



## VNS Health 富康醫療 EasyCare Plus (HMO D-SNP) 和 VNS Health 富康醫療 EasyCare (HMO) 參保申請表

### 此表格適用於什麼人士？

想要加入 Medicare Advantage 計劃的紅藍卡 (Medicare) 會員

要加入計劃，您必須：

- 是美國公民或在美國合法居留
- 住在本計劃的服務區內

**重要提示：**若要加入 Medicare Advantage 計劃，您還必須同時擁有：

- 紅藍卡 A 部分（住院保險）
- 紅藍卡 B 部分（醫療保險）

### 我需要在什麼情況下使用此表格？

您可以在以下期間或情況下加入一項計劃：

- 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日（保險生效時間為次年 1 月 1 日）
- 首次參保紅藍卡的 3 個月內
- 允許您加入或更換計劃的某些特定情況

請瀏覽 [Medicare.gov](http://Medicare.gov)，進一步瞭解您何時可以註冊參加計劃。

### 填寫此表格需要準備什麼？

- 您的紅藍卡號碼（您的紅白藍紅藍卡上的號碼）
- 您的永久地址、電話號碼以及電子信箱

**註：**您必須填寫第 1 部份的所有條目。第 2 部份的條目為選填內容，即便您沒有填寫，也不會因此被拒絕參保。

### 在此提醒您：

- 如果您想要在秋季開放參保期（10 月 15 日 - 12 月 7 日）加入一項計劃，則該計劃必須在 12 月 7 日之前收到您填妥的表格。
- 您的計劃將向您發出該計劃保費的賬單。您可以選擇進行註冊，以便從您的銀行賬戶或您的每月社會安全局（或鐵路職工退休委員會）福利金中扣繳您的保費。

### 接下來會如何進展？

將填妥並已簽名的表格郵寄至：

VNS Health  
Health Plans - MEU  
220 East 42nd Street  
New York, NY 10017

他們在處理完您加入計劃的申請後便會聯絡您。

### 如何獲取有關填寫此表格的幫助？

請致電 1-866-783-1444 (TTY: 711) 聯絡 VNS Health 富康醫療紅藍卡計劃 (Medicare)。

或者，致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡紅藍卡。TTY 使用者可以致電 1-877-486-2048。

**En español:** Llame a VNS Health Medicare al 1-866-783-1444 (TTY: 711) o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

### 無家可歸者

- 如果您想加入某項計劃但沒有永久住所，則郵政信箱、收容所或診所地址，或您接收郵件（例如，社會保險支票）的地址可作為您的永久居住地址。

根據 1995 年的「文書削減法案」(Paperwork Reduction Act)，任何人皆無須對資訊收集作出回應，除非其顯示了有效的 OMB 控制號碼。此資訊收集的有效 OMB 控制號碼為 0938-1378。每次完成此資訊預計平均需要 20 分鐘，包括瀏覽說明，搜尋現有資料資源，收集所需資料，以及完成並檢查該資訊收集的時。若您對於該預估時間的準確性有任何意見，或有改善此表格的建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn:PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

#### 重要提示

請勿將此表格或帶有您個人資訊（如賠付申請、付款、醫療記錄等）的任何內容寄送到 PRA Reports Clearance Office。我們收到的任何內容，如果與改進此表格或收集資訊（如 OMB 0938-1378 中所述）無關，都將被銷毀。對於這些內容，我們不會保留、審查或將其轉寄至計劃。請參見此頁面中的「接下來會如何進展？」，將填妥的表格寄送至計劃。

**第 1 部分 - 本頁所有欄均為必填 (除非標註了選填)**

**VNS Health 富康醫療 EasyCare (HMO)** (每月保費 \$25.00)     **VNS Health 富康醫療 EasyCare Plus (HMO D-SNP)** (每月保費 \$0\*)

\*視您的白卡 (Medicaid) 資格級別而定。

名： \_\_\_\_\_ 姓： \_\_\_\_\_ [選填：中間名首字母]： \_\_\_\_\_

出生日期 (月/日/年) : ( / / )	性別 : <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	電話號碼 : ( ) <input type="checkbox"/> 住宅電話號碼 <input type="checkbox"/> 手機號碼	備用電話號碼 : ( )
---------------------------	---	---	-----------------

