

ແບບຟອມການຮ້ອງຂໍການລົງທະບຽນບຸກຄົນປີ 2027 ເພື່ອລົງທະບຽນ ໃນ Medicare Advantage Plan (ພາກ C)

OMB No. 0938-1378
Expires: 12/31/2026



With  mhs health
wisconsin.

✓ ກວດສອບສະຖານະການສະໝັກຂອງທ່ານໄດ້ທີ່ນີ້:
wellcare.com/applicationtracker

ທ່ານໃດສາມາດໃຊ້ແບບຟອມນີ້?

ຄົນທີ່ມີ Medicare ຜູ້ທີ່ຕ້ອງການເຂົ້າຮ່ວມແຜນການ
Medicare Advantage

ເພື່ອເຂົ້າຮ່ວມແຜນການ, ທ່ານຕ້ອງ:

- ເປັນຜົນລະເມືອງສະຫະລັດ ຫຼື ອາໄສຢູ່ໃນສະຫະລັດຢ່າງ
ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ.

- ອາໄສຢູ່ໃນພື້ນທີ່ໃຫ້ບໍລິການຂອງແຜນການ

ສໍາຄັນ: ເພື່ອເຂົ້າຮ່ວມແຜນການ Medicare Advantage,
ທ່ານຕ້ອງມີທັງສອງຢ່າງ:

- Medicare Part A (ປະກັນໄພໂຮງໝໍ)

- Medicare Part B (ການປະກັນໄພທາງການແພດ)

ຂ້າພະເຈົ້າໃຊ້ແບບຟອມນີ້ເມື່ອໃດ?

ທ່ານສາມາດເຂົ້າຮ່ວມແຜນການ:

- ລະຫວ່າງ ວັນທີ 15 ຕຸລາ ຫາ ວັນທີ 7 ທັນວາ ທຸກໆປີ
(ສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງເລີ່ມຕົ້ນ ວັນທີ 1 ມັງກອນ)

- ພາຍໃນ 3 ເດືອນຫຼັງຈາກໄດ້ຮັບ Medicare ຄັ້ງທໍາອິດ

- ໃນບາງສະຖານະການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ເຂົ້າຮ່ວມ ຫຼື
ປ່ຽນແຜນການຕ່າງໆ

ເຂົ້າໄປທີ່ **Medicare.gov** ເພື່ອຮຽນຮູ້ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບ
ເວລາທີ່ທ່ານສາມາດລົງທະບຽນສໍາລັບແຜນການໄດ້.

ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງມີຫຍັງແດ່ ເພື່ອຕື່ມແບບຟອມນີ້ໃຫ້ຄົບ?

- ໝາຍເລກ Medicare ຂອງທ່ານ (ໝາຍເລກຢູ່ໃນບັດ
Medicare ສີແດງ, ສີຂາວ ແລະ ສີຟ້າ)

- ທີ່ຢູ່ຖາວອນ ແລະ ເບີໂທລະສັບຂອງທ່ານ

ໝາຍເຫດ: ທ່ານຕ້ອງຕື່ມຂໍ້ມູນທຸກລາຍການໃນ ພາກທີ 1 ໃຫ້
ຄົບຖ້ວນ. ລາຍການໃນພາກທີ 2 ແມ່ນບໍ່ບັງຄັບ – ທ່ານບໍ່ສາມາດ
ຖືກປະຕິເສດການຄຸ້ມຄອງໄດ້ ເພາະວ່າທ່ານບໍ່ໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນ
ເຫຼົ່ານັ້ນ.

ບຸກຄົນທີ່ປະສົບກັບການຂາດທີ່ຢູ່ອາໄສ

- ຖ້າທ່ານຕ້ອງການເຂົ້າຮ່ວມແຜນການ ແຕ່ບໍ່ມີທີ່ຢູ່ອາໄສ
ຖາວອນ, ຕູ້ໄປສະນີ, ທີ່ຢູ່ຂອງສູນພັກເຊົາ ຫຼື ຄລິນິກ ຫຼື ທີ່ຢູ່ທີ່
ທ່ານໄດ້ຮັບຈົດໝາຍ (ເຊັ່ນ ແຊັກປະກັນສັງຄົມ) ອາດຖືວ່າເປັນ
ທີ່ຢູ່ອາໄສຖາວອນຂອງທ່ານ.

ທ່ານເຄີຍຄິດກ່ຽວກັບການລົງທະບຽນຢູ່

go.wellcare.com/WI ແທນບໍ? ມັນເປັນວິທີທີ່ວ່ອງໄວ,
ປອດໄພ ແລະ ງ່າຍຕໍ່ການສະໝັກ

ການແຈ້ງເຕືອນ:

- ຖ້າທ່ານຕ້ອງການເຂົ້າຮ່ວມແຜນການໃນຊ່ວງເປີດ

ການລົງທະບຽນໃນລະດູໃບໄມ້ປິງ (ວັນທີ 15 ຕຸລາ – ວັນທີ 7
ທັນວາ), ແຜນການດັ່ງກ່າວຕ້ອງໄດ້ຮັບແບບຟອມທີ່ສໍາເລັດແລ້ວ
ບໍ່ໃຫ້ກາຍ ວັນທີ 7 ເດືອນທັນວາ.

- ແຜນການຂອງທ່ານຈະສົ່ງໃບບິນຄ່າປະກັນໄພຂອງແຜນການ
ໃຫ້ທ່ານ. ທ່ານສາມາດເລືອກທີ່ຈະລົງທະບຽນເພື່ອໃຫ້ການ
ຈ່າຍເງິນຄ່າປະກັນໄພຂອງທ່ານຖືກຫັກອອກຈາກບັນຊີທະນາຄານ
ຂອງທ່ານ ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດປະກັນສັງຄົມປະຈໍາເດືອນຂອງທ່ານ
(ຫຼື ຄະນະກຳມະການບໍານານທາງລັດໄຟ).

ຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນຕໍ່ໄປ?

ສົ່ງແບບຟອມທີ່ສໍາເລັດ ແລະ ລົງນາມຂອງທ່ານໄປທີ່:

Wellcare With MHS Health Wisconsin

PO Box 10420

Van Nuys, CA

91410-0420

ເມື່ອພວກເຂົາປະມວນຜົນການຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານເພື່ອເຂົ້າຮ່ວມ,
ພວກເຂົາຈະຕິດຕໍ່ຫາທ່ານ.

ຂ້າພະເຈົ້າຈະຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກ່ຽວກັບແບບຟອມນີ້ໄດ້ແນວໃດ?

ໂທຫາ Wellcare With MHS Health Wisconsin ທີ່
1-844-480-0680. ຜູ້ໃຊ້ TTY ສາມາດໂທຫາ 711 ໄດ້. ຫຼື ໂທຫາ
Medicare ທີ່ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227),
24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ.

ຜູ້ໃຊ້ TTY ສາມາດໂທຫາ 1-877-486-2048.



ສໍາຄັນ

ຢ່າສົ່ງແບບຟອມນີ້ ຫຼື ລາຍການໃດໆທີ່ມີຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ (ເຊັ່ນ ການຮຽກຮ້ອງ, ການຊໍາລະເງິນ, ບັນທຶກທາງການແພດ ແລະ ອື່ນໆ) ໄປຫາຫ້ອງການອະນຸມັດບົດລາຍງານ PRA. ລາຍການໃດໆທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບທີ່ບໍ່ແມ່ນວິທີປັບປຸງແບບຟອມນີ້ ຫຼື ສິ່ງກົດກັນ ການລວບລວມຂໍ້ມູນຂອງມັນ (ລະບຸໄວ້ໃນ OMB 0938-1378) ຈະຖືກທຳລາຍ. ມັນຈະບໍ່ຖືກເກັບຮັກສາ, ທົບທວນຄືນ ຫຼື ສົ່ງຕໍ່ຫາ ແຜນການ. ເບິ່ງ “ຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນຕໍ່ໄປ?” ໃນໜ້າເຈ້ຍດ້ານໜ້າຂອງໜ້ານີ້ ເພື່ອສົ່ງແບບຟອມທີ່ຕື່ມຂໍ້ມູນສໍາເລັດແລ້ວຂອງທ່ານໄປຫາ ແຜນການ.

ຕາມກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຫຼຸດວຽກເອກະສານ ສະບັບປີ 1995, ບໍ່ມີບຸກຄົນໃດທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງຕອບກັບຕໍ່ການເກັບເອົາຂໍ້ມູນ ເວັ້ນແຕ່ວ່າຈະມີການສະແດງໝາຍເລກຄວບຄຸມ OMB ທີ່ຖືກຕ້ອງ. ໝາຍເລກຄວບຄຸມ OMB ທີ່ຖືກຕ້ອງສໍາລັບການເກັບກຳ ຂໍ້ມູນນີ້ແມ່ນ 0938-1378. ເວລາທີ່ຕ້ອງໃຊ້ເພື່ອເຮັດສໍາເລັດຂໍ້ມູນນີ້ແມ່ນຄາດຄະເນໂດຍສະເລ່ຍ 20 ນາທີຕໍ່ການຕອບສະໜອງ, ລວມທັງ ເວລາທີ່ຈະທົບທວນຄືນຄໍາແນະນຳ, ຄົ້ນຫາຊັບພະຍາກອນຂໍ້ມູນທີ່ມີຢູ່, ລວບລວມຂໍ້ມູນທີ່ຈຳເປັນ ແລະ ເຮັດສໍາເລັດ ແລະ ທົບທວນການລວບລວມຂໍ້ມູນ. ຖ້າທ່ານມີຄໍາເຫັນໃດໆກ່ຽວກັບຄວາມຖືກຕ້ອງຂອງການຄາດຄະເນເວລາ ຫຼື ຄໍາແນະນຳເພື່ອປັບ ປຸງແບບຟອມນີ້, ກະລຸນາຂຽນໜັງສືຫາ: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

ຖະແຫຼງການກົດໝາຍວ່າດ້ວຍຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ

ສູນບໍລິການ Medicare & Medicaid (CMS) ເກັບກຳຂໍ້ມູນຈາກແຜນ Medicare ເພື່ອຕິດຕາມການລົງທະບຽນຜູ້ໄດ້ຮັບ ຜົນປະໂຫຍດໃນແຜນການ Medicare Advantage (MA), ປັບປຸງການດູແລ ແລະ ສໍາລັບການຊໍາລະຜົນປະໂຫຍດ Medicare. ພາກທີ 1851 ແລະ 1860D-1 ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍປະກັນສັງຄົມ ແລະ 42 CFR ສຮ 422.50 ແລະ 422.60 ອະນຸຍາດໃຫ້ເກັບກຳ ຂໍ້ມູນນີ້. CMS ອາດຈະໃຊ້, ເປີດເຜີຍ ແລະ ແລກປ່ຽນຂໍ້ມູນການລົງທະບຽນຈາກຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ Medicare ຕາມທີ່ລະບຸໄວ້ ໃນລະບົບແຈ້ງການບັນທຶກ (SORN) “ຢ່າຕາມໃບສັງແພດຂອງ Medicare Advantage (MARx)”, ລະບົບເລກທີ 09-70-0588. ຄໍາຕອບຂອງທ່ານໃສ່ແບບຟອມນີ້ແມ່ນດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ການບໍ່ຕອບສະໜອງອາດຈະສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ ການລົງທະບຽນໃນແຜນການ.

ພາກທີ 1 – ຈຳເປັນຕ້ອງຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ທຸກຊ່ອງໃນໜ້ານີ້ (ເວັ້ນເສຍແຕ່ຈະໝາຍເປັນທາງເລືອກ)

ເລືອກແຜນທີ່ທ່ານຕ້ອງການເຂົ້າຮ່ວມ:

Wellcare MHS Health Wisconsin Dual Liberty Sync (HMO-POS D-SNP)¹ –ລວມທັງການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັງແພດ.

☐ **H8189-001-000**

\$0 ຕໍ່ເດືອນ

Wellcare MHS Health Wisconsin Dual Select (HMO-POS D-SNP)¹ –ລວມທັງການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັງແພດ.

☐ **H8189-007-000**

\$0 ຕໍ່ເດືອນ

¹ ທ່ານຕ້ອງມີເງື່ອນໄຂການລົງທະບຽນສະເພາະເພື່ອລົງທະບຽນໃນແຜນການນີ້.



ພາກທີ 1 – ຕ້ອງຕື່ມຊ່ອງຂໍ້ມູນທັງໝົດໃນພາກນີ້ (ເວັ້ນເສຍແຕ່ຈະໝາຍເປັນທາງເລືອກ)

ຊື່: _____ ນາມສະກຸນ: _____ ທາງເລືອກ: ຊື່ກາງ: _____

ວັນເດືອນປີເກີດ: _____ ເພດ: _____ ເບີໂທລະສັບ: _____ ປະເພດເບີໂທລະສັບ: _____
 ____ / ____ / ____ ☐ ເພດຊາຍ ☐ ເພດຍິງ (____) ____ - ____ ☐ ຕັ້ງໂຕະ ☐ ມືຖື
 MM/DD/YYYY ບໍ່ບັງຄັບ: ເບີໂທລະສັບສໍາຮອງ: _____ ປະເພດເບີໂທລະສັບ: _____
 (____) ____ - ____ ☐ ຕັ້ງໂຕະ ☐ ມືຖື

ບໍ່ບັງຄັບ: ທີ່ຢູ່ອີເມວ: _____

ບໍ່ບັງຄັບ: ທ່ານຮູ້ສຶກສະດວກສະບາຍໃນການໃຊ້ອິນເຕີເນັດ, ອີເມວ ຫຼື ການສົ່ງຂໍ້ຄວາມດ້ວຍຕົວຂອງທ່ານເອງບໍ່?
☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່

ບໍ່ບັງຄັບ: ວິທີຕິດຕໍ່ທີ່ທ່ານຕ້ອງການ: ☐ ໂທລະສັບ ☐ ສົ່ງຂໍ້ຄວາມ ☐ ອີເມວ

*ກະລຸນາຮັບຊາບວ່າການສື່ສານອາດຈະຖືກສົ່ງໄປນອກເໜືອຈາກ 'ວິທີການຕິດຕໍ່ທີ່ຕ້ອງການ' ທີ່ເລືອກໄວ້.

ພວກເຮົາຕ້ອງການໃຫ້ທ່ານມີຄວາມສຸກກັບການເປັນສະມາຊິກ ແລະ ເຂົ້າໃຈແຜນການຂອງທ່ານ. ກະລຸນາໃຫ້ເບີໂທລະສັບ ແລະ ອີເມວຂອງທ່ານ ເພື່ອໃຫ້ພວກເຮົາສາມາດບອກທ່ານກ່ຽວກັບສະຖານະການຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານ. ໃນຖານະທີ່ເປັນສະມາຊິກ, ພວກເຮົາຈະແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນປະໂຫຍດເຊັ່ນ: ສິ່ງທີ່ຄວນຄາດຫວັງ, ການຮັກສາສຸຂະພາບ, ການໃຊ້ສິດປະໂຫຍດພິເສດ, ການຊອກຫາທ່ານໝໍ, ເວັບໄຊທ໌ສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາ ແລະ ຂໍ້ມູນສໍາຄັນອື່ນໆ. ຖ້າທ່ານບໍ່ສົນໃຈ, ທ່ານສາມາດເລືອກ ບໍ່ຮັບຂໍ້ຄວາມ ຫຼື ອີເມວບາງປະເພດ ໄດ້.

ພວກເຮົາຢາກໃຫ້ທ່ານມັກແຜນ Wellcare ຂອງທ່ານ. ຖ້າພວກເຮົາມີແຜນອື່ນທີ່ອາດຈະ ເໝາະສົມກັບທ່ານຫຼາຍກວ່າ ເມື່ອຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານປ່ຽນແປງ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບ. ພວກເຮົາຈະເວົ້າສະເພາະກ່ຽວກັບ ແຜນປະກັນໄພຂອງພວກເຮົາເທົ່ານັ້ນ.

(ຢ່າໃສ່ PO Box. ໝາຍເຫດ: ສໍາລັບບຸກຄົນທີ່ປະສົບກັບການຂາດທີ່ຢູ່ອາໄສ, PO Box ອາດຈະຖືວ່າເປັນທີ່ຢູ່ອາໄສຖາວອນໄດ້ຂອງທ່ານ).
☐ ປະສົບກັບຄວາມບໍ່ມີທີ່ຢູ່ອາໄສ

ທີ່ຢູ່ຖະໜົນຂອງບ່ອນພັກອາໄສຖາວອນ

ເມືອງ: _____ ບໍ່ບັງຄັບ: ຄາວຕີ: _____ ລັດ: _____ ລະຫັດ ໄປສະນີ: _____

ທີ່ຢູ່ສໍາລັບສົ່ງຈົດໝາຍ, ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ສົ່ງຈົດໝາຍຂອງທ່ານໄປຫາທີ່ຢູ່ອື່ນ ຫຼື ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ, ກະລຸນາໃຫ້ຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວຢູ່ບ່ອນນີ້ (ອະນຸຍາດໃຫ້ໃຊ້ PO Box)

ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ

ເມືອງ: _____ ລັດ: _____ ລະຫັດ ໄປສະນີ: _____



ຂໍ້ມູນ Medicare ຂອງທ່ານ:

ເລກ Medicare:

ມີສິດໄດ້ຮັບ:

ວັນທີເລີ່ມມີຜົນ (MM/DD/YYYY):

ໂຮງໝໍ (ພາກ A)

____ / ____ / ____

ການແພດ (ພາກ B)

____ / ____ / ____

ຕອບຄໍາຖາມທີ່ສໍາຄັນເຫຼົ່ານີ້:

1. ທ່ານຈະມີການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັງແພດອື່ນໆ (ເຊັ່ນ VA, TRICARE) ນອກຈາກ Wellcare ບໍ?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່

ຊື່ຂອງການຄຸ້ມຄອງອື່ນໆ

ໝາຍເລກສະມາຊິກສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງນີ້

ເລກກຸ່ມສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງນີ້

2. ຖ້າລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນ D-SNP, ກະລຸນາໃຫ້:

ໝາຍເລກໂຄງການ Medicaid ຂອງລັດ: _____

ກະລຸນາໃສ່ໝາຍເລກ Medicaid ສໍາລັບແຜນການ D-SNP. ໝາຍເລກ Medicaid ທີ່ຂາດຫາຍໄປອາດສົ່ງຜົນໃຫ້ການປະມວນຜົນໃບສະໝັກຊັກຊ້າ ແລະ ອາດເຮັດໃຫ້ ໃບສະໝັກຖືກປະຕິເສດ.

ສໍາຄັນ: ກະລຸນາອ່ານ ແລະ ເຊັນຊື່ຢູ່ດ້ານລຸ່ມ:

- ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງຮັກສາທັງໂຮງໝໍ (ພາກ A) ແລະ ທາງການແພດ (ພາກ B) ເພື່ອຢູ່ໃນ Wellcare.
- ໂດຍການເຂົ້າຮ່ວມແຜນ Medicare Advantage ນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ວ່າ Wellcare ຈະແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຂອງຂ້າພະເຈົ້າກັບ Medicare, ເຊິ່ງອາດນໍາໃຊ້ຂໍ້ມູນນັ້ນເພື່ອ ຕິດຕາມການລົງທະບຽນ, ດໍາເນີນການຈ່າຍເງິນ, ແລະ ເພື່ອຈຸດປະສົງອື່ນໆທີ່ກົດໝາຍລັດຖະບານກາງອະນຸຍາດໃຫ້ດໍາເນີນການໄດ້ ແລະ ອະນຸຍາດໃຫ້ເກັບກໍາຂໍ້ມູນນີ້ (ເບິ່ງ ຄໍາຖະແຫຼງການກ່ຽວກັບກົດໝາຍຄວາມລັບດ້ານລຸ່ມ). ຄໍາຕອບຂອງທ່ານໃສ່ແບບຟອມນີ້ແມ່ນດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ການບໍ່ຕອບສະໜອງອາດຈະສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການລົງທະບຽນໃນແຜນການ.
- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນການ MA ຫຼື ພາກ D ໄດ້ເທື່ອລະອັນ - ແລະ ການລົງທະບຽນໃນແຜນ ນີ້ຈະສິ້ນສຸດການລົງທະບຽນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນແຜນການ MA ຫຼື ພາກ D ອື່ນໂດຍອັດຕະໂນມັດ (ມີຂໍ້ຍົກເວັ້ນສໍາລັບແຜນການ MA PFFS, MA MSA).
- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ເມື່ອການຄຸ້ມຄອງ Wellcare ຂອງຂ້າພະເຈົ້າເລີ່ມຕົ້ນ, ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ ແລະ ຢາຕາມໃບສັງແພດທັງໝົດຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈາກ Wellcare. ຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ການບໍລິການທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍ Wellcare ແລະ ມີຢູ່ໃນເອກະສານ “ຫຼັກຖານຂອງການຄຸ້ມຄອງ” ຂອງ Wellcare ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ (ຍັງເອີ້ນວ່າ ສັນຍາສະມາຊິກ ຫຼື ສັນຍາຜູ້ສະໝັກສະມາຊິກ) ຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ. ທັງ Medicare ຫຼື Wellcare ຈະບໍ່ຈ່າຍຄ່າຜົນປະໂຫຍດ ຫຼື ການບໍລິການທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ.



- ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບແບບຟອມການລົງທະບຽນນີ້ແມ່ນ ຖືກຕ້ອງຕາມຄວາມຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າເຈດຕະນາໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຈະຖືກຍົກເລີກການລົງທະບຽນຈາກແຜນການ.
- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ (ຫຼື ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຕາມກົດໝາຍໃນນາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າ) ໃນໃບສະໝັກນີ້ໝາຍຄວາມວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ແລະ ເຂົ້າໃຈເນື້ອໃນຂອງໃບສະໝັກນີ້ແລ້ວ. ຖ້າລົງນາມ ໂດຍຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ (ດັ່ງທີ່ອະທິບາຍໄວ້ຂ້າງເທິງ), ລາຍເຊັນນີ້ຍັງຢືນວ່າ:

- 1) ບຸກຄົນນີ້ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດ ເພື່ອເຮັດສໍາເລັດການລົງທະບຽນນີ້ ແລະ
- 2) ເອກະສານຂອງອໍານາດນີ້ແມ່ນມີໃຫ້ຕາມການຮ້ອງຂໍໂດຍ Medicare.

ໂດຍການລົງນາມໃນເອກະສານນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຮັບຮອງວ່າ, ຕາມທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດ, ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ສະໜອງໃຫ້ແມ່ນມີຄວາມຈິງ, ຄົບຖ້ວນ ແລະ ຖືກຕ້ອງ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຖ້າມັນຖືກກໍານົດວ່າຂໍ້ມູນນີ້ບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຖືກຍົກເລີກການລົງທະບຽນ.

ວັນທີນີ້

____/____/____
MM/DD/YYYY

ລາຍເຊັນ

ຖ້າທ່ານເປັນຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ, ເຊັນຊື່ຂ້າງເທິງ ແລະ ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃນຊ່ອງຂ້າງລຸ່ມນີ້:

ຊື່

ທີ່ຢູ່

ເບີໂທລະສັບ

(____) _____ - _____

ຄວາມສໍາພັນກັບຜູ້ລົງທະບຽນ



ພາກທີ 2 – ຊ່ອງຂໍ້ມູນທັງໝົດໃນພາກນີ້ແມ່ນເປັນທາງເລືອກ

ການຕອບຄໍາຖາມເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນທາງເລືອກຂອງທ່ານ. ທ່ານຈະບໍ່ຖືກປະຕິເສດການຄຸ້ມຄອງ ເພາະທ່ານບໍ່ໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃນສ່ວນນັ້ນ.

ເລືອກອັນໜຶ່ງ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາສົ່ງຂໍ້ມູນໃຫ້ທ່ານໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້.

☐ ອັກສອນນູນ ☐ ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່ ☐ ແຜ່ນ CD ສຽງ ☐ ແຜ່ນ CD ຂໍ້ມູນ

ກະລຸນາຕິດຕໍ່ Wellcare ທີ່ 1-844-480-0680 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ສາມາດໂທຫາ 711) ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ ນອກເໜືອໄປຈາກສິ່ງທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ. ເວລາເຮັດວຽກຂອງພວກເຮົາແມ່ນລະຫວ່າງວັນທີ 1 ຕຸລາ ຫາ ວັນທີ 15 ທັນວາ, ມີຜູ້ຕາງໜ້າໃຫ້ບໍລິການໃນວັນອາທິດ-ວັນເສົາ, 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. ລະຫວ່າງວັນທີ 16 ທັນວາ ຫາ ວັນທີ 30 ກັນຍາ, ມີຜູ້ຕາງໜ້າໃຫ້ບໍລິການໃນ ວັນຈັນ-ວັນເສົາ, 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ.

1. ທ່ານເຮັດວຽກແມ່ນບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

2. ຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານເຮັດວຽກແມ່ນບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

3. ທ່ານເປັນຜູ້ຢູ່ອາໄສຂອງສະຖານທີ່ດູແລໄລຍະຍາວເຊັ່ນ ເຮືອນພັກຜູ້ສູງອາຍຸແມ່ນບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ “ແມ່ນ”, ກະລຸນາໃຫ້ຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້:

ຊື່ຂອງສະຖານທີ່:

ທີ່ຢູ່ຂອງສະຖານທີ່ (ເລກທີ ແລະ ຖະໜົນ):

ເມືອງ ລັດ ລະຫັດ ໄປສະນີ ເບີໂທລະສັບ
(____) ____ - ____

ລະບຸຊື່ແພດດູແລເບື້ອງຕົ້ນໃນເຄືອຂ່າຍ (PCP), ຄລີນິກ ຫຼື ສູນສຸຂະພາບທີ່ຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍ:

ທ່ານສາມາດຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຢູ່ wellcarefindaprovider.com

ຂໍ້ມູນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສໍາລັບແຜນການ HMO:

PCP NPI:

PPG ID:

ປະຈຸບັນຍັງເປັນຄົນເຈັບແມ່ນບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

☐ ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຢາກເລືອກ PCP, ຂ້າພະເຈົ້າຢາກໃຫ້ Wellcare ເລືອກ PCP ໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະປ່ຽນ PCP ຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ທຸກເວລາ ໂດຍການໂທຫາເບີບໍລິການສະມາຊິກຢູ່ໃນບັດປະຈຳຕົວສະມາຊິກ Wellcare ID ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ຖ້າບໍ່ໄດ້ເລືອກ PCP ໃນເຄືອຂ່າຍຢ່າງຖືກຕ້ອງ ຫຼື ບໍ່ໄດ້ໝາຍໃສ່ກ່ອງສໍາລັບການມອບໝາຍ PCP ໂດຍອັດຕະໂນມັດ, PCP ໃນເຄືອຂ່າຍຈະຖືກມອບໝາຍໃຫ້ຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ. ການມອບໝາຍ PCP ອາດຈະມີການປ່ຽນແປງໄດ້ທຸກເວລາ ໂດຍການໂທຫາເບີບໍລິການສະມາຊິກຢູ່ໃນບັດປະຈຳຕົວສະມາຊິກ (ID)



ຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພແຜນການຂອງທ່ານ

ທ່ານສາມາດຊຳລະຄ່າປະກັນໄພແຜນການປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານ (ລວມທັງ ຄ່າປັບໃໝການສະໝັກຊ້າທີ່ທ່ານມີໃນປະຈຸບັນ ຫຼື ອາດຈະຕິດໜີ້) ທາງໄປສະນີ, ການໂອນເງິນທາງອີເລັກໂທຣນິກ (EFT) ຫຼື ບັດເຄຣດິດໃນແຕ່ລະເດືອນ. **ນອກນັ້ນ ທ່ານຍັງສາມາດເລືອກທີ່ຈະຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພຂອງທ່ານໂດຍການເອົາມັນອັດຕະໂນມັດອອກຈາກປະກັນສັງຄົມ ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດຂອງຄະນະກຳມະການບຳນານທາງລັດໄຟ (RRB) ໃນແຕ່ລະເດືອນ.**

ຖ້າທ່ານຕ້ອງຈ່າຍຈຳນວນເງິນປັບຕົວປະຈຳເດືອນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບລາຍໄດ້ຂອງພາກ D (ພາກ D-IRMAA), ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍເງິນສ່ວນເພີ່ມນີ້ ນອກເໜືອຈາກຄ່າປະກັນໄພຂອງແຜນຂອງທ່ານ. ປົກກະຕິແລ້ວຈຳນວນເງິນຈະຖືກເອົາອອກຈາກຜົນປະໂຫຍດປະກັນສັງຄົມຂອງທ່ານ ຫຼື ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບໃບບິນຈາກ Medicare (ຫຼື RRB). ຢ່າຈ່າຍຄ່າ Wellcare ສຳລັບພາກ D-IRMAA.

ບັນດາບຸກຄົນທີ່ມີລາຍໄດ້ຈຳກັດອາດມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ ການຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມ (Extra Help) ເພື່ອຈ່າຍຄ່າຢາຕາມໃບສັງແພດຂອງພວກເຂົາ. ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານມີ ການຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມໃນປັດຈຸບັນ, ທ່ານອາດຈະຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ສະໝັກການຢັ້ງຢືນຄືນໃໝ່. ຄົນຈຳນວນຫຼາຍມີສິດໄດ້ຮັບເງິນຝາກປະຢັດເຫຼົ່ານີ້ ແລະ ບໍ່ຮູ້ເລີຍ. ຖ້າຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມກ່ຽວກັບການຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມນີ້, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫ້ອງການປະກັນສັງຄົມໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທຫາຫ້ອງການ ປະກັນສັງຄົມ ທີ່ 1-800-772-1213. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 1-800-325-0778. ທ່ານຍັງສາມາດສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມທາງອອນໄລນ໌ໄດ້ທີ່ <https://www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help>.

ຖ້າທ່ານບໍ່ເລືອກທາງເລືອກການຈ່າຍເງິນ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບໃບບິນໃນແຕ່ລະເດືອນ.

ກະລຸນາເລືອກທາງເລືອກການຈ່າຍເງິນຄ່າປະກັນໄພ:

- ☐ ຮັບໃບບິນ
- ☐ ການຫັກອອກອັດຕະໂນມັດຈາກການກວດກາຜົນປະໂຫຍດປະກັນສັງຄົມ ຫຼື ຄະນະກຳມະການບຳນານທາງລັດໄຟ (RRB) ປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານ. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດລາຍເດືອນຈາກ: ☐ ປະກັນສັງຄົມ ☐ RRB
- ການຫັກເງິນປະກັນສັງຄົມ/RRB ອາດຈະໃຊ້ເວລາສອງເດືອນ ຫຼື ຫຼາຍເດືອນ ເພື່ອເລີ່ມຕົ້ນຫຼັງຈາກປະກັນສັງຄົມ ຫຼື RRB ອະນຸມັດການຫັກອອກ. ໃນກໍລະນີສ່ວນຫຼາຍ, ຖ້າປະກັນສັງຄົມ ຫຼື RRB ຍອມຮັບຄຳຮ້ອງຂໍການຫັກເງິນອັດຕະໂນມັດຂອງທ່ານ, ການຫັກອອກຄັ້ງທຳອິດຈາກແຊັກຜົນປະໂຫຍດ ປະກັນສັງຄົມ ຫຼື RRB ຂອງທ່ານ ຈະລວມເອົາຄ່າປະກັນໄພທັງໝົດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍ ເນື່ອງຈາກການລົງທະບຽນຂອງທ່ານມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຈົນເຖິງຈຸດການຫັກຈ່າຍເລີ່ມຕົ້ນ. ຖ້າປະກັນສັງຄົມ ຫຼື RRB ບໍ່ອະນຸມັດຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານໃຫ້ຫັກເງິນຄ່າປະກັນໄພໂດຍອັດຕະໂນມັດ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງ ໃບແຈ້ງໜີ້ເປັນເຈ້ຍ ໃຫ້ທ່ານ ເພື່ອຊຳລະຄ່າປະກັນໄພລາຍເດືອນ.)

ສຳລັບບຸກຄົນທີ່ຊ່ວຍລົງທະບຽນໃນການເຮັດແບບຟອມນີ້ເທົ່ານັ້ນ

ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ພາກນີ້ຖ້າຫາກທ່ານເປັນບຸກຄົນ (ເຊັ່ນ ຕົວແທນ, ນາຍໜ້າ, ທີ່ປຶກສາ SHIP, ສະມາຊິກຄອບຄົວ ຫຼື ພາກສ່ວນທີສາມອື່ນໆ) ຊ່ວຍຜູ້ລົງທະບຽນຕື່ມແບບຟອມນີ້.

ຊື່: _____ ຄວາມສຳພັນກັບຜູ້ລົງທະບຽນ: _____

ລາຍເຊັນ: _____ ໝາຍເລກຜູ້ຜະລິດແຫ່ງຊາດ (ຕົວແທນ/ນາຍໜ້າເທົ່ານັ້ນ): _____



ຫ້ອງການໃຊ້ເຕົ້ານັ້ນ:

ໂດຍການລົງນາມ ແລະ ສົ່ງເອກະສານສະບັບນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢືນຢັນວ່າຂໍ້ມູນທີ່ໃຫ້ໄວ້ພາຍໃນນີ້ແມ່ນມີຄວາມຈິງ, ຄົບຖ້ວນ ແລະ ຖືກຕ້ອງຕາມຄວາມຮູ້ ແລະ ຄວາມເຊື່ອທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫຼື ການລະເວັ້ນອາດເປັນສາເຫດຂອງການປະຕິບັດລະບຽບວິໄນ, ຈົນເຖິງການຍົກເລີກການນັດໝາຍຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ຂໍ້ຕົກລົງຜູ້ຜະລິດ.

ຊື່ຂອງພະນັກງານ/ຕົວແທນ/ນາຍໜ້າ (ຖ້າມີການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການລົງທະບຽນ):

ເລກລະຫັດແຜນ (ID): ວັນທີເລີ່ມມີຜົນຂອງການຄຸ້ມຄອງ: ____ / ____ / ____ (MM/DD/YYYY)

ຕົວແທນຝ່າຍຂາຍຂອງ Wellcare/ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ

(ຕົວແທນຝ່າຍຂາຍ/ຕົວແທນລາຍບຸກຄົນ ຜູ້ທີ່ເປັນຄົນຕື່ມໃບສະໝັກ)

ປະເພດຕົວແທນ (ເລືອກໜຶ່ງຢ່າງ): ☐ ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ ☐ ພະນັກງານ Wellcare

ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ພາກຂ້າງລຸ່ມນີ້:

ຊື່ຕົວແທນຝ່າຍຂາຍ/ຕົວແທນ:

ໝາຍເລກ NPN ຂອງຕົວແທນຝ່າຍຂາຍ/ຕົວແທນ:

ສັງກັດອົງການ/FMO (ຖ້າມີ):

ຂໍ້ມູນນີ້ຕ້ອງກົງກັບບັນທຶກການອະນຸຍາດ Wellcare ທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸມັດຂອງທ່ານ.

ເບີໂທລະສັບຕົວແທນ: (____) ____ - ____

ອີເມວ:

ເບີໂທລະສັບຂອງອົງການ/FMO (ຖ້າມີ): (____) ____ - ____

ວັນທີທີ່ຕົວແທນຝ່າຍຂາຍ/ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໄດ້ຮັບໃບສະໝັກ: ____ / ____ / ____
(MM/DD/YYYY)

(ໃບສະໝັກຕ້ອງໄດ້ຮັບທີ່ Wellcare ພາຍໃນ 1 ວັນຕາມປະຕິທິນນັບຈາກວັນທີນີ້.)

ສະຖານທີ່ທີ່ໄດ້ຮັບໃບສະໝັກ: ☐ ການນັດໝາຍ ☐ ງານຂາຍ ☐ ເຂົ້າມາໂດຍບໍ່ໄດ້ນັດໝາຍ

☐ ອື່ນໆ (ລະບຸ):

ສໍາລັບການສົ່ງໃບສະໝັກຜ່ານນາຍໜ້າ: ຕົວແທນຝ່າຍຂາຍ/ຕົວແທນ ຕ້ອງສົ່ງ ແບບຟອມກຳນົດການນັດໝາຍ ແລະ ແບບຟອມລົງທະບຽນທາງແຟັກໄປທີ່ 1-844-222-3180.



ໃບຢັ້ງຢືນການມີສິດໄດ້ຮັບສໍາລັບໄລຍະເວລາລົງທະບຽນ

ໂດຍປົກກະຕິ, ທ່ານອາດຈະລົງທະບຽນໃນແຜນການ Medicare Advantage ພຽງແຕ່ໃນໄລຍະການລົງທະບຽນປະຈຳປີຈາກເດືອນ ຕຸລາ 15 ຫາ 7 ເດືອນທັນວາຂອງແຕ່ລະປີ. ມີຂໍ້ຍົກເວັ້ນທີ່ອາດຈະອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານລົງທະບຽນໃນແຜນການ Medicare Advantage ຢູ່ນອກໄລຍະເວລານີ້. ຖ້ານີ້ແມ່ນຄັ້ງທໍາອິດທີ່ທ່ານໃຊ້ຜົນປະໂຫຍດ Medicare ແລະ ເວລາຜ່ານໄປເກີນ 90 ມື້ ນັບຈາກວັນທີ່ທ່ານ ອາຍຸຄົບ 65 ປີ, ໃຫ້ເລືອກ “ຂ້າພະເຈົ້າເປັນຜູ້ໃໝ່ໃນ Medicare.” SEP ບໍ່ສາມາດນໍາໃຊ້ໄດ້, ດັ່ງນັ້ນ ກະລຸນາເລືອກ SEP ທີ່ເໝາະສົມ ດ້ານລຸ່ມນີ້.

ກະລຸນາອ່ານຄໍາຖະແຫຼງການຕໍ່ໄປນີ້ຢ່າງລະມັດລະວັງ ແລະ ໝາຍໃສ່ກ່ອງ ຖ້າຫາກວ່າຄໍາຖະແຫຼງທີ່ໃຊ້ໄດ້ກັບທ່ານ. ໂດຍການກວດເບິ່ງກ່ອງ ຕໍ່ໄປນີ້, ທ່ານກໍາລັງຢັ້ງຢືນວ່າ, ຕາມຄວາມຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງທ່ານ, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບໄລຍະເວລາການລົງທະບຽນ. ຖ້າພວກເຮົາກວດສອບ ພາຍຫຼັງພົບວ່າ ຂໍ້ມູນນີ້ບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ທ່ານອາດຈະຖືກຍົກເລີກການລົງທະບຽນ.

ກະລຸນາອ່ານຂໍ້ຄວາມທັງໝົດຂ້າງລຸ່ມນີ້ກ່ອນຕັດສິນໃຈເລືອກ. ກະລຸນາລະບຸວັນທີໃນຮູບແບບ ເດືອນ/ວັນ/ປີ.

☐ ຂ້າພະເຈົ້າເປັນຜູ້ໃໝ່ໃນ Medicare.

*ກະລຸນາເລືອກຂໍ້ສະເພາະຖ້າທ່ານເປັນ 1. ຫາກໍ່ໄດ້ຮັບສິດ; 2. ທ່ານຢູ່ພາຍໃນ 90 ວັນຫຼັງຈາກມີອາຍຸຄົບ 65 ຫຼື ເມື່ອບໍ່ດົນມາ ນີ້ທ່ານມີອາຍຸຄົບ 65 ພາຍໃນ 90 ມື້ທີ່ຜ່ານມາ; 3. ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໃໝ່; ຫຼື 4. ຫາກໍ່ມີສິດແຕ່ກ່ອນໜ້ານີ້ພຽງແຕ່ໄດ້ຮັບ Medicare ຜ່ານຄວາມພິການ.

*ຖ້າການຄຸ້ມຄອງຈາກນາຍຈ້າງຂອງທ່ານໄດ້ສິ້ນສຸດລົງເມື່ອໄວໆມານີ້ ແລະ ນີ້ແມ່ນຄັ້ງທໍາອິດຂອງທ່ານທີ່ໃຊ້ Medicare, ກະລຸນາເລືອກ “ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອອກຈາກການຄຸ້ມຄອງຈາກນາຍຈ້າງ ຫຼື ສະຫະພັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ” ເບິ່ງ SEP ຂ້າງລຸ່ມນີ້.

☐ ໄລຍະເວລາການລົງທະບຽນລາຍປີ (AEP) ວັນທີ 15 ຕຸລາ ຫາ ວັນທີ 7 ທັນວາ ທຸກໆປີ.

☐ ຂ້າພະເຈົ້າມີ ພາກ A (ປະກັນໄພໂຮງໝໍ) ຢູ່ແລ້ວ ແລະ ບໍ່ດົນມານີ້ໄດ້ລົງທະບຽນສໍາລັບ ພາກ B (ປະກັນໄພດ້ານການແພດ) ເປັນຄັ້ງ ທໍາອິດ. ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການເຂົ້າຮ່ວມແຜນ Medicare.

☐ ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບການແຈ້ງເຕືອນກ່ຽວກັບການໄດ້ຮັບ Medicare ຫຼັງຈາກການຄຸ້ມຄອງ ພາກ A ແລະ/ຫຼື ພາກ B ຂອງຂ້າພະເຈົ້າເລີ່ມຕົ້ນ. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບການແຈ້ງເຕືອນເມື່ອ (ໃສ່ວັນທີ). _____ / _____ / _____

☐ ຂ້າພະເຈົ້າມີ Medicare ກ່ອນນີ້, ແຕ່ຕອນນີ້ຂ້າພະເຈົ້າມີອາຍຸຄົບ 65 ປີແລ້ວ.

☐ ຂ້າພະເຈົ້າລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນການ Medicare Advantage ແລະ ຕ້ອງການເຮັດການປ່ຽນແປງໃນລະຫວ່າງໄລຍະເວລາເປີດ ການລົງທະບຽນ (MA OEP) ຂອງ Medicare Advantage.

☐ ຂ້າພະເຈົ້າຍ້າຍໄປທີ່ຢູ່ໃໝ່ເຊິ່ງຢູ່ນອກພື້ນທີ່ໃຫ້ບໍລິການຂອງແຜນການປັດຈຸບັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຍ້າຍອອກເມື່ອບໍ່ດົນ ມານີ້ ແລະ ແຜນການນີ້ເປັນທາງເລືອກໃໝ່ສໍາລັບຂ້າພະເຈົ້າ.

ຂ້າພະເຈົ້າຍ້າຍໄປ (ໃສ່ວັນທີ). _____ / _____ / _____

☐ ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຍ້າຍໄປສະຫະລັດຫຼັງຈາກອາໄສຢູ່ນອກປະເທດເມື່ອ (ໃສ່ວັນທີ). _____ / _____ / _____

☐ ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຖືກປ່ອຍອອກຈາກຄຸກ. ຂ້າພະເຈົ້າຖືກປ່ອຍເມື່ອ (ໃສ່ວັນທີ). _____ / _____ / _____

☐ ເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບສະຖານະພາບການຢູ່ອາໄສຢ່າງຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍໃນສະຫະລັດ. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບສະຖານະພາບນີ້ເມື່ອ (ໃສ່ວັນທີ). _____ / _____ / _____

☐ ຂ້າພະເຈົ້າອາໄສຢູ່ໃນສະຖານພະຍາບານໄລຍະຍາວ ເຊັ່ນ ເຮືອນພັກຜູ້ສູງອາຍຸ ຫຼື ໂຮງໝໍຟື້ນຟູ.

*ໝາຍເຫດ: ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສະຖານທີ່ດູແລໄລຍະຍາວຕ້ອງໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃນແບບຟອມ.



- ☐ ເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຍ້າຍອອກຈາກສະຖານທີ່ດູແລໄລຍະຍາວ ເຊັ່ນ ເຮືອນພັກຜູ້ສູງອາຍຸ ຫຼື ໂຮງໝໍຟື້ນຟູ.
*ໝາຍເຫດ: ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສະຖານທີ່ດູແລໄລຍະຍາວຕ້ອງໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃນແບບຟອມ.
ຂ້າພະເຈົ້າຍ້າຍອອກຈາກສະຖານທີ່ເມື່ອ (ໃສ່ວັນທີ). _____ / _____ / _____
- ☐ ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ສິ້ນສຸດການຄຸ້ມຄອງຈາກນາຍຈ້າງ ຫຼື ສະຫະພັນ (ລວມທັງ ການຄຸ້ມຄອງ COBRA) ເມື່ອ (ໃສ່ວັນທີ) _____ / _____ / _____
- ☐ ຂ້າພະເຈົ້າສູນເສຍການຄຸ້ມຄອງອື່ນໆ, ບໍ່ແມ່ນ Medicare ເຊິ່ງດີເທົ່າກັບການຄຸ້ມຄອງຢາຂອງ Medicare (ການຄຸ້ມຄອງທີ່ເຊື່ອຖືໄດ້) ຫຼື ອີກອັນໜຶ່ງຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ການຄຸ້ມຄອງທີ່ບໍ່ແມ່ນ Medicare ມີການປ່ຽນແປງ ແລະ ບໍ່ໄດ້ຖືວ່າເປັນທີ່ເຊື່ອຖືໄດ້.
ຂ້າພະເຈົ້າສູນເສຍການຄຸ້ມຄອງຂອງຂ້າພະເຈົ້າ (ໃສ່ວັນທີ). _____ / _____ / _____
- ☐ ແຜນການທີ່ຂ້າພະເຈົ້າມີຢູ່ໃນປັດຈຸບັນ ຈະບໍ່ຕໍ່ອາຍຸສຳລັບປີສັນຍາສະບັບໃໝ່
*ໝາຍເຫດ: SEP ມີສາມາດນຳໃຊ້ໄດ້ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ 8 ທັນວາ ຫາ ວັນສຸດທ້າຍຂອງເດືອນກຸມພາ ເທົ່ານັ້ນ.
- ☐ ຂ້າພະເຈົ້າສູນເສຍການຄຸ້ມຄອງເພາະວ່າ Medicare ສິ້ນສຸດສັນຍາກັບແຜນການຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບຈົດໝາຍຈາກ Medicare ທີ່ບອກວ່າຂ້າພະເຈົ້າສາມາດເຂົ້າຮ່ວມແຜນການອື່ນໄດ້.
ການຄຸ້ມຄອງຂອງຂ້າພະເຈົ້າສິ້ນສຸດລົງເມື່ອ (ໃສ່ວັນທີ) _____ / _____ / _____
- ☐ ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຍົກເລີກການຄຸ້ມຄອງຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນແຜນ PACE (ໂຄງການດູແລຄົບວົງຈອນສຳລັບຜູ້ສູງອາຍຸ). ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອອກຈາກໂຄງການເມື່ອ (ໃສ່ວັນທີ). _____ / _____ / _____
- ☐ ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ສູນເສຍແຜນຄວາມຕ້ອງການພິເສດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ເນື່ອງຈາກຂ້າພະເຈົ້າ ບໍ່ມີສະຖານະຄວາມຕ້ອງການພິເສດທີ່ແຜນນີ້ກຳນົດໄວ້ອີກຕໍ່ໄປ. ຂ້າພະເຈົ້າຈະຖືກ ຫຼື ໄດ້ຖືກຍົກເລີກການລົງທະບຽນຈາກ SNP ເມື່ອ (ໃສ່ວັນທີ). _____ / _____ / _____
- ☐ ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການເຂົ້າຮ່ວມ ແຜນຄວາມຕ້ອງການພິເສດທີ່ຈັດສິດປະໂຫຍດຕ່າງໆໃຫ້ເໝາະສົມກັບພະຍາດຊຳເຮື້ອຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
- ☐ ພົບວ່າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບໃຊ້ແຜນການ CSNP ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ຕ້ອງການລົງທະບຽນເຂົ້າຮ່ວມແຜນການອື່ນ. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບການແຈ້ງເຕືອນເມື່ອ (ໃສ່ວັນທີ). _____ / _____ / _____
- ☐ ເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້ຂ້າພະເຈົ້າມີການປ່ຽນແປງໃນ Medicaid ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ (ໄດ້ຮັບ Medicaid ໃໝ່, ມີການປ່ຽນແປງລະດັບ Medicaid ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ສູນເສຍ Medicaid) ເມື່ອ (ໃສ່ວັນທີ). _____ / _____ / _____
- ☐ ເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້ຂ້າພະເຈົ້າມີການປ່ຽນແປງໃນການຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນ ການຈ່າຍຄ່າຢາຂອງຂ້າພະເຈົ້າ (ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມໃໝ່, ມີການປ່ຽນແປງລະດັບ ການຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ສູນເສຍການຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມ) ເມື່ອ (ໃສ່ວັນທີ). _____ / _____ / _____
- ☐ ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນການໂດຍ Medicare (ຫຼື ລັດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ) ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າ ຕ້ອງການເລືອກແຜນການອື່ນ. ການລົງທະບຽນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນແຜນການນັ້ນເລີ່ມຕົ້ນໃນ (ໃສ່ວັນທີ). _____ / _____ / _____
- ☐ ຂ້າພະເຈົ້າຢູ່ໃນໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການຢາຂອງລັດ. ລັດຕໍ່ໄປນີ້ມີ SPAP ທີ່ມີຄຸນວຸດທິ: Delaware, Indiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Jersey, New Mexico, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Texas, Vermont, Wisconsin.
- ☐ ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງສູນເສຍການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານຢາຂອງລັດ.
ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ສູນເສຍ ການຊ່ວຍເຫຼືອເມື່ອ (ໃສ່ວັນທີ). _____ / _____ / _____



- ☐ ຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ບຸກຄົນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າເພິ່ງພາໃນການຕັດສິນໃຈດ້ານການດູແລສຸຂະພາບ, ໄດ້ຮັບຜົນກະທົບຈາກເຫດສຸກເສີນ ຫຼື ໄພພິບັດໃຫຍ່ (ຕາມການປະກາດໂດຍອົງການຄຸ້ມຄອງສຸກເສີນຂອງລັດຖະບານກາງ ຫຼື ໂດຍລັດຖະບານກາງ, ລັດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ລັດຖະບານທີ່ອຸ່ງຖິ່ນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ). ໜຶ່ງໃນຄຳຖະແຫຼງອື່ນໆໃນໜ້ານີ້ໃຊ້ກັບຂ້າພະເຈົ້າ, ແຕ່ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ສາມາດເຮັດຄຳຮ້ອງຂໍຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ເນື່ອງຈາກໄພພິບັດ.

ຂ້າພະເຈົ້າພາດໄລຍະເວລາລົງທະບຽນສຳລັບ: _____

- ☐ ຂ້າພະເຈົ້າລົງທະບຽນໃນແຜນ Medicare 5 ດາວ.
- ☐ ຂ້າພະເຈົ້າຢູ່ໃນແຜນການທີ່ມີຄະແນນດາວໜ້ອຍກວ່າ 3 ດາວໃນ 3 ປີຜ່ານມາ. ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການເຂົ້າຮ່ວມແຜນການທີ່ມີຄະແນນດາວ 3 ດາວ ຫຼື ສູງກວ່າ.
- ☐ ຂ້າພະເຈົ້າຢູ່ໃນແຜນການທີ່ລັດໄດ້ຄວບຄຸມ ເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້ ເນື່ອງຈາກບັນຫາທາງດ້ານການເງິນ (ການຮັບເງິນ). ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການປ່ຽນໄປໃຊ້ແຜນການອື່ນ.
- ☐ ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮ້ອງຂໍເອກະສານໃນຮູບແບບທີ່ເຂົ້າເຖິງໄດ້ ແລະ ບໍ່ໄດ້ຮັບມັນທັນເວລາ. ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການລົງທະບຽນຕອນນີ້ ເຊິ່ງຂ້າພະເຈົ້າມີເວລາໃນການຕັດສິນໃຈເຮັດການລົງທະບຽນ.
ຮູບແບບທີ່ເຂົ້າເຖິງໄດ້ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮ້ອງຂໍຜ່ານມາແມ່ນ: _____
ຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ປະກອບມີ ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດກັບ ອັກສອນນູນ, ແຜ່ນ CD ຂໍ້ມູນ, ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່
- ☐ ຂ້າພະເຈົ້າຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພສຳລັບ ພາກ A ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ລົງທະບຽນສຳລັບ ພາກ B ໃນລະຫວ່າງໄລຍະເວລາການລົງທະບຽນທົ່ວໄປ (ວັນທີ 1 ມັງກອນ - 31 ມີນາ ທຸກໆປີ). ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການເຂົ້າຮ່ວມແຜນຢາ Medicare (ພາກ D) ຫຼື ແຜນ Medicare Advantage ທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງຢາ.
* ຖ້າທ່ານຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພສຳລັບ ພາກ A ແລະ ລົງທະບຽນສຳລັບພາກ B ໃນໄລຍະເວລາລົງທະບຽນທົ່ວໄປ, ທ່ານຈະມີເວລາ 2 ເດືອນຫຼັງຈາກລົງທະບຽນສຳລັບພາກ B ເພື່ອເຂົ້າຮ່ວມແຜນ.
ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ລົງທະບຽນເມື່ອ (ໃສ່ວັນທີ). _____ / _____ / _____
- ☐ ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ລົງທະບຽນສຳລັບພາກ A (ປະກັນໄພໂຮງໝໍ) ຫຼື ພາກ B (ປະກັນໄພດ້ານການແພດ) ໃນຊ່ວງ ໄລຍະລົງທະບຽນພິເສດ (SEP) ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າມີສິດ ເນື່ອງຈາກມີສະຖານະການພິເສດ. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ລົງທະບຽນເມື່ອ (ໃສ່ວັນທີ). _____ / _____ / _____
- ☐ ຂ້າພະເຈົ້າມີ Medicare ແລະ ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈາກ Medicaid ຢ່າງເຕັມຮູບແບບ. ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການລົງທະບຽນເຂົ້າໃນແຜນຄວາມຕ້ອງການພິເສດທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບສອງຢ່າງແບບປະສົມປະສານເຕັມຮູບແບບ (FIDE SNP), ແຜນຄວາມຕ້ອງການພິເສດທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບສອງຢ່າງແບບປະສົມປະສານສູງ (HIDE SNP) ຫຼື ແຜນປະສົມປະສານທີ່ນຳໃຊ້ໄດ້ (AIP).
- ☐ ຂ້າພະເຈົ້າມີການຄຸ້ມຄອງຢາຂອງ Medicare (ພາກ D) ຜ່ານແຜນການ Medicare Advantage. ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການເຂົ້າຮ່ວມແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງ Medicare ທີ່ບໍ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຢາ, ດັ່ງນັ້ນ ຂ້າພະເຈົ້າຈຶ່ງສາມາດປ່ຽນໄປໃຊ້ການຄຸ້ມຄອງຢາທີ່ບໍ່ແມ່ນ Medicare. *ໝາຍເຫດ: MA ເທົ່ານັ້ນ

ຖ້າບໍ່ມີຂໍ້ຄວາມເຫຼົ່ານີ້ນຳໃຊ້ກັບທ່ານ ຫຼື ທ່ານບໍ່ແນ່ໃຈ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ Wellcare ທີ່ 1-844-480-0680 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 711) ເພື່ອເບິ່ງວ່າທ່ານມີສິດລົງທະບຽນ ຫຼື ບໍ່. ພວກເຮົາເປີດບໍລິການນະລະຫວ່າງ ວັນທີ 1 ຕຸລາ ຫາ ວັນທີ 15 ທັນວາ, ມີຜູ້ຕາງໜ້າໃຫ້ບໍລິການໃນວັນອາທິດ-ວັນເສົາ, 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. ລະຫວ່າງວັນທີ 16 ທັນວາ ຫາ ວັນທີ 30 ກັນຍາ, ມີຜູ້ຕາງໜ້າໃຫ້ບໍລິການໃນ ວັນຈັນ-ວັນເສົາ, 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ.

ທ່ານຈະສືບຕໍ່ຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພ Medicare Part B ຂອງທ່ານ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ສຳລັບຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດສອງຢ່າງເຕັມຮູບແບບ, ລັດຈະຄຸ້ມຄອງຄ່າປະກັນໄພ ພາກ B ຂອງທ່ານຕາມໃດທີ່ທ່ານຍັງຄົງມີສິດໄດ້ຮັບ Medicaid ຂອງທ່ານ.



