

個人型參保申請表

如果您有任何疑問或需要用另一種語言或格式，如盲文、音頻或大字體，請聯繫 VillageCareMAX。從上午 8:00 到下午 8:00，每週 7 天致電 1-800-469-6292 (TTY: 711)

要加入 VillageCareMAX，請提供以下資料：			
請勾選您想參加的計劃：			
<input type="checkbox"/> VillageCareMAX Medicare Health Advantage (HMO-POS SNP) 每月 \$0 - \$ 39 美元 <input type="checkbox"/> VillageCareMAX Medicare Total Advantage (HMO-POS SNP) 每月 \$ 0			
姓：		名：	
		中間名縮寫：	
		<input type="checkbox"/> 先生 <input type="checkbox"/> 夫人 <input type="checkbox"/> 女士	
生日： (__ / __ / __ __) (月/日/年)	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	家用電話號碼： ()	備用電話號碼： ()
永久住宅街道地址（不允許使用郵箱）：			
城市：	縣：	州：	郵政編碼：
郵件地址（僅在與永久住宅地址不同時填寫）：			
城市：	縣：	州：	郵政編碼：
緊急聯絡人：			
電話號碼：()與您的關係：			
請提供您的聯邦醫療保險信息			
請取出您的紅白藍 Medicare 卡以填寫此部分。 <ul style="list-style-type: none"> • 請按您 Medicare 卡上所示填寫此資訊。 <li style="text-align: center;">-或- • 附上您的 Medicare 卡副本或社會保障局/鐵路職工退休委員會給您的信函。 		姓名（如您 Medicare 卡上所示）： _____ Medicare 號碼： _____ 有權享有： 生效日期： 住院保險（A 部分） _____ 醫療保險（B 部分） _____ 您必須擁有 Medicare A 部分及 B 部分，才能參	

加 Medicare Advantage 計劃。

支付計劃保險費

對於 **VillageCareMAX Medicare Total Advantage**, 若我們確定您需繳納逾期參保罰金 (或若您目前有欠付的逾期參保罰金), 我們需要知道您想如何支付。您可以每月透過郵寄、支付。您也可以選擇每月透過社會保險或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利支票自動扣繳保費。若經評估您被認為需繳納 D 部分按收入每月調整保費, 社會保障局將會通知您。除了計劃保費, 您還需要繳納這筆額外保費。額外保費將從您的社會保險福利支票中扣除, 或直接由 Medicare 或 RRB 收取。請勿向 **VillageCareMAX Medicare Total Advantage** 支付 D 部分按收入每月調整保費 (IRMAA)。

對於 **VillageCareMAX Medicare Health Advantage**, 您可以通過郵件支付每月的計劃保險費 (包括任何需支付或可能拖欠的逾期登記罰款)。您也可以選擇每月從您的社會安全局或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利單中自動扣除保險費。

對於 **VillageCareMAX Medicare Health Advantage**, 如果被評估為 D 部分 - 按收入每月調整數額, 您會收到社會安全局將另行通知。除了計劃保險費, 您還需要支付這筆額外保險費。額外保險費將從您的社安福利單中扣除, 或者直接收到聯邦醫療保險或 RRB 簽發的帳單。無需支付 **VillageCareMAX Medicare Health Advantage** D 部分 - IRMAA。

收入有限的人士可能符合條件獲得處方藥費額外補助。如果符合, 聯邦醫療保險可以為您支付 75% 或更多的藥費 (包括每月的處方藥保險費、每年的自付額以及共同保險)。此外, 符合條件的人士將不受承保缺口或逾期登記罰款的限制。許多人符合條件可以節省這些費用, 但他們自己並不知道。有關該額外補助的更多資訊, 請聯繫當地的社會安全辦公室或致電社會安全局 (1-800-772-1213)。聽覺及語言有障 (TTY) 人士可致電 1-800-325-0778。您也可以通過 www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp 在線獲得額外補助。