永久居住地址 (請勿輸入郵政信箱。注意：對於無家可歸的個人，郵政信箱可作為您的永久居住位址。):

城市： \_\_\_\_\_ [選填：縣]： \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ 郵遞區號： \_\_\_\_\_

**郵寄地址**，僅在與您的永久居住地址不同時才需填寫 (可填寫郵政信箱號)：

街道地址： \_\_\_\_\_ 城市： \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ 郵遞區號： \_\_\_\_\_

您是否願意透過電子郵件接收計劃通訊?     是 (勾選此框，則需要提供電子信箱)     否  
電子信箱： \_\_\_\_\_

**您的紅藍卡資訊：**

紅藍卡號碼： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**回答以下重要問題：**

**1. 除了 VNS Health 富康醫療紅藍卡計劃 (Medicare) 之外，是否擁有其他處方藥保險 (例如，VA、TRICARE) ?**  
 是     否  
其他保險的名稱： \_\_\_\_\_ 此保險的會員號碼： \_\_\_\_\_ 此保險的團體號碼： \_\_\_\_\_

以下問題與參保 VNS Health 富康醫療 EasyCare Plus 有關。

**2. 您是否是長期護理機構 (如療養院) 的住院患者?**     是     否

若勾選「是」，請提供以下資訊：

機構名稱： \_\_\_\_\_

機構的地址和電話號碼 (門牌號碼和街道)： \_\_\_\_\_

**3. 您是否已加入您所在州的白卡計劃?**     是     否

若勾選「是」，請提供您的白卡號碼： \_\_\_\_\_

**重要提示：閱讀並簽署以下內容：**

- 我必須保留住院保險 (A 部分) 和醫療保險 (B 部分) 才能繼續參保 VNS Health 富康醫療紅藍卡計劃 (Medicare)。
- 加入此 Medicare Advantage 計劃，即表示我已知悉 VNS Health 富康醫療紅藍卡計劃 (Medicare) 將與紅藍卡分享我的資訊，紅藍卡可能會使用這些資訊來追蹤我的參保、付款以及用於授權收集這些資訊的聯邦法律允許的其他目的 (請參見下文的隱私法聲明)。您本表格的回答屬自願性質。但是，如果沒有回答，則可能會影響參保該計劃。
- 我瞭解，我一次僅可參保一項 MA 計劃，並且參保此計劃將自動終止參保其他 MA 計劃 (MA PFFS 計劃和 MA MSA 計劃除外)。
- 我瞭解，當我的 VNS Health 富康醫療紅藍卡計劃 (Medicare) 保險生效後，我所有的醫療和處方藥福利皆須自 VNS Health 富康醫療紅藍卡計劃 (Medicare) 取得。由 VNS Health 富康醫療紅藍卡計劃 (Medicare) 提供並包含在我的 VNS Health 富康醫療紅藍卡計劃 (Medicare) 的「承保範圍說明書」文件 (亦稱為會員合約或保戶協議) 中的福利和服務皆在承保範圍內。紅藍卡 (Medicare) 和 VNS Health 富康醫療紅藍卡計劃 (Medicare) 均不對不承保的福利或服務付費。
- 就我所知，此參保表上的資訊正確無誤。我瞭解，若我故意在此表上提供虛假資訊，我將被計劃退保。
- 我瞭解，我 (或取得合法授權代表我行事的個人) 在此申請表上簽名即表示本人已閱讀並瞭解此申請表的內容。如由授權代表簽署 (如上所述)，此簽名確認：
  - 1) 此人經過州法律授權，可代為填寫此參保表，且
  - 2) 在紅藍卡要求時可提供相關證明文件。

**對於擁有紅藍卡和白卡的個人：**

- 我瞭解，我必須在擁有白卡的情況下才有資格參保 VNS Health 富康醫療 EasyCare Plus。
- 我瞭解，在一年的前九個月中，我每個季度擁有一次參保或退保機會。

