



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 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 8 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）

三藩市及聖馬刁縣		亞拉米達縣	
請選擇要參加的計劃： ☐ 東華耆英 (HMO) 計劃：月費 \$21 ☐ 東華實惠 (HMO) 計劃：月費 \$0 ☐ 東華智選 (HMO D-SNP) 計劃*： 月費 \$0* *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。		請選擇要參加的計劃： ☐ CCHP 耆英 (HMO) 計劃：月費 \$29 ☐ CCHP 實惠 (HMO) 計劃：月費 \$0	
名字	姓	中間名縮寫 (選填)	
出生日期 (月/日/年) (/ /)	性別 ☐ 男 ☐ 女	電話號碼 ()	
永久住址 (不能使用郵政信箱) 對於無家可歸者，郵政信箱可能被視為永久居住地址：			
城市	縣 (選填)	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。

您是否原籍西班牙語、拉丁或西班牙？（選擇所有適合選項）

- | | |
|---|--|
| ☐ 不是，非西班牙語、拉丁或西班牙裔 | ☐ 是，墨西哥裔、美籍墨西哥人 |
| ☐ 是，波多黎各人 | ☐ 是，古巴裔 |
| ☐ 是，其他西班牙語、拉丁或西班牙裔 | |
| ☐ 選擇不回答 | |

您是屬於哪個種族？（選擇所有適合選項）

- | | |
|--|--|
| ☐ 美洲印第安人或阿拉斯加原住民
亞裔：
☐ 亞裔印度人
☐ 中國人
☐ 菲律賓人
☐ 日本人
☐ 韓國人
☐ 越南人
☐ 其他亞裔 | ☐ 黑人或非裔美國人
夏威夷原住民或其他太平洋島民：
☐ 關島人或查莫羅人
☐ 夏威夷原住民
☐ 薩摩亞人
☐ 其他太平洋島民
☐ 白人
☐ 選擇不回答 |
|--|--|

您是屬於哪個族裔？（選擇所有適合選項）

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

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

您出生時的指定性別？

- ☐ 女性 ☐ 男性 ☐ 不詳 ☐ 選擇不回答

以下哪一項最能代表您對自己的看法？(請選擇一項)

- | | |
|--|--|
| ☐ 女同性戀 / 男同性戀 / 同性戀 | ☐ 我使用其他術語：
_____ |
| ☐ 異性戀，即不是男同性戀或女同性戀 | ☐ 我不知道 |
| ☐ 雙性戀 | ☐ 選擇不回答 |

如果您希望我們使用英語以外的其它語言或無障礙格式發送信息，選擇以下一種：

☐ 中文 ☐ 西班牙文 ☐ 盲文 ☐ 大字體印刷版 ☐ 音頻光碟 ☐ 資料光碟

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。我們的辦公時間是星期一至五，上午 8 時至晚上 8 時。聽覺及語言殘障人士 (TTY) 可致電 1-877-681-8898。

您是否工作？ ☐ 是 ☐ 否 您的配偶是否工作？ ☐ 是 ☐ 否

填上主治醫生 (PCP)、診所或保健中心的名稱：

我想通過電子郵件獲得以下資料。可選擇一個或多個。

☐ 全部 ☐ 保障說明書 (EOC) ☐ 藥物保障表
☐ 醫生及藥房名錄 ☐ 年度更改通知書 (ANOC)

電郵地址：

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/your-confidential-medical-info/ 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。

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。

只限幫助登記者填寫此表格的填寫人使用

如果您是幫助登記者填寫此表格的填寫人（即代理人、經紀人、SHIP 顧問、家庭成員或其他第三方），請填寫此部分。

姓名：_____ 與登記者的關係：_____

簽名：_____ 國家生產者編號 (National Producer Number)
(只限代理人/經紀人)：_____

只限本公司使用

Name of staff member/agent/broker

Plan ID: ☐001 ☐005 ☐007

(if assisted in enrollment): _____

☐010 ☐011

Effective Date of Coverage: _____

☐ ICEP ☐ AEP ☐ MAOEP ☐ SEP (type): _____

☐ Not Eligible: _____

Broker assisted enrollments:

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

Note: _____

RECEIVED DATE STAMP

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。