如果您符合獲得聯邦醫療保險承保處方藥費額外補助的條件, 聯邦醫療保險將為您支付全部或部分計劃保險費。如果聯邦醫療保險只支付部分保險費, 我們將為您開聯邦醫療保險未覆蓋保險費的帳單。

如果沒有選擇付款選項, 您將收到一張月度帳單。

請選擇一個保險費付款選項：

獲取帳單

每月自動從您的社會保險或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利支票扣繳。

我透過以下來源獲得每月福利： 社會保險 RRB

(社安局/RRB 扣除可能要在社安局或 RRB 批准之後兩個月或更長時間後才執行。在大多數情況下, 如果社安局或 RRB 接受了您的自動扣除請求, 從社安局或 RRB 福利單的首次扣除將包括自參保生效日期到扣除開始日期以來的所有保險費。如果社安局或 RRB 未批准您的自動扣除請求, 我們將給您發送一張每月保險費帳單)。

請閱讀並回答以下重要問題

1. 您是否患有晚期腎病 (ESRD)? 是 否

如果您已經進行了成功的腎臟移植和/或不再需要定期透析，請附加醫生開具的顯示您已經進行了成功的腎臟移植或不需要透析的函件或記錄，否則我們可能需要聯繫您以獲得其它信息。

2. 某些人士可能參加了其它藥物保險，包括其它私營保險、TRICARE、聯邦員工健康福利保險、VA 福利或州配藥補助計劃。

除了 VillageCareMAX，您是否還參加了其它處方藥保險？ 是 否
如果「是」，請列出您的其它保險和該保險的標識 (ID) 號碼：

其它保險的名稱： _____
該保險的 ID 編號： _____ 該保險的群組編號： _____

3. 您是否住在諸如護理之家之類的長期護理機構內？ 是 否
如果「是」，請提供以下信息：

機構名稱： _____
機構地址和電話號碼（號碼和街道）： _____

4. 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： _____

5. 您或您的配偶是否有工作？ 是 否

6. VillageCareMAX 聯邦醫療保險保健優勢 (HMO-POS SNP)：請勾適用的
你是否根據紐約州聯邦醫療保險符合醫療保險費用分擔援助的資格？ 是 否

7. VillageCareMAX 聯邦醫療保險總優勢 (HMO-POS SNP)：請勾適用的
請標示您滿足以下所有要求：1) 你有資格獲得全紐約州聯邦醫療補助覆蓋範圍； 2) 您是年滿 18 歲；和 3) 您有資格獲得療養院護理水平，並且需要基於社區或基於設施的長期護理服務超過 120 天，基於由註冊護士從 VillageCareMAX 完成的評估。
 是 否

8. 請選擇主治醫生 (PCP)、診所或保健中心的名稱：
名稱： _____ 地址： _____
電話： _____ NPI: _____

如果您希望我們使用英語以外的其它語言或使用其它格式發送信息，請勾選以下方框之一：

中文 西班牙文
 盲文 音訊帶 大字體

如果您需要以上所列之外的其它格式或語言的信息，請致電 1-800-469-6292 聯繫 VillageCareMAX。我們的辦公時間是每週 7 天從上午 8:00 到下午 8:00。聽覺及語言有障(TTY)人士可致電 771。



請閱讀以下重要信息

如果您目前已經擁有僱主或工會提供的健康保險，參加 VillageCareMAX 會影響您的僱主或工會健康福利。如果參加 VillageCareMAX，您會失去僱主或工會健康保險。請閱讀僱主或工會發送給您的消息。如有問題，請前往他們的網站，或者聯繫消息中列出的辦公室。如果沒有有關聯繫人的信息，您的福利管理員或回答和保險有關問題的辦公室可以幫助您。

請閱讀並簽署以下條款

通過完成此參保申請表，我同意以下條款：

VillageCareMAX 是一項聯邦醫療保險優勢計劃，並且與聯邦政府簽有合同。我需要保留我的聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分。我一次只能參加一項聯邦醫療保險優勢計劃，我知道參加該計劃將自動終止其它聯邦醫療保險保健計劃或處方藥計劃。我有責任通知您我擁有的或以後可能獲得的任何處方藥保險。參保該計劃通常期限為一年。一旦參保，如果參保期限有效，我只能在該年的特定時間或在某些特殊情況下退出計劃或進行更改（例如：每年的 10 月 15 日至 12 月 7 日）。