<b>簽名：</b>	<b>今日日期：</b>
若您是授權代表，請在上方簽名並填寫以下內容：	
<b>姓名：</b>	<b>地址：</b>
<b>電話號碼：</b> (      )	<b>與參保人的關係：</b>

**第2部分 - 本頁所有欄位均為選填**

您可自由選擇回答以下問題。我們不會因為您沒有填寫這些內容而拒絕您參保。

您是否是西班牙裔、拉美裔或擁有西班牙血統？選擇所有適用項。

- 否，我不是拉美裔、拉丁裔或西班牙裔       是，我是墨西哥裔、墨西哥裔美國人、奇卡諾人  
 是，波多黎各人       是，古巴人  
 是，其他拉美裔、拉丁裔或西班牙裔       我選擇不回答

您屬於哪個種族？選擇所有適用項。

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

您的性別是？選擇一項。

- 女性       我使用其他表述： \_\_\_\_\_  
 男性       我選擇不回答  
 非二元性別

以下哪一項最符合您對自己的看法？選擇一項。

- 女同性戀或男同性戀       我使用其他表述： \_\_\_\_\_  
 異性戀，即非男同性戀或女同性戀     我不知道  
 雙性戀       我選擇不回答

若您希望我們給您寄送非英文版的資訊，請勾選一項。

- 西班牙文     中文

如果您希望我們向您寄送無障礙格式的資訊，請勾選一項。

- 盲文     大字體     音頻 CD     數據 CD

如果您需要除了以上格式之外的其他無障礙格式的資訊，請致電 1-866-783-1444 (TTY: 711) 聯絡 VNS Health 富康醫療紅藍卡計劃 (Medicare)。我們的辦公時間為每週七天，早上 8 點至晚上 8 點 (10 月-3 月)；週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點 (4 月-9 月)。

您是否有工作？     是     否

您的配偶是否有工作？     是     否

請列出您的主治醫生 (PCP)、診所或健康中心：

主治醫生 (PCP) 姓名： \_\_\_\_\_ PCP ID 號碼： \_\_\_\_\_

我想透過電子郵件接收投訴 (申訴) 通知、上訴決定、轉診通知、服務授權通知和決定。

- 是     否

電子郵件地址： \_\_\_\_\_

**支付計劃保費**

您可以每月透過郵寄來支付您的每月計劃保費 (包含您目前應付或可能積欠的所有逾期參保罰金)。您也可以選擇每月透過社會安全局或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利金自動扣繳保費。

**請選擇一項保費付款方式：**

收取帳單                       每月自動從您的社會保障局或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利金支票扣繳。

我透過以下來源獲得每月福利： 社會安全局     RRB

**如您需支付 D 部份按收入每月調整保費 (D 部份 IRMAA)，除了計劃保費，您還必須繳納這筆額外的金額。請勿向 VNS Health 富康醫療紅藍卡計劃 (Medicare) 支付 D 部分 - IRMAA。**

**僅適用於幫助參保人填寫此表格的人員**

如果您是幫助參保人填寫此表格的人員 (即代理人、經紀人、SHIP 顧問、家庭成員或其他第三方)，請填寫本部分。

姓名：\_\_\_\_\_ 與參保人的關係：\_\_\_\_\_

簽名：\_\_\_\_\_ 全國生產商編號 (僅限代理商/經紀人)：\_\_\_\_\_

**隱私法聲明**

紅藍卡 (Medicare) 和白卡 (Medicaid) 服務中心 (CMS) 從紅藍卡計劃收集資訊，以追蹤 Medicare Advantage (MA) 計劃中的受益人參保，改善護理並支付紅藍卡福利。社會保障法案第 1851 節以及 42 CFR §§ 422.50 和 422.60 授權收集此資訊。CMS 可以按照記錄系統 (SORN) 「Medicare Advantage 處方藥 (MARx)」 (系統編號 09-70-0588) 中的規定使用、披露和交換來自紅藍卡受益人的參保資料。您本表格的回答屬自願性質。但是，如果沒有回答，則可能會影響參保該計劃。

