

## 誰可以使用這表格？

持有聯邦醫療保健而想參加聯邦保健優勢計劃的人仕。

如要參加本計劃, 您必須符合:

- 美國公民或美國合法居民
- 居住在計劃的服務地區

**重要資料:** 參加聯邦保健優勢計劃, 您必須持有:

- 聯邦保健 A 部分 (醫院保障)
- 聯邦保健 B 部分 (門診保障)

## 什麼時候使用這表格？

您可以參加本計劃:

- 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日 (於 1 月 1 日生效)
  - 在首次獲得聯邦保健的 3 個月內
  - 在某些特殊情況下允許您加入或更換計劃
- 到網址 [Medicare.gov](http://Medicare.gov) 查詢更多有關可以參加這個計劃的時間。

## 這表格需要什麼資料？

- 您聯邦醫療保健卡的號碼 (紅藍白卡上的號碼)
- 您的永久地址和電話號碼

**注意:** 您必須填寫第 1 部分的所有資料。第 2 部分是選擇性填寫 – 您不會因為沒有填寫而被拒絕投保。

## 溫馨提示：

- 如果您想在秋季年度開放期 (10 月 15 日至 12 月 7 日) 期間加入計劃, 該計劃必須在 12 月 7 日前收到您已填寫完整的表格。
- 您的計劃將郵寄該計劃保費賬單給您。您可以選擇每月從銀行帳戶或社會安全局保障 (或鐵路職工退休委員會) 福利中扣除保費。

## 下一步驟是怎樣？

郵寄您已填妥及簽署的表格：

Attn: Sales Department  
Chinese Community Health Plan  
445 Grant Avenue  
San Francisco, CA 94108

當您的申請表完成處理後, 他們會與您聯絡。

## 我如何獲得表格？

請致電華人保健計劃 (CCHP)

1-888-681-3888

聽力殘障人士 TTY 致電 1-877-681-8898

或請致電聯邦保健 (Medicare)

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

聽力殘障人士 TTY 致電 1-877-486-2048

En español: Llame a Chinese Community Health Plan al 1-888-681-3888 (TTY: 1-877-681-8898) o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

## 無家可歸人士

如果您想加入計劃但沒有永久地址, 而使用郵政信箱、庇護所或診所的地址來接收郵件 (如社會安全局保障的支票), 則可能會被視為您的永久地址。

## 第一部份：必須填寫此頁資料（除可選項外）

請選擇要參加的計劃：

- 東華耆英 (HMO) 計劃                      每月 \$39.50  
 東華實惠 (HMO) 計劃                      每月 \$0  
 東華智選 (HMO D-SNP) 計劃\*            每月 \$0 (如符合額外資助資格) 或 \$41\*(如不符合資格)

\*注：東華智選 (HMO D-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

名字	姓	中間名 (縮寫)
出生日期 (月/日/年)	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住家電話號碼
永久住址 (不能使用郵政信箱)		
城市	州	郵區編號

郵遞地址，如與永久住址不同 (可使用郵政信箱)

街道	城市	州	郵區編號
----	----	---	------

### 您的聯邦保健資料：

紅藍聯邦醫療保險卡號碼                      \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_

### 請回答以下重要問題：

- 1) 除了 CCHP 醫療保障外，您是否還參加其他處方藥保險？ (如 VA, TRICARE)  
 是     否  
 其他保障名稱： \_\_\_\_\_  
 會員號碼： \_\_\_\_\_  
 保障編號： \_\_\_\_\_
  
- 2) 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： \_\_\_\_\_
  
- 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)： \_\_\_\_\_

## 重要信息：閱讀及簽署

- 我必須保留我的聯邦保健的醫院保障 (A 部分) 和門診保障 (B 部分) 的資格才能繼續持有 CCHP 聯邦醫療保健優勢計劃。
- 參加這聯邦醫療保健計劃即表示我同意 CCHP 聯邦醫療保健優勢計劃可以為了核實我的參加資格、付款和其他目的而由聯邦法律授權收集我的資料。(請參閱下面的《隱私法聲明》)。
- 我明白我一次只能參加一個聯邦醫療保健計劃，並且參加該計劃後將自動終止我參加另一個聯邦醫療保健計劃 (MA PFFS 及 MA MSA 計劃除外)。
- 我知道擁有聯邦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 聯邦醫療保健優勢計劃獲得所有的醫療服務和藥物保障。CCHP 聯邦醫療保健優勢計劃批准的服務及其他例外保障於說明書內的服務 (也稱為會員合同或投保人協議) 都有保障。聯邦醫保健及 CCHP 聯邦醫療保健優勢計劃都不會為不受保障的服務付款。
- 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，我會被退出這計劃。
- 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

與投保人關係

## 第二部份 (可選擇性填寫)

您可選擇性回答這些問題。您不會因為沒有填寫而被拒絕承保。

### 您是屬於哪個種族？（選擇所有適合選項）

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 | <input type="checkbox"/> 其他，請註明：<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> 亞洲人            | <input type="checkbox"/> 不詳               |
| <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人       | <input type="checkbox"/> 選擇不回答            |
| <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔       |   |
| <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋島民 |   |
| <input type="checkbox"/> 白人/高加索人        |   |

### 您是屬於哪個族裔？（選擇所有適合選項）

- |                                |                                   |   |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 非裔美國人 | <input type="checkbox"/> 菲律賓人     | <input type="checkbox"/> 俄羅斯人             |
| <input type="checkbox"/> 美國人   | <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔 | <input type="checkbox"/> 越南人              |
| <input type="checkbox"/> 阿拉伯人  | <input type="checkbox"/> 伊朗人      | <input type="checkbox"/> 其他，請註明：<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> 亞裔印度人 | <input type="checkbox"/> 韓國人      | <input type="checkbox"/> 不詳               |
| <input type="checkbox"/> 黑人    | <input type="checkbox"/> 老撾人      | <input type="checkbox"/> 選擇不回答            |
| <input type="checkbox"/> 中國人   | <input type="checkbox"/> 拉美裔      |   |
| <input type="checkbox"/> 歐洲人   | <input type="checkbox"/> 墨西哥人     |   |

### 您是否原籍西班牙語、拉丁或西班牙？（選擇所有適合選項）

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 不是，非西班牙語、拉丁或西班牙裔  | <input type="checkbox"/> 是，墨西哥裔、美籍墨西哥人 |
| <input type="checkbox"/> 是，波多黎各            | <input type="checkbox"/> 是，古巴          |
| <input type="checkbox"/> 是，其他西班牙語、拉丁或西班牙裔。 | <input type="checkbox"/> 選擇不回答         |

### 您用作醫療保健溝通的首選語言：

- | 文字 語言                               | 文字 語言                         | 文字 語言                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 美式手語 (ASL) | <input type="checkbox"/> 高棉語  | <input type="checkbox"/> 他加祿語 / 菲律賓語      |
| <input type="checkbox"/> 阿拉伯語       | <input type="checkbox"/> 老撾語  | <input type="checkbox"/> 越南語              |
| <input type="checkbox"/> 保加利亞語      | <input type="checkbox"/> 波斯語  | <input type="checkbox"/> 其他，請註明：<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> 中文 / 廣東話   | <input type="checkbox"/> 波蘭語  | <input type="checkbox"/> 不詳               |
| <input type="checkbox"/> 中文 / 國語    | <input type="checkbox"/> 旁遮普語 | <input type="checkbox"/> 選擇不回答            |
| <input type="checkbox"/> 英語         | <input type="checkbox"/> 俄語   |   |
| <input type="checkbox"/> 韓語         | <input type="checkbox"/> 西班牙語 |   |

### 您出生時的指定性別？

- 女性  男性  不詳  選擇不回答

### 您目前的性別？

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 女性                 | <input type="checkbox"/> 其他性別或其他，請註明：<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> 男性                 | <input type="checkbox"/> 選擇不回答                 |
| <input type="checkbox"/> 跨性別男 / 女性轉男性 (FTM) |  |
| <input type="checkbox"/> 跨性別女 / 男性轉女性 (MTF) |  |
| <input type="checkbox"/> 性別酷兒（非二元性別）        |  |



## 數據私隱保護：

CCHP 及 Balance by CCHP 需遵守各個州及聯邦法律，令您的敏感及個人資料可受保護、保障、保留及保密。這些法律包括但不限於 1996 年健康保險便利及責任法案 (HIPAA) 及經濟及臨床病歷資訊科技法案 (HITECH)、聯邦保健及醫療補助中心 (CMS)，及加州消費者隱私保護法 (CCPA) 規管。CCHP 已制定政策及程序確保存取或使用您個人資料的安全性。

CCHP 已制定政策及程序如何規管存取及使用，從現有或將來的健康計劃會員收集得來的種族、民族、首選語言、性別認同及性取向的資料。CCHP 在合規隱私頁面 [cchphealthplan.com/yourconfidentialmedicalinfo/](http://cchphealthplan.com/yourconfidentialmedicalinfo/) 披露如何規管每次有限地存取及使用種族、民族、首選語言、性別認同及性別的資料。有關這些政策的疑問，請致電 CCHP 合規熱線 415-955-8810 或發送電郵至 [CCHPComplianceDept@cchphealthplan.com](mailto:CCHPComplianceDept@cchphealthplan.com)。

## 支付本計劃會月費

您可以通過郵遞或自動轉帳 (EFT) 或信用卡 支付每月的計劃保費（包括支付逾期登記罰款或其他欠款），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費。

如果您被評估為 **D** 部分 - 因收入而需每月調整數額 (Part D-IRMAA)，您除了本計劃會月費外，您還需要支付這筆額外費用。這額外費用將從您的社會安全退休金中扣除，或會直接收到聯邦保健或 RRB 的帳單。請勿支付 **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，聯邦保健可以為您支付 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。

只限本公司使用

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

Effective Date of Coverage: \_\_\_\_\_

Plan ID: 001 005 007

ICEP  AEP  MAOEP  SEP (type): \_\_\_\_\_

**RECEIVED DATE STAMP**

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



**Broker assisted enrollments:**

**Please fax completed application to CCHP: 1-415-955-8819**

**PRIVACY ACT STATEMENT**

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) collects information from Medicare plans to track beneficiary enrollment in Medicare Advantage (MA) Plans, improve care, and for the payment of Medicare benefits. Sections 1851 of the Social Security Act and 42 CFR §§ 422.50 and 422.60 authorize the collection of this information. CMS may use, disclose and exchange enrollment data from Medicare beneficiaries as specified in the System of Records Notice (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", System No. 09-70-0588. Your response to this form is voluntary. However, failure to respond may affect enrollment in the plan.

華人保健計劃（CCHP）是一個與聯邦保健簽有合約的聯邦保健優惠 HMO 計劃（Medicare Advantage HMO plan）及與加州醫療補助計劃（Medicaid）簽有合約提供東華智選計劃（HMO D-SNP）。能否接收會員取決於這合約是否獲得續約。CCHP 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。