VillageCareMAX 服務於特定服務領域。如果我離開 VillageCareMAX 的服務區域，需要通知該計劃，這樣我就可以退保並在新區域內尋找新計劃。一旦成為 VillageCareMAX 的成員，如果有異議，我有權上訴和付款或服務有關的計劃決定。當獲得 VillageCareMAX 提供的承保證明書文檔] 時，我會仔細閱讀，以便瞭解必須遵守哪些規則才能參加該聯邦醫療保險優勢計劃保險。我知道當擁有聯邦醫療保險的人士處於美國以外的地方（除了美國邊界附近的有限承保之外）時，聯邦醫療保險通常不會再對其負責。

我知道從 VillageCareMAX 保險生效之日開始，我可以從 VillageCareMAX 獲得除緊急醫療、緊急需要的服務或區域外透析服務之外的所有醫療保健。我們將承保 VillageCareMAX 授權的服務以及 VillageCareMAX 承保證明書文檔（也稱為會員合同或訂戶協議）中包括的其它服務。如果沒有授權，則聯邦醫療保險或 VillageCareMAX 都不會為該服務付款。

我知道如果從銷售代理、代理商或其他受 VillageCareMAX 僱傭或與 VillageCareMAX 簽有合同的個人處獲得幫助時，他/她會基於我的 VillageCareMAX 參保得到一筆付款。

信息的公開： 參加該聯邦醫療保險保健計劃即表示我認可 VillageCareMAX 可以為了治療、付款和醫療保健操作需要而向聯邦醫療保險和其它計劃公開我的信息。我也認可 VillageCareMAX 可以向聯邦醫療保險（它將為了研究和遵守所有適用聯邦法令和法規的其它目的而公開我的信息）公開我的信息，包括我的處方藥事件數據。本參保表格中的信息都是真實的。我知道如果試圖在本表格中提供虛假信息，將被勒令退出該計劃。

我知道該申請表上我的簽名（或者根據所居住州的法律授權代表我行使權力人員的簽名）表示我已經閱讀並瞭解了申請表中的內容。如果是經過授權的個人（如上所述）簽名，則該簽名證明以下兩點：1) 該人員根據州法律獲得授權可完成此項參保，以及 2) 可向聯邦醫療保險索取該授權文檔。

簽名：

今日日期：

如果是經過授權的代表，您必須簽署以上條款並提供以下信息：

姓名：_____

地址：_____

電話號碼：() _____ 與參保人的關係 _____

僅限辦公室使用：

職員/代理/代理商的姓名（如果協助參保）：_____

計劃 ID 編號：_____

承保生效日期：_____

ICEP/IEP：_____ AEP：_____ SEP（類型）：_____ 不符合條件：_____

職員/代理人/經紀人申請接收日期：_____

VillageCareMAX 是一個與 Medicare 有合約的 HMO-POS 計劃。VillageCareMAX Medicare Total Advantage 計劃 (HMO-POS SNP) 與紐約州醫療補助計劃簽訂了合約。VillageCareMAX Medicare Health Advantage (HMO-POS SNP) 與紐約州健康部簽訂了《福利協調合約》。加入 VillageCareMAX 計劃取決於合約之再續約。

您必須繼續支付您的 Medicare 計劃 B 部份保費。對於完全符合 Medicaid 給付資格標準的會員，B 部份保費將獲得給付。保費、共付費用、共付保險和扣除額可能會根據您所取得的額外補助等級而有所不同。限額、共同負擔保費和限制可能適用。福利、保費及/或共同負擔保費/共付保險可能於每年 1 月 1 日進行變動。如需更多資訊，請聯絡計劃。

VillageCareMAX 遵守聯邦民權法律規定。VillageCareMAX 不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而排斥任何人或以不同的方式對待他們。

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-469-6292 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-469-6292 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-469-6292 (TTY: 711)。