



*Por favor póngase en contacto con CCHP si necesita información en otro idioma o en otro formato (Braille).*

**Para inscribirse en Chinese Community Health Plan (CCHP),  
por favor proporcione la siguiente información:**

Por favor marque el plan en el cual desea inscribirse:

- CCHP Senior Program (HMO) \$42 al mes
- CCHP Senior Select Program (HMO SNP)\* \$0 - \$32.40\* al mes

*\* Note: Para inscribirse en CCHP Senior Select Program (HMO SNP), debe recibir los beneficios de Medi-Cal. La prima mensual depende del nivel de subsidio por bajos ingresos.*

Apellido:	Nombre:	Inicial:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
-----------	---------	----------	---

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono de casa: (    )	Número de teléfono alterno: (    )
-----------------------------------	--	---------------------------------------	---------------------------------------

Dirección de residencia permanente (no se permiten apartados postales):

Ciudad:	Estado:	Código Postal:
---------	---------	----------------

**Dirección de correo** (sólo si es diferente a la dirección de residencia permanente):

Calle:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
--------	---------	---------	----------------

Contacto de emergencia:	Número de teléfono:	Parentesco con usted:
-------------------------	---------------------	-----------------------

Dirección de correo electrónico:

**Por favor, proporcione información sobre su seguro de Medicare**

<p>Por favor saque su tarjeta de Medicare para completar esta sección.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por favor complete los espacios en blanco de manera que concuerden con su tarjeta de Medicare.</li> </ul> <p><b>-O-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.</li> </ul>	<p>NOMBRE _____</p> <p>NÚMERO DE MEDICARE _____</p> <p>TIENE DERECHO A:                      FECHA DE VIGENCIA:</p> <p><b>HOSPITAL (PARTE A)</b> _____</p> <p><b>MÉDICO (PARTE B)</b> _____</p> <p style="text-align: center;">Usted debe tener las Partes A y B de Medicare para inscribirse en un plan de Medicare Advantage.</p>
---	---

## Pago de la prima del plan

Usted puede pagar su prima mensual (incluyendo cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que pueda deber) por correo o por Transferencia Electrónica de Fondos (EFT, por sus siglas en inglés) cada mes. También puede seleccionar pagar su prima con una deducción automática mensual de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés) cada mes.

Si se determina que tiene que pagar una cantidad ajustada mensual de la Parte D debido a su ingreso, será notificado(a) por la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. Usted puede seleccionar pagar su prima con una deducción automática mensual de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario. **NO pague la cantidad adicional de la Parte D-IRMAA a CCHP.**

Personas con ingresos limitados pueden calificar para ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar 75% o más de los costos de sus medicamentos recetados incluyendo primas por recetas médicas mensuales, deducibles anuales y coaseguro. Además, aquellos que califican no tienen período sin cobertura o multa por inscripción tardía. Muchas personas califican para estos ahorros y no lo saben. Para más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con la oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar la ayuda adicional a través del sitio de Internet [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si usted califica para ayuda adicional con los costos de cobertura de sus medicamentos recetados de Medicare, Medicare le pagará todo o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga sólo una parte de esta prima, nosotros le enviaremos la factura por la cantidad que no cubre Medicare.

Si usted no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

### Por favor, seleccione una opción para el pago de la prima del plan:

- Recibir una factura mensual
- Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta de banco cada mes. Por favor, adjunte un cheque CANCELADO o proporcione la siguiente información:
- Nombre del dueño de la cuenta: \_\_\_\_\_ Tipo de cuenta:  Cheques  Ahorros
- Número de ruta del banco: \_\_\_\_\_ Número de cuenta del banco: \_\_\_\_\_
- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés).

Recibo beneficios mensuales de:  Seguro Social  RRB

(Puede tomar dos meses o más para comenzar la deducción después que el Seguro Social/RRB aprueba la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social/RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social/RRB incluirá todas las primas que deba de su inscripción desde la fecha que entra en vigencia hasta que comience la retención. Si el Seguro Social/RRB no aprueba su solicitud para deducción automática, le enviaremos una factura por su prima mensual.)

### Por favor, lea y responda a estas importantes preguntas:

1. ¿Tiene usted la Enfermedad Renal Terminal? (ESRD)?  Sí  No

Si ha tenido un trasplante de riñón exitoso y/o si ya no necesita diálisis en forma regular, **por favor adjunte una**

**nota o registros** de su doctor que muestren que su trasplante de riñón fue exitoso o que usted ya no necesita diálisis, de lo contrario es posible que tengamos que comunicarnos con usted para obtener información adicional.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluyendo seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios médicos de empleados federales, beneficios para veteranos (VA) o programas estatales de ayuda farmacéutica.

¿Va a tener otra cobertura de medicamentos recetados además de este Plan?  Sí  No

Si la respuesta es “Sí”, por favor haga una lista de sus otras coberturas y el (los) número(s) de identificación para la(s) cobertura(s):

Nombre de la otra cobertura: \_\_\_\_\_

Número de identificación de la cobertura: \_\_\_\_\_ Número de grupo de la cobertura: \_\_\_\_\_

3. ¿Es usted residente de una institución de cuidados a largo plazo, como un asilo de ancianos?  Sí  No

Si respondió “Sí”, por favor proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Dirección y número de teléfono de la institución (número y nombre de la calle):  
\_\_\_\_\_

4. ¿Está inscrito en su programa estatal de Medicaid?  Sí  No

Si respondió “Sí”, por favor proporcione su número de Medicaid: \_\_\_\_\_

5. ¿Recibe los beneficios completos de Medicaid?  Sí  No

6. ¿Recibe beneficios parciales de Medicaid?  Sí  No

7. ¿Trabaja usted o su esposo/a?  Sí  No

**Por favor, seleccione el nombre de un médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:**

**Por favor, marque una de las opciones a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea el inglés o en otro formato:**  Chino  Español  Texto con letras grandes

Por favor llame a CCHP al 1-888-775-7888 si necesita información en otro formato o idioma diferentes a los incluidos anteriormente. Nuestro horario de oficina es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., siete días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-681-8898.



**Por favor, lea esta información importante**

**Si actualmente tiene cobertura médica por parte de un empleador o sindicato, el inscribirse en CCHP puede afectar los beneficios médicos de su empleador o sindicato. Usted puede perder la cobertura médica de su empleador o sindicato al ingresar en CCHP.** Lea las comunicaciones que le envía su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web, o comuníquese con la oficina que aparece en sus comunicaciones. Si no hay información sobre con quién comunicarse, el administrador de sus beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudar.

**Por favor lea esta información y firme en la parte de abajo**

**Al completar esta solicitud de inscripción, estoy de acuerdo con lo siguiente:**

CCHP es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Voy a tener que mantener la cobertura de las Partes A y B de Medicare. Solamente puedo estar en un solo plan de Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan automáticamente termina mi inscripción en otro plan médico o plan de medicamentos recetados de Medicare. Es mi responsabilidad informarles acerca de cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga ahora o que pueda tener en el futuro. La inscripción en este plan, por lo general, es por todo el año. Una vez que me inscriba, puedo salir de este Plan o hacer cambios si el período de inscripción está disponible (por ejemplo, durante el Período de Inscripción Anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o bajo ciertas circunstancias especiales.

CCHP proporciona servicio a un área específica. Si me mudo fuera del área en la cual este Plan proporciona servicio, necesito notificar al Plan de manera que pueda darme de baja y encontrar un nuevo plan en el área nueva. Desde el momento en que sea miembro de este Plan, tengo el derecho de apelar cualquier decisión del plan sobre pagos o servicios, si estoy en desacuerdo. Leeré el documento de la Evidencia de Cobertura de este Plan cuando lo reciba para saber cuáles reglas debo seguir para obtener cobertura con este plan de Medicare Advantage. Entiendo que las personas con Medicare por lo general no tienen cobertura de Medicare cuando están fuera del país excepto por cobertura limitada cerca de la frontera de Estados Unidos.

Entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de CCHP debo obtener toda mi atención médica de CCHP, excepto en casos de emergencia o cuando necesite servicios de urgencia o servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por CCHP y otros servicios incluidos en mi documento de Evidencia de Cobertura de CCHP (también conocido como contrato del miembro o acuerdo de subscriptor) tendrán cobertura. Sin autorización, **NI MEDICARE NI ESTE PLAN PAGARÁ LOS SERVICIOS.**

Entiendo que si estoy recibiendo asistencia de algún agente de ventas, agente de seguros o cualquier otra persona empleada por o contratada por CCHP, él/ella puede recibir pagos basados en mi inscripción en CCHP.

**Divulgación de información:** Al inscribirme en este plan médico de Medicare, entiendo que CCHP dará a conocer mi información a Medicare y a otros planes en caso de que sea necesario debido a tratamiento, pagos y servicios médicos. También, entiendo que CCHP dará a conocer mi información incluyendo datos sobre mis medicamentos recetados a Medicare, quien puede darla a conocer para estudios y otros propósitos que sigan todos los estatutos y reglamentos federales que apliquen. La información en este formulario de inscripción es correcta hasta donde tengo conocimiento. Entiendo que si, de manera intencional, proporciono información falsa en este formulario, se me dará de baja del plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre de acuerdo a la ley del estado en el que vivo) en esta solicitud significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud. Si lo firma una persona autorizada (tal como se explicó antes), esta firma certifica que: 1) Esta persona está autorizada bajo la ley del estado a completar esta inscripción y 2) los documentos de esta autorización están disponibles en Medicare, si se solicitan.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

Si usted es un representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

Parentesco con la persona inscrita: \_\_\_\_\_

**Office Use Only**

Name of staff member/agent/broker (if assisted in enrollment): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Effective Date of Coverage: \_\_\_\_\_ Plan ID:  001  005

ICEP/IEP  AEP

SEP(type): \_\_\_\_\_

Not Eligible: \_\_\_\_\_

**RECEIVED DATE STAMP**