

445 Grant Avenue, Suite 700, San Francisco, CA 94108 • Tel: (415) 955-8800 • Fax: (415) 955-8819 • www.cchphealthplan.com/medicare

如果需要其它語言或其它格式(盲文)的資料, 請聯絡華人保健計劃。

**請提供以下資料**

請選擇要參加的計劃:

- 東華耆英(HMO)計劃 每月 \$42
- 東華智選(HMO SNP)計劃\* 每月 \$0 - \$32.40\*

\*註: 東華智選(HMO SNP)計劃申請人必須享有加州醫療補助計劃 (Medi-Cal) 的福利, 月費會因不同程度的額外資助而改變。

姓:	名:	中間名:	<input type="checkbox"/> 先生 <input type="checkbox"/> 夫人 <input type="checkbox"/> 女士	
出生日期: (__/__/____) (月/日/年)	性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	家居電話號碼: ( )	其他電話號碼: ( )	
永久住址 (不能使用郵箱號碼):				
市:	州:	郵區編號:		
郵遞地址 (僅限與永久住址不同時):				
街道:	城市:	州:	郵區編號:	
緊急聯絡人:	電話號碼:	與您的關係:		
電子郵件地址:				

**請提供您的聯邦醫療保健資料**

<p>請拿出您的聯邦醫療保健卡來完成此部分。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>請依照您的紅, 藍聯邦醫療保險卡填寫</li> <li>- 或 -</li> <li>請附上聯邦醫療保健卡副本或來自社會安全局或鐵路職工退休委員會發出的信件。</li> </ul>	NAME :
	_____
	MEDICARE NUMBER
	_____ - _____ - _____
	IS ENTITLED TO _____ EFFECTIVE DATE _____
HOSPITAL (PART A) _____	
MEDICAL (PART B) _____	
您必須擁有聯邦醫療保健 A 和 B 部分才能參加聯邦醫療保健優勢計劃。	

## 支付本計劃會月費

您可以通過郵遞或自動轉帳 (EFT) 支付每月的計劃保健費 (包括支付逾期登記罰款或其欠款)，您可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。

如果您被評估為 **Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount** -因收入而需每月調整數額，社會安全局將另行通知您。除了本計劃會月費，您還需要支付這筆額外費用。額外費用將從您的社會安全退休金中扣除，或會直接收到聯邦醫療保健或 RRB 的帳單。請勿支付 **Part D** 部分-IRMAA 的費用給華人保健計劃。

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費、每年度的扣除額以及共付保險費)。此外，符合條件的人士將不受保障間斷期或逾期登記罰款的限制，但很多人仕都不知道他們符合此條件。有關該額外補助的更多資料，請聯絡當地的社會安全辦公室或致電社會安全局 (1-800-772-1213)。聽覺及語言殘障(TTY)人士可致電 1-800-325-0778 或上網查詢 [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp) 申請這額外補助。

如果您符合聯邦醫療保健承保處方藥費的額外補助，聯邦醫療保健將為您支付全部或部分計劃保費。如果聯邦醫療保健只支付部分保費，我們會向您收取剩餘的費用。

如果您沒有選擇付款方式，我們會每月寄帳單給您。

### 請選擇一個支付會月費的方式：

- 收取每月帳單  
 銀行每月自動轉帳 (EFT)。請附帶上一張 VOIDED 支票或提供以下資料：

帳戶持有者姓名：\_\_\_\_\_ 帳戶類型：  支票戶口  儲蓄戶口  
銀行編號：\_\_\_\_\_ 銀行帳號：\_\_\_\_\_

- 從每月的社會安全局或鐵路職工退休委員會 (RRB) 退休金中自動扣除。

我每月的福利金來源：

- 社會安全局  鐵路職工退休委員會

(社保局/RRB 扣除可能要在社保局或 RRB 批准之後兩個月或更長時間才執行。在大多數情況下，如果社保局或 RRB 接受了您的自動扣除要求，您的首次扣除將包括自參保生效日期到扣除開始日期的所有月費。如果社保局或 RRB 不批准您的自動扣除要求，我們會每月寄帳單給您)。

### 請閱讀並回答以下重要問題：

1. 您是否患有末期腎病 (ESRD)?  是  否  
如果您已經成功移植腎臟和/或不再需要定期洗腎治療，請附上醫生發出的信件或記錄顯示您已經成功移植腎臟或不需要定期洗腎治療，否則我們可能需要聯絡您以獲得更多資料。
2. 某些人士可能有其它藥物保障，包括其它私營保險、TRICARE、聯邦員工健康福利保障、VA 福利或州配藥補助計劃。  
除了這計劃，您是否還參加了其它處方藥保險?  是  否  
如果“是”，請列出您的其它保健公司的名稱：\_\_\_\_\_  
會員號碼：\_\_\_\_\_ 保障編號：\_\_\_\_\_
3. 您是否現居住在如護理院型式的長期護理院?  是  否  
如果“是”，請提供以下資料：  
機構名稱：\_\_\_\_\_  
機構地址和電話號碼 (號碼和街道)：\_\_\_\_\_

4. 您是否參加了州政府醫療補助計劃 State Medicaid Program?  是  否

如果“是”，請提供您的醫療補助 Medicaid 編號： \_\_\_\_\_

5. 您是否享有全免加州醫療補助福利?  是  否

6. 您是否享有部份加州醫療補助福利?  是  否

7. 您或您的配偶是否工作?  是  否

請填上主治醫生 (PCP)、診所或保健中心的名稱：

如果您希望我們使用英語以外的其它語言或使用其它方式發送信息，請選擇一項：

中文  西班牙文  大字體印刷版

如果您需要其它格式或語言的資料，請致電 1-888-775-7888 聯絡華人保健計劃。我們的辦公時間是一週七天，上午 8 點至下午 8 點。聽覺及語言殘障 (TTY) 人士可致電 1-877-681-8898。



### 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 CCHP 可能會影響您的僱主或工會健康福利。如果參加 CCHP 您可能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資料。如有疑問，請瀏覽他們的網站，或聯絡他們的工作人員。如果沒有有關聯絡人的資料，您的福利主管或其辦公室職員可回答有關您保障的問題。

### 請閱讀及簽署

**通過完成此申請表格，我同意以下條款：**

CCHP 是聯邦醫療保健優勢計劃，並且與聯邦政府簽有合同。我需要保留我的聯邦醫療保健 A 和 B 部分。我只可以在同一時間參加一個聯邦醫療保健優勢計劃，我知道加入這計劃將自動終止其它聯邦醫療保健計劃或處方藥計劃。我有責任通知您們我現有或以後可能獲得的任何處方藥保健。參保這計劃通常為期一年。參加後，我只能在年度的指定時段或在某些特殊情況下退出或更改計劃（例如：每年的 10 月 15 日至 12 月 7 日）。

CCHP 有特定的服務地區。如果我離開 CCHP 的服務地區，需要通知這計劃，作出退保並在新地區內尋找新計劃。一旦成為 CCHP 的成員，如對計劃付款或服務的決定有不滿，我有權作出上訴。當獲得 CCHP 提供的保障證明書時，我會仔細閱讀，以便瞭解這聯邦醫療保健優勢計劃的保障規則。我知道擁有聯邦醫療保健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，聯邦醫療保健通常不會再有保障。

我明白由保障生效日期起，我必須從 CCHP 獲得所有的醫療服務，但急救、急診或服務地區外的洗腎服務除外。CCHP 批准的服務及其他例外保障說明書內的服務（也稱為會員合同或投保人協議）都有保障。如果沒有授權，則聯邦醫療保險及 CCHP 都不會為該服務付款。

我知道如果從銷售代理、代理商或 CCHP 的員工獲得幫助時，他/她會基於我參加 CCHP 而得到報酬。

**同意提供資料：** 參加這聯邦醫療保健計劃即表示我同意 CCHP 可以為了治療、付款和醫療保健操作需要而向聯邦醫療保健和其它計劃提供我的資料。我也同意華人保健計劃可以向聯邦醫療保健（為了研究和遵守所有適用聯邦法令和法規的其它目的而提供我的資料）提供我的資料包括我的處方藥數據。這申請表格中的資料都是真實的。我明白如果試圖在這表格中提供虛假信息，會被退出這計劃。

我明白我在此申請表上的簽名（或一位法定監護人的簽名）表示我已經閱讀和明白此申請表中的內容。 如經授權的人（如上所述）簽名，該簽名證明以下兩點： 1) 該人員根據州法律獲得授權，可完成此項表格，以及 2) 聯邦醫療保健可索取該授權書。

簽名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

如果您是授權代表，您必須在此簽署並提供以下資料：

姓名： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

電話號碼： \_\_\_\_\_ 與投保人的關係： \_\_\_\_\_

**只限本公司使用**

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**