Форма індивідуальної заявки на реєстрацію в плані Medicare Advantage (частинаC) на 2027 рік

OMB No. 0938-1378
Expires: 02/28/2029

wellcare With mhs health wisconsin

✓ Перевірити статус своєї заявки можна тут: **wellcare.com/applicationtracker.**

Хто може скористатися цією формою?
Учасники програми Medicare, які бажають зареєструватися в плані Medicare Advantage.

Для реєстрації в плані потрібно:
• бути громадянином США або перебувати на території США на законних підставах;
• проживати в зоні обслуговування плану.
Важливо! Для реєстрації в плані Medicare Advantage потрібно також мати покриття:
• Medicare Part A (страхове покриття обслуговування в лікарні);
• Medicare Part B (страхове покриття медичного обслуговування).

Коли слід подавати цю форму?
Ви можете зареєструватись у плані:
• з 15 жовтня до 7 грудня кожного року (щоб покриття почало діяти 1 січня);
• протягом 3 місяців із дати отримання права на участь у програмі Medicare;
• за певних обставин, коли дозволено зареєструватись у плані або змінити його.
Докладнішу інформацію про періоди реєстрації в страхових планах наведено на сайті **Medicare.gov**.

Які відомості потрібні для заповнення цієї форми?

• Ваш номер Medicare (зазначений на вашій червоно-біло-синій картці Medicare)
• Ваша постійна адреса та номер телефону
Примітка. Усі поля в розділі 1 обов'язкові до заповнення. Поля в розділі 2 заповнювати не обов'язково. Їх незаповнення не може бути підставою для відмови в наданні покриття.

Для осіб без постійного місця проживання
• Якщо ви бажаєте зареєструватись у плані, але не маєте постійного місця проживання, як адресу постійного проживання можна зазначити адресу абонентської скриньки, притулку чи клініки або адресу, за якою ви отримуєте кореспонденцію (як-от чеки на виплати за програмою соціального забезпечення).

Розгляньте можливість зареєструватись онлайн на сайті **go.wellcare.com/WI**. Це швидкий, безпечний і зручний спосіб подати заявку.

Нагадуємо!
• Якщо ви бажаєте зареєструватися в плані під час осіннього періоду відкритої реєстрації (з 15 жовтня до 7 грудня), план має отримати заповнену форму не пізніше 7 грудня.
• План надішле вам рахунок для сплати страхового внеску. За бажання можна оформити автоматичне списання страхових внесків із банківського рахунку або відрахування зі щомісячної виплати від Управління соціального забезпечення (або Ради з питань пенсійного забезпечення працівників залізниці).

Що відбудеться далі?
Надішліть заповнену та підписану форму за адресою:

Wellcare With MHS Health Wisconsin
PO Box 10420
Van Nuys, CA
91410-0420

Після опрацювання вашої заявки на реєстрацію з вами зв'яжуться.

Потрібна допомога із заповненням цієї форми?
Зателефонуйте у Wellcare With MHS Health Wisconsin за номером 1-844-480-0680. Користувачі лінії TTY можуть телефонувати за номером 711. Ви також можете зателефонувати в програму Medicare за номером 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Лінія працює цілодобово та без вихідних. Користувачі лінії TTY можуть телефонувати за номером 1-877-486-2048.

©Wellcare 2026

ВАЖЛИВО!
Не надсилайте цю форму або будь-які матеріали з вашими персональними даними (як-от страхові вимоги, відомості про платежі чи медичні документи) у відділ погодження звітності відповідно до Закону про скорочення обсягу паперової документації (PRA). Усі отримані матеріали, які не стосуються вдосконалення цієї форми або навантаження, пов'язаного зі збиранням інформації за нею (див. документ Адміністративно-бюджетного управління (OMB) 0938-1378), буде знищено. Їх не зберігатимуть, не розглядатимуть і не пересилатимуть плану. Відомості про те, куди надсилати заповнену форму, див. в розділі «Що відбудеться далі?» на лицьовому боці цього аркуша.

Відповідно до Закону про скорочення обсягу паперової документації від 1995 року, ніхто не зобов'язаний відповідати на запит для збирання інформації, якщо в ньому не вказано чинний контрольний номер OMB. Чинний контрольний номер OMB, присвоєний цьому збиранню даних: 0938-1378. Час, потрібний для надання інформації в рамках цього збирання даних, у середньому становить 20 хвилин на запит (включно із часом на перегляд інструкцій, пошук наявних джерел даних, збирання потрібних даних, а також заповнення бланка та перевірку наданої інформації). Якщо у вас є зауваження щодо точності оцінки часу або пропозиції щодо вдосконалення цієї форми, напишіть на адресу: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

ПОВІДОМЛЕННЯ ВІДПОВІДНО ДО ЗАКОНУ ПРО НЕДОТОРКАННІСТЬ ПРИВАТНОГО ЖИТТЯ
Центри послуг за програмами Medicare та Medicaid (CMS) збирають інформацію від планів Medicare, щоб відстежувати реєстрацію отримувачів страхового покриття в планах Medicare Advantage (MA), покращувати якість медичного обслуговування та здійснювати виплати за програмою Medicare. Збирання цієї інформації передбачено розділами 1851 і 1860D-1 Закону про соціальне забезпечення, а також § 422.50 і § 422.60 розділу 42 Кодексу федеральних нормативних актів (CFR). Центри CMS можуть використовувати, розкривати реєстраційні дані учасників Medicare й обмінюватися ними, як зазначено в повідомленні про систему записів (SORN) «Medicare Advantage і лікарські засоби за рецептом (MARx)», № у системі: 09-70-0588. Заповнення цієї форми є добровільним. Однак відмова від її заповнення може вплинути на реєстрацію в плані.

Розділ 1. Усі поля на цій сторінці обов’язкові до заповнення (якщо не позначені як необов’язкові).

Виберіть план, у якому бажаєте зареєструватися.

Wellcare MHS Health Wisconsin Dual Liberty Sync (HMO-POS D-SNP)[1] — передбачає покриття ліків за рецептом

☐ **H8189-001-000** $0 на місяць

Wellcare MHS Health Wisconsin Dual Select (HMO-POS D-SNP)[1] — передбачає покриття ліків за рецептом

☐ **H8189-007-000** $0 на місяць

[1]Для реєстрації в цьому плані потрібно відповідати встановленим критеріям.

©Wellcare 2026

Розділ 1. Усі поля цього розділу обов'язкові до заповнення (якщо не позначені як необов'язкові)

Ім'я | Прізвище | (необов'язково) Ініціал другого імені (за наявності)

Дата народження: ___ / ___ / _____ (M M / D D / Y Y Y Y)

Стать ☐ Чоловіча ☐ Жіноча

Номер телефону (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __

Тип номера ☐ Домашній ☐ Мобільний

Додатковий номер телефону (необов'язково) (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __

Тип номера ☐ Домашній ☐ Мобільний

Адреса електронної пошти (необов'язково)

(Необов'язково) Чи зручно вам самостійно користуватись інтернетом, електронною поштою або текстовими повідомленнями? ☐ Так ☐ Ні

(Необов'язково) Бажаний спосіб зв'язку: ☐ Телефонні дзвінки ☐ Текстові повідомлення ☐ Електронні листи

** Зверніть увагу: окремі повідомлення можуть надходити іншим способом, ніж обраний вами.*

Ми прагнемо, щоб участь у плані була для вас зручною, а його умови — зрозумілими. Укажіть номер або номери телефону й адресу електронної пошти, щоб ми могли повідомляти вас про стан розгляду заявки. Як учасник плану, ви отримуватимете від нас корисну інформацію про те, чого очікувати від участі в плані, як дбати про здоров'я, користуватися додатковими перевагами, знайти лікаря та користуватися порталом для учасників, а також інші важливі відомості. Якщо ви не бажаєте отримувати таку інформацію, можна відмовитися від деяких текстових повідомлень та електронних листів.

Ми хочемо, щоб ви були задоволені своїм планом Wellcare. Якщо згодом ваші потреби зміняться й інші наші плани краще відповідатимуть вашим потребам, ми повідомимо вас про це. Ми інформуватимемо лише про наші плани.

(Не вказуйте адресу абонентської скриньки. Примітка: особам без постійного місця проживання можна вказати абонентську скриньку як адресу постійного проживання.) ☐ Не маю постійного місця проживання

Адреса постійного місця проживання: вулиця, номер будинку

Місто | Округ (необов'язково) | Штат | Поштовий індекс

Поштова адреса. Якщо ви бажаєте, щоб кореспонденцію надсилали за іншою адресою або уповноваженому представникові, укажіть відповідні дані нижче. (Можна вказати адресу абонентської скриньки.)

Адреса: вулиця, номер будинку

Місто | Штат | Поштовий індекс

©Wellcare 2026

Відомості щодо вашої участі в програмі Medicare

Номер Medicare:

__ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Право на покриття:

Обслуговування в лікарні (частина A) ____ / ____ / _____

Медичне обслуговування (частина B) ____ / ____ / _____

Дата початку дії (MM/DD/YYYY):

Надайте відповіді на важливі запитання нижче.

1. Чи матимете ви, крім Wellcare, інше покриття ліків за рецептом (як-от від Управління в справах ветеранів (VA) або за програмою TRICARE)?

   ☐ Так ☐ Ні

Назва іншого страхового покриття

Номер учасника цього страхового покриття

Номер групи цього страхового покриття

2. Якщо ви бажаєте зареєструватись у плані для осіб з особливими потребами, які мають право на участь у двох програмах (D-SNP), укажіть:
   Номер у програмі Medicaid штату: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

   Для планів D-SNP обов'язково вкажіть номер Medicaid. Відсутність номера Medicaid може призвести до затримки розгляду заявки або її відхилення.

ВАЖЛИВО! Ознайомтеся з наведеними нижче положеннями та поставте підпис.

- Щоб залишатись учасником плану Wellcare, мені необхідно зберігати страхове покриття за частиною A (обслуговування в лікарні) і за частиною B (медичне обслуговування).
- Реєструючись у цьому плані Medicare Advantage, я погоджуюся з тим, що Wellcare передаватиме мої дані програмі Medicare, яка може використовувати їх для обліку моєї реєстрації, здійснення виплат та інших цілей, передбачених федеральним законодавством, яке дозволяє збирати таку інформацію (див. нижче Повідомлення відповідно до Закону про недоторканність приватного життя). Заповнення цієї форми є добровільним. Однак відмова від її заповнення може вплинути на реєстрацію в плані.
- Я розумію, що можу бути учасником лише одного плану MA або плану з покриттям за частиною D в кожен конкретний момент. Реєстрація в цьому плані автоматично припинить мою участь в іншому плані MA або плані за частиною D. Винятки передбачено для приватних планів Medicare Advantage з оплатою за надані послуги (MA PFFS) і планів Medicare Advantage з ощадним рахунком для оплати медичних послуг (MA MSA).
- Я розумію, що після початку дії покриття Wellcare всі медичні послуги й ліки за рецептом, які покриває план, потрібно отримувати через Wellcare. Покриття поширюється на товари й послуги, які надає Wellcare і які зазначено в моєму документі Wellcare «Довідник учасника плану» (також відомому як договір учасника плану або угода із застрахованою особою). Програма Medicare та план Wellcare не оплачуватимуть товари й послуги, на які не поширюється покриття.

©Wellcare 2026

- Наскільки мені відомо, усі відомості, зазначені в цій формі реєстрації, є достовірними. Я розумію, що в разі навмисного надання в цій формі неправдивих відомостей мою реєстрацію в плані буде скасовано.
- Я розумію, що мій підпис (або підпис особи, яка за законом уповноважена діяти від мого імені) у цій заявці підтверджує, що мною прочитано зміст цієї заявки і я розумію його. Якщо заявку підписує уповноважений представник (як зазначено вище), підпис засвідчує, що:

  1) ця особа уповноважена відповідно до законодавства штату оформити реєстрацію від мого імені;
  2) на запит Medicare може бути надано документи, що підтверджують ці повноваження.

Підписуючи цей документ, я підтверджую, що, наскільки мені відомо, усі надані мною відомості є правдивими, повними й точними. Я розумію, що, якщо буде встановлено недостовірність наданих мною відомостей, мою реєстрацію в плані можуть скасувати.

Дата підписання

_____ ____ / ____ / _____

Підпис M M / D D / Y Y Y Y

Якщо ви є вповноваженим представником, поставте підпис вище й заповніть поля нижче.

Ім’я та прізвище

Адреса

Номер телефону

(__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __

Ким ви є для заявника

Розділ 2. Усі поля цього розділу є необов'язковими для заповнення.

Ви самі вирішуєте, чи відповідати на ці запитання. Якщо ви залишите поля цього розділу незаповненими, вам не можуть відмовити в страховому покритті.

Якщо ви бажаєте, щоб ми надсилали вам інформацію не англійською, виберіть одну мову.

☐ Іспанська ☐ Арабська ☐ Бірманська ☐ Китайська ☐ Хмонгська ☐ Лаоська ☐ Російська
☐ Сомалійська ☐ Українська ☐ В'єтнамська

Якщо ви хочете отримувати інформацію в доступному форматі, виберіть один із наведених варіантів.

☐ Шрифт Брайля ☐ Великий шрифт ☐ CD-диск із звукозаписом ☐ CD-диск із даними

Якщо вам потрібна інформація в іншому доступному форматі, якого немає в переліку вище, зателефонуйте в план Wellcare за номером 1-844-480-0680 (користувачі лінії TTY можуть телефонувати за номером 711).

Години роботи нашого офісу: з неділі до суботи, з 8:00 до 20:00 (в усіх часових поясах).

---

1. Чи працюєте ви? ☐ Так ☐ Ні

2. Чи працює ваш чоловік або ваша дружина? ☐ Так ☐ Ні

3. Чи проживаєте ви в закладі довгострокового догляду, наприклад у центрі сестринського догляду?
   ☐ Так ☐ Ні

   Якщо відповідь «Так», зазначте наведену нижче інформацію.

Назва закладу:

Адреса закладу (номер будівлі та назва вулиці):

Місто | Штат | Поштовий індекс | Номер телефону

(__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __

Укажіть свого лікаря первинного медичного обслуговування (PCP), клініку або медичний центр із мережі плану.

Знайти постачальника послуг можна на сайті wellcarefindaprovider.com.

Відомості про постачальника медичних послуг для планів організації медичного забезпечення (HMO):

Національний ідентифікатор постачальника послуг (NPI) PCP:

Ідентифікатор (ID) медичної групи (PPG):

Чи є ви зараз пацієнтом цього постачальника послуг? ☐ Так ☐ Ні

☐ Я не хочу самостійно обирати PCP й прошу Wellcare призначити мені PCP. Я розумію, що можу будь-коли змінити свого PCP, зателефонувавши у відділ обслуговування учасників за номером, зазначеним на моїй ID-картці учасника плану Wellcare.

Якщо ви не оберете PCP, який співпрацює з планом, або не позначите поле для автоматичного призначення PCP, вам призначать PCP, який співпрацює з планом. Призначеного PCP можна змінити будь-коли, зателефонувавши у відділ обслуговування учасників за номером, зазначеним на ID-картці учасника.

©Wellcare 2026

Сплата страхових внесків за планом

Щомісячний страховий внесок за план (а також штраф за несвоєчасну реєстрацію, який ви вже сплачуєте або можете бути зобов'язані платити) можна сплачувати поштою, електронним переказом коштів (EFT) або кредитною карткою. **За бажанням можна оформити автоматичне щомісячне утримання страхового внеску з виплати від Управління соціального забезпечення або Ради з питань пенсійного забезпечення працівників залізниці (RRB).**

Якщо ви маєте сплачувати щомісячну суму корекції внеску за частиною D залежно від доходу (IRMAA за частиною D), цю суму потрібно сплачувати додатково до страхового внеску в межах плану. Зазвичай цю суму утримують із виплати від Управління соціального забезпечення. Ви також можете отримувати рахунок від Medicare (або RRB). НЕ сплачуйте Wellcare суму IRMAA за частиною D.

Особи з низьким рівнем доходу можуть мати право на участь у програмі «Додаткова допомога» (Extra Help), яка допомагає покривати витрати на ліки за рецептом. Навіть якщо ви вже отримуєте допомогу за програмою «Додаткова допомога», для повторного підтвердження права на участь у цій програмі може знадобитися подати заявку ще раз. Багато людей мають право на таку допомогу, але не знають про це. Щоб дізнатися більше про програму «Додаткова допомога», зверніться до місцевого відділення Управління соціального забезпечення. Зателефонувати в Управління соціального забезпечення можна за номером 1-800-772-1213. Користувачі лінії TTY мають телефонувати на номер 1-800-325-0778. Подати заявку на участь у програмі «Додаткова допомога» можна також онлайн: https://www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help.

Якщо ви не виберете спосіб оплати, щомісяця вам надсилатимуть рахунок.

Виберіть спосіб сплати страхового внеску.

☐ Отримувати рахунок

☐ Автоматичне утримання зі щомісячної виплати від Управління соціального забезпечення або Ради з питань пенсійного забезпечення працівників залізниці (RRB). Я отримую щомісячні виплати від:
☐ Управління соціального забезпечення ☐ RRB

(Після схвалення запиту Управлінням соціального забезпечення або RRB автоматичне утримання з виплат від Управління соціального забезпечення або RRB може розпочатися лише через два місяці або пізніше. У більшості випадків, якщо Управління соціального забезпечення або RRB схвалить ваш запит на автоматичне утримання, під час першого утримання з виплати від Управління соціального забезпечення або RRB буде відраховано всі страхові внески, нараховані з дати, з якої ваша реєстрація набула чинності, до початку автоматичного утримання. Якщо Управління соціального забезпечення або RRB не схвалить ваш запит на автоматичне утримання, ми щомісяця надсилатимемо вам паперовий рахунок на сплату страхового внеску.)

Розділ лише для осіб, які допомагають заявнику заповнити форму

Заповніть цей розділ, якщо ви допомагаєте заявнику заповнити форму (наприклад, як агент, брокер, консультант Програми допомоги з питань медичного страхування штату (SHIP), член сім'ї або інша третя особа).

Ім'я та прізвище: _____ Ким ви є для заявника: _____

Підпис: _____

Національний номер страхового посередника (лише для агентів і брокерів): _____

©Wellcare 2026

ТІЛЬКИ ДЛЯ СЛУЖБОВОГО ВИКОРИСТАННЯ

Підписуючи й подаючи цей документ, я підтверджую, що, наскільки мені відомо та за моїм переконанням, наведені в ньому відомості є правдивими, повними й точними. Я розумію, що подання недостовірної або неповної інформації може стати підставою для застосування дисциплінарних заходів, аж до припинення моїх повноважень і розірвання договору страхового посередника.

Ім'я та прізвище працівника/агента/брокера (якщо така особа надавала допомогу під час реєстрації):

ID плану: **Дата початку дії покриття:** ____ /____ /_____ (MM/DD/YYYY)

Представник Wellcare з продажу / уповноважений агент
(індивідуальний представник із продажу / агент, який оформив заявку)

Тип агента (виберіть один варіант): ☐ Уповноважений агент ☐ Працівник Wellcare

Заповніть розділ нижче.

Ім'я та прізвище представника з продажу / агента: NPN представника з продажу / агента:

Належність до агентства / маркетингової організації страхових агентів і брокерів (FMO) (за наявності):

Наведені відомості мають відповідати вашим ліцензійним даним, схваленим Wellcare.
Номер телефону агента: (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __

Адреса електронної пошти:

Телефон агентства / FMO (за наявності): (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __

Дата отримання заявки представником із продажу / уповноваженим агентом: _____ /____ /_____
(M M / D D / Y Y Y Y)

(Wellcare має отримати заявку протягом 1 календарного дня.)

Місце отримання заявки: ☐ Зустріч за попереднім записом ☐ Захід із продажу
☐ Звернення без попереднього запису

☐ Інше (укажіть):

Подання заявок брокерами. Представник із продажу / агент повинен надіслати факсом форму «Призначення зустрічі» та форми реєстрації за номером 1-844-222-3180.

©Wellcare 2026

Підтвердження права на реєстрацію в певний період

Зазвичай зареєструватися в плані Medicare Advantage можна лише під час щорічного періоду реєстрації — з 15 жовтня до 7 грудня. Однак у деяких випадках зареєструватись у плані Medicare Advantage можна й поза цим періодом. Якщо ви вперше користуєтеся страховим покриттям Medicare, але відтоді, як вам виповнилося 65 років, минуло понад 90 днів, спеціальний період реєстрації (SEP) «Я новий учасник Medicare» для вас НЕ застосовується. У такому разі виберіть нижче інший відповідний період SEP. Уважно прочитайте наведені нижче твердження та позначте відповідне поле, якщо твердження стосується вас. Позначаючи будь-який із наведених варіантів, ви підтверджуєте, що, наскільки вам відомо, ви маєте право на реєстрацію протягом відповідного періоду. Якщо згодом з'ясується, що ці відомості неправильні, вашу реєстрацію в плані можуть скасувати.

Перш ніж зробити вибір, прочитайте всі наведені нижче твердження. Дати зазначайте у форматі MM/DD/YYYY.

☐ Я новий учасник Medicare.
*Позначайте цей пункт лише в одному з наведених далі випадків. 1. Ви нещодавно набули право на участь. 2. До дня, коли вам виповниться 65 років, залишилося не більш як 90 днів, АБО вам виповнилося 65 років протягом останніх 90 днів. 3. Ви вперше отримали це страхове покриття. 4. Ви нещодавно набули право на участь у програмі, але раніше користувалися покриттям Medicare у зв'язку з інвалідністю.
*Якщо страхове покриття від вашого роботодавця нещодавно припинилося та ви вперше користуєтеся покриттям Medicare, виберіть зазначений нижче період SEP «Покриття від мого роботодавця або профспілки припинилося».

☐ Щорічний період реєстрації (AEP): щороку з 15 жовтня до 7 грудня.

☐ У мене вже є покриття за частиною A (страхове покриття обслуговування в лікарні), а для отримання покриття за частиною B (страхове покриття медичного обслуговування) я нещодавно вперше зареєструвався/зареєструвалася. Я бажаю зареєструватись у плані Medicare Advantage.

☐ Мене повідомили про надання покриття Medicare вже після початку дії покриття частини A та/або частини B. Дата повідомлення (укажіть дату): ____ /____ /_____

☐ Раніше в мене вже було покриття Medicare, а тепер мені виповнюється 65 років.

☐ Я є учасником плану Medicare Advantage і бажаю змінити покриття під час періоду відкритої реєстрації в планах Medicare Advantage (MA OEP).

☐ Після переїзду я проживаю за межами зони обслуговування поточного плану або внаслідок нещодавньої зміни місця проживання маю можливість обрати цей план. Дата переїзду (укажіть дату): ____ /____ /_____

☐ Я повернувся/повернулася в США після проживання за кордоном. Дата повернення (укажіть дату): ____ /____ /_____

☐ Мене звільнили з місця позбавлення волі. Дата звільнення (укажіть дату): ____ /____ /_____

☐ Мені нещодавно надали статус для законного перебування в США. Дата отримання статусу (укажіть дату): ____ /____ /_____

☐ Я проживаю в закладі довгострокового догляду, як-от центр сестринського догляду або реабілітаційна лікарня.
*ПРИМІТКА. У формі потрібно зазначити відомості про заклад довгострокового догляду.

☐ Я нещодавно виїхав/виїхала із закладу довгострокового догляду, як-от центр сестринського догляду або реабілітаційна лікарня.
*ПРИМІТКА. У формі потрібно зазначити відомості про заклад довгострокового догляду. Дата виїзду із закладу (укажіть дату): ____ /____ /_____

☐ Покриття від мого роботодавця або профспілки припинилося (включно з покриттям за Консолідованим законом про комплексне узгодження бюджету (COBRA)).
Дата припинення покриття (укажіть дату): ____ /____ /_____

☐ Припинилося наявне в мене раніше інше покриття лікарських засобів поза Medicare, яке за рівнем не поступалося покриттю ліків у межах Medicare (покриття, що відповідає вимогам). Або ж умови мого іншого покриття поза Medicare змінилися, і тепер воно не відповідає вимогам. Дата втрати покриття (укажіть дату): ____ /____ /_____

☐ Дію мого поточного плану не буде продовжено на наступний договірний рік.
*ПРИМІТКА. Цей період SEP діє лише з 12/8 до останнього дня лютого.

☐ Мною втрачено покриття, оскільки програма Medicare припинила дію договору з моїм планом. Мені надійшов лист від програми Medicare з повідомленням про можливість зареєструватися в іншому плані. Дата припинення дії покриття (укажіть дату): ____ /____ /_____

☐ Я відмовився/відмовилася від покриття за Програмою комплексного медичного обслуговування людей старшого віку (PACE). Дата мого виключення з програми (укажіть дату): ____ /____ /_____

☐ Мною втрачено право на участь у плані для осіб з особливими потребами, оскільки я більше не маю статусу, необхідного для участі в цьому плані. Мене виключено або буде виключено з плану для осіб з особливими потребами (SNP).
Дата виключення (укажіть дату): ____ /____ /_____

☐ Я бажаю зареєструватися в плані для осіб з особливими потребами, страхове покриття якого адаптовано до моїх потреб, пов'язаних із хронічним захворюванням.

☐ Було встановлено, що я не маю права на участь у своєму плані для осіб з особливими потребами, пов'язаними з хронічним захворюванням (CSNP), і я бажаю зареєструватися в іншому плані. Дата повідомлення (укажіть дату): ____ /____ /_____

☐ Мій статус учасника програми Medicaid нещодавно змінився (мною отримано право на покриття за програмою Medicaid, змінився мій рівень покриття Medicaid, або мною втрачено право на участь у програмі Medicaid). Дата зміни (укажіть дату): ____ /____ /_____

☐ Нещодавно змінилася допомога, яку я отримую за програмою «Додаткова допомога» для оплати витрат на лікарські засоби (мною отримано право на участь у програмі «Додаткова допомога», змінився рівень допомоги за програмою «Додаткова допомога», або мною втрачено право на участь у програмі «Додаткова допомога»).
Дата зміни (укажіть дату): ____ /____ /_____

☐ Програма Medicare або органи влади мого штату зареєстрували мене в плані, але я бажаю обрати інший план.
Дата початку участі в плані, у якому було зареєстровано (укажіть дату): ____ /____ /_____

☐ Я беру участь у програмі допомоги з оплатою лікарських препаратів штату. Програми допомоги з оплатою лікарських препаратів штату (SPAP), що відповідають критеріям, діють у таких штатах: Delaware, Indiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Jersey, New Mexico, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Texas, Vermont, Wisconsin.

©Wellcare 2026

☐ Я втрачаю право на участь у програмі допомоги з оплатою лікарських препаратів штату. Дата припинення надання допомоги (укажіть дату): ____ /____ /_____

☐ Надзвичайна ситуація або масштабне стихійне лихо (офіційно оголошені Федеральним агентством із надзвичайних ситуацій, федеральним урядом, урядом мого штату чи місцевими органами влади) вплинули на мене або на особу, на допомогу якої я покладаюся під час ухвалення рішень щодо медичного обслуговування. Одна з інших наведених на цій сторінці підстав стосувалася мене, однак через надзвичайну ситуацію я не зміг / не змогла подати відповідну заявку. Я пропустив/пропустила період реєстрації на таких підставах: _____

☐ Я реєструюся в плані Medicare з рейтингом 5 зірок.

☐ Упродовж останніх 3 років мій поточний план мав рейтинг нижчий за 3 зірки. Я бажаю зареєструватись у плані з рейтингом 3 зірки або вищим.

☐ Мій план нещодавно було передано під управління штату через фінансові труднощі (процедура зовнішнього управління). Я бажаю перейти на інший план.

☐ Мною було подано запит на матеріали в доступному форматі, але мені не надали їх вчасно. Мені потрібен був час на ухвалення рішення, і я бажаю зареєструватись у плані зараз. Раніше мною було подано запит на матеріали в такому доступному форматі: _____
*Примітка. До доступних форматів належать, зокрема, друк шрифтом Брайля чи великим шрифтом і надання на CD-диску з даними.

☐ Я сплачую страховий внесок за частиною A та оформив/оформила покриття за частиною B під час загального періоду реєстрації (з 1 січня до 31 березня). Я бажаю зареєструватися в плані Medicare, який надає покриття ліків (частина D), або в плані Medicare Advantage з таким покриттям.
*Якщо ви сплачуєте страховий внесок за частиною A та оформлюєте покриття за частиною B під час загального періоду реєстрації, після оформлення покриття за частиною B у вас буде 2 місяці, щоб зареєструватися в плані.
Дата оформлення покриття (укажіть дату): ____ /____ /_____

☐ Я оформив/оформила покриття за частиною A (страхове покриття обслуговування в лікарні) або частиною B (страхове покриття медичного обслуговування) під час спеціального періоду реєстрації, на який мав/мала право у зв'язку з винятковими обставинами.
Дата оформлення покриття (укажіть дату): ____ /____ /_____

☐ Я маю право на участь у програмі Medicare та отримую повне страхове покриття Medicaid. Я бажаю зареєструватися в одному з таких планів: повністю інтегрований план для осіб з особливими потребами, які мають право на участь у двох програмах (FIDE SNP), план для осіб з особливими потребами, які мають право на участь у двох програмах, зі значним ступенем інтеграції (HIDE SNP) або інтегрований на практиці план (AIP).

☐ Я отримую покриття ліків у межах Medicare (частина D) через план Medicare Advantage. Я бажаю зареєструватися в іншому плані медичного страхування Medicare, який не передбачає покриття лікарських засобів, щоб перейти на покриття ліків поза Medicare, яке відповідає встановленим вимогам. *ПРИМІТКА. Лише для планів MA.

Якщо жодне з наведених тверджень вас не стосується або ви не впевнені щодо цього, зателефонуйте у Wellcare за номером 1-844-480-0680 (користувачам лінії TTY слід телефонувати за номером 711), щоб дізнатися, чи маєте ви право на реєстрацію. Ми працюємо з неділі до суботи, з 8:00 до 20:00 (в усіх часових поясах).

Ви маєте й далі сплачувати страховий внесок за Medicare Part B. Однак якщо ви маєте право на повне страхове покриття за обома програмами, штат сплачуватиме за вас страховий внесок за частиною B протягом усього періоду, коли ви матимете право на участь у програмі Medicaid.