**僅限辦事處使用：** \_\_\_\_\_ 追蹤代碼：\_\_\_\_\_

工作人員/代理人/經紀人姓名 (若協助參保)：\_\_\_\_\_

代理人簽名：\_\_\_\_\_

MGA：\_\_\_\_\_ 代理人號碼：\_\_\_\_\_ 計劃 ID 號碼：\_\_\_\_\_

辦事處收到的日期：\_\_\_\_\_ 接收人 (姓名縮寫)：\_\_\_\_\_ 填寫人 (姓名縮寫)：\_\_\_\_\_

保險生效日期：\_\_\_\_\_

ICEP/IEP：\_\_\_\_\_ OEP：\_\_\_\_\_ AEP：\_\_\_\_\_ SEP (類型) \_\_\_\_\_ 不符合資格：\_\_\_\_\_

H5549\_2025 ECP EC EnApp\_C Approved 08202024

## 參保期資格證明

通常，您只能在每年10月15日到12月7日的年度參保期內參保 Medicare Advantage 計劃。以下列出可在上述期間以外參保 Medicare Advantage 計劃的例外情形。

請仔細閱讀下面的陳述，勾選符合您情況的陳述。勾選下列任一方塊即表示，據您所知的範圍內，您符合參保期的資格。如果我們日後判定此項資訊不正確，您可能會遭到退保。

- 我是初次參保紅藍卡。
- 我已參保 Medicare Advantage 計劃，並且希望在 Medicare Advantage 開放參保期 (MA OEP) 期間變更計劃。
- 我最近搬離我現有計劃的服務區域，或者我剛搬家，而這項計劃對我來說是新的選項。我搬遷的日期是 (填入日期) \_\_\_\_\_。
- 我最近被刑滿釋放。我被刑滿釋放的日期是 (填入日期) \_\_\_\_\_。
- 我常年在國外居住，最近剛回到美國。我回到美國的日期是 (填入日期) \_\_\_\_\_。
- 我最近剛獲得美國合法居留身份。我獲得此身份的日期是 (填入日期) \_\_\_\_\_。
- 最近我的白卡狀態有所改變 (新近加入白卡、白卡的援助等級有所變更、或是退出了白卡)，日期是 (填入日期) \_\_\_\_\_。
- 最近我的紅藍卡處方藥保險額外補助狀態有所改變 (新近獲得額外補助、在額外補助的等級上有所變更、或是失去額外補助)，日期是 (填入日期) \_\_\_\_\_。
- 我同時擁有紅藍卡和白卡 (或我所在的州政府幫助支付我的紅藍卡保費)，或者我享有額外補助以支付紅藍卡處方藥保險，且我的情況沒有發生變化。
- 我即將搬入、住在或於最近搬出了長期護理機構 (例如療養院或長期護理機構)。我 (將) 搬入/搬出該機構的日期是 (填入日期) \_\_\_\_\_。
- 我最近退出了 PACE 計劃，退出日期是 (填入日期) \_\_\_\_\_。
- 我最近非自願性地失去了有信譽度的處方藥保險 (承保範圍與紅藍卡相同)。我失去處方藥保險的日期是 (填入日期) \_\_\_\_\_。
- 我將要退出僱主或工會保險，退出日期是 (填入日期) \_\_\_\_\_。
- 我受居住地之州政府提供的藥房協助計劃承保。
- 我的計劃即將終止與紅藍卡的合約，或者紅藍卡即將終止與該計劃的合約。
- 我已參保由紅藍卡 (或我的所在州) 提供的計劃，但我想另選計劃。我已參保計劃的生效日期是 (填入日期) \_\_\_\_\_。
- 我曾參保 Dual Special Needs Plan (D-SNP)，但現已失去了參保該計劃所需的特殊需求資格。我被 D-SNP 退保的日期是 (填入日期) \_\_\_\_\_。

如上述陳述均不符合您的情況或您無法確定，請撥打 1-866-414-6715 (TTY: 711)

聯絡 VNS Health 富康醫療紅藍卡計劃 (Medicare)，詢問您是否滿足參保條件。我們的服務時間為每週七天，早上 8 點至晚上 8 點 (10 月-3 月)；週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點 (4 月-9 月)。