không trả lời có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh trong chương trình.</li> <li>Tôi hiểu rằng tôi chỉ có thể được ghi danh vào một chương trình MA tại một thời điểm – và việc ghi danh vào chương trình này sẽ tự động kết thúc việc ghi danh của tôi trong một chương trình MA khác (các trường hợp ngoại lệ áp dụng cho các chương trình MA PFFS, MA MSA).</li> <li>Tôi hiểu rằng khi chương trình bảo hiểm Care Medicare Plus của tôi bắt đầu, tôi phải nhận được tất cả các quyền lợi y tế và thuốc theo toa của mình từ Care Medicare Plus. Các quyền lợi và dịch vụ do L.A. Care Medicare Plus cung cấp và có trong tài liệu "Chứng Từ Bảo Hiểm" L.A. Care Medicare Plus của tôi (còn được gọi là hợp đồng hội viên hoặc thỏa thuận người đăng ký) sẽ được đài thọ. Cả Medicare và L.A. Care Medicare Plus đều sẽ không thanh toán cho các quyền lợi hoặc dịch vụ không được đài thọ.</li> <li>Thông tin trong mẫu đơn ghi danh này là chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai lệch trong mẫu đơn này, tôi sẽ bị hủy ghi danh khỏi chương trình này.</li> <li>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 đồng nghĩa với việc tôi đã đọc và hiểu rõ nội dung của đơn đăng ký này. Nếu đại diện theo ủy quyền ký tên (theo mô tả trên đây), chữ ký này xác nhận rằng: <ol style="list-style-type: none"> <li>Người này được ủy quyền theo luật Tiểu Bang để hoàn thành việc ghi danh này và</li> <li>Tài liệu về việc ủy quyền này được cung cấp theo yêu cầu của Medicare.</li> </ol> </li> </ul>			
<b>Chữ ký:</b>		<b>Hôm nay là ngày:</b>	
Nếu quý vị là đại diện theo ủy quyền, hãy ký tên ở trên và điền vào các trường sau:			
Tên:		Địa chỉ:	
Số điện thoại:		Quan hệ với người ghi danh:	

## Phần 2 – Mọi trường trong phần này đều không bắt buộc

Trả lời những câu hỏi này là sự lựa chọn của quý vị. Quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm bởi vì quý vị không điền vào chúng.

Quý vị có phải là người Gốc Văn hóa Tây Ban Nha, La-tinh hay Tây Ban Nha không? Chọn tất cả câu trả lời thích hợp.

- Không, không có nguồn gốc Tây Ban Nha hoặc Bồ Đào Nha, Latinh hay Tây Ban Nha
- Phải, người Mexico, Người Mỹ Gốc Mexico, Người Mỹ Có Tổ Tiên Mexico
- Phải, người Puerto Rico
- Phải, người Cuba
- Phải, có nguồn gốc Tây Ban Nha hoặc Bồ Đào Nha, Latinh hay Tây Ban Nha khác
- Tôi chọn không trả lời.**

Chủng tộc của quý vị là gì? Chọn tất cả câu trả lời thích hợp.

- Người Mỹ Da Đỏ hoặc Người Alaska Bản Xứ Người Châu Á
- Người Mỹ Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi
- Người Ấn Châu Á
- Người Hawaii Bản Xứ và Người Đảo Thái Bình Dương Khác:
- Người Hoa
- Người Guamania hoặc Chamorro
- Người Philipines
- Người Hawaii Bản Xứ
- Người Nhật
- Người Samoa
- Người Hàn Quốc
- Người Đảo Thái Bình Dương Khác
- Người Da Trắng
- Tôi chọn không trả lời**
- Người Việt
- Người Châu Á Khác

Giới tính của quý vị là gì? Chọn một lựa chọn.

- Phụ Nữ
- Tôi sử dụng thuật ngữ khác: \_\_\_\_\_
- Nam Giới
- Phi Nhị Nguyên Giới
- Tôi chọn không trả lời.**

Lựa chọn nào sau đây thể hiện tốt nhất cách quý vị nhìn nhận bản thân mình? Chọn một lựa chọn

- Đồng tính nữ hoặc đồng tính nam
- Tôi sử dụng một thuật ngữ khác: \_\_\_\_\_
- Hấp dẫn bởi người khác giới, tức là không phải đồng tính nam hay đồng tính nữ
- Tôi không biết
- Song tính luyến ái
- Tôi chọn không trả lời.**

Chọn tùy chọn ngôn ngữ nói của quý vị, nếu không phải là Tiếng Anh.

- Tiếng Tây Ban Nha  Tiếng Quan Thoại  Tiếng Quảng Đông  Tiếng Hàn  Tiếng Armenia  Tiếng Nga  Tiếng Ả Rập
- Tiếng Tagalog  Tiếng Việt  Tiếng Farsi  Tiếng Khmer/Campuchia

Chọn một tùy chọn nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin bằng một ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Anh.

- Tiếng Tây Ban Nha  Tiếng Trung  Tiếng Hàn  Tiếng Armenia  Tiếng Nga  Tiếng Ả Rập  Tiếng Tagalog
- Tiếng Việt  Tiếng Farsi  Tiếng Khmer/Campuchia

Chọn một tùy chọn nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin ở định dạng mà người khuyết tật có thể sử dụng được.

- Bản in cỡ chữ lớn  CD âm thanh  CD dữ liệu  Chữ nổi Braille

Vui lòng liên hệ với L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 nếu quý vị cần thông tin ở định dạng mà người khuyết tật có thể sử dụng được khác với định dạng được đề cập trên đây. Chúng tôi làm việc 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Người dùng TTY có thể gọi số 711.

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

Liệt kê Bác Sĩ Chăm Sóc Chính (PCP) của quý vị:		
Số Điện Thoại của PCP: ( )	Địa Chỉ của PCP:	
Số ID của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Trong Hệ Thống L.A. Care (được ghi rõ trong danh mục nhà cung cấp dịch vụ)	Nhóm Y Tế / IPA:	Hiện quý vị có phải là bệnh nhân của bác sĩ này không? [ ] Có [ ] Không
Số Điện Thoại phụ của quý vị: ( )	Loại số điện thoại: [ ] Số điện thoại bàn [ ] Số điện thoại di động	
[ ] Bằng cách đánh dấu vào ô này, quý vị đồng ý cho phép L.A. Care liên hệ và liên lạc với quý vị, kể cả bằng cách gọi điện hay nhắn tin. Quý vị có thể thay đổi sự đồng ý này bất cứ lúc nào bằng cách liên lạc với L.A. Care.		
Địa chỉ điện thư:		
[ ] Bằng cách đánh dấu vào ô này, quý vị đồng ý cho phép L.A. Care liên hệ và liên lạc với quý vị qua email. Quý vị sẽ tiếp tục nhận được Thông Tin Quan Trọng Về Chương Trình qua Thư. Quý vị có thể thay đổi sự đồng ý này bất cứ lúc nào bằng cách liên lạc với L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 TTY 711.		

Họ tên người để liên lạc trong trường hợp khẩn cấp:	Số điện thoại của người để liên lạc trong trường hợp khẩn cấp: ( )
Email của người để liên lạc trong trường hợp khẩn cấp:	Quan Hệ với Người Hưởng Bảo Hiểm:

<b>Phần dành riêng cho những cá nhân giúp người ghi danh điền mẫu này</b>	
Hãy điền phần này nếu quý vị là cá nhân (tức là đại lý, nhà môi giới, cố vấn của Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), thành viên trong gia đình hoặc các bên khác) giúp người ghi danh điền mẫu này	
Tên:	Quan hệ với người ghi danh:
Chữ ký:	Số Nhà Sản Xuất Quốc Gia (chỉ dành cho Đại Lý/Nhà Môi Giới):
Số Điện Thoại:	Địa Chỉ Email:
Ngày Nhận:	Ngày Dự Kiến Có Hiệu Lực:

**TUYÊN BỐ VỀ ĐẠO LUẬT QUYỀN RIÊNG TƯ**

Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) thu thập thông tin từ các chương trình của Medicare để theo dõi việc người thụ hưởng đăng ký Medicare Advantage (MA), cải thiện dịch vụ chăm sóc, và để thanh toán các quyền lợi của Medicare. Các mục 1851 của Đạo Luật An Sinh Xã Hội và 42 CFR §§ 422.50 và 422.60 cho phép thu thập các thông tin này. CMS có thể sử dụng, tiết lộ và trao đổi dữ liệu ghi danh từ những người thụ hưởng Medicare như được quy định trong Hệ Thống Thông Báo Hồ Sơ (SORN) "Thuốc Theo Toa của Medicare Advantage (MARx)", Hệ Thống Số 09-70-0588. Câu trả lời của quý vị trong mẫu đơn này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không trả lời có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh trong chương trình.