

Ai có thể sử dụng biểu mẫu này?

Những người đang có bảo hiểm Medicare muốn tham gia một Chương Trình Medicare Advantage.

Để tham gia một chương trình, quý vị phải:

- Là công dân Hoa Kỳ hoặc cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ.
- Sống tại khu vực dịch vụ của chương trình

Quan trọng: Để tham gia Chương Trình Medicare Advantage của chúng tôi, quý vị phải có cả:

- Medicare Phần A (Bảo Hiểm Bệnh Viện)
- Medicare Phần B (Bảo Hiểm Y Tế)

Khi nào tôi sử dụng biểu mẫu này?

Quý vị có thể tham gia một chương trình:

- Trong khoảng thời gian từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 hàng năm (đối với bảo hiểm bắt đầu từ ngày 1 tháng 1)
- Trong vòng 3 tháng kể từ lần đầu tiên nhận bảo hiểm Medicare
- Trong một số tình huống nhất định, quý vị được phép tham gia hoặc chuyển đổi chương trình

Vui lòng truy cập trang Medicare.gov để tìm hiểu thêm về thời điểm quý vị có thể ghi danh vào một chương trình.

Tôi cần những gì để hoàn thành biểu mẫu này?

- Số Medicare của quý vị (số trên thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh của quý vị)
- Địa chỉ thường trú và số điện thoại của quý vị

Lưu ý: Quý vị phải điền đầy đủ tất cả các mục trong Phần 1. Các mục trong Phần 2 là tùy chọn/không bắt buộc – Quý vị sẽ không bị từ chối bảo hiểm vì không điền vào các mục này.

Nhắc nhở:

- Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình trong thời gian ghi danh mở vào mùa thu (ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12), chương trình đó phải nhận được biểu mẫu đã điền của quý vị chậm nhất vào ngày 7 tháng 12.
- Công ty bảo hiểm của quý vị sẽ gửi cho quý vị hóa đơn thanh toán phí bảo hiểm của chương trình. Quý vị có thể chọn ghi danh để được khấu trừ các khoản thanh toán phí bảo hiểm từ lương hoặc từ tài khoản thanh toán phí bảo hiểm từ lương hoặc quyền lợi An Sinh Xã Hội (hoặc Hội Đồng Hưu Trí Ngành Đường Sắt) hàng tháng của quý vị.

Điều gì xảy ra tiếp theo?

Gửi biểu mẫu đã điền và đã ký của quý vị tới:

Clever Care Health Plan
Attn: Enrollment Services
7711 Center Ave, Suite 100
Huntington Beach, CA 92647
Email: enrollment@ccmapd.com
Fax: (657) 276-4757

Khi xử lý yêu cầu tham gia của quý vị, họ sẽ liên lạc với quý vị.

Làm cách nào để được trợ giúp cách điền biểu mẫu này?

Gọi cho Clever Care theo số (833) 808-8163. Người dùng TTY có thể gọi 711. Hoặc, gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.

En Español: Llame a Clever Care al (833) 388-8168/711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en Español y un representante estará disponible para asistirle.

Những người đang trong tình trạng vô gia cư

- Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình nhưng không có nơi thường trú, thì hộp thư bưu điện (PO Box), một địa chỉ nơi trú ẩn hoặc phòng khám hoặc địa chỉ nơi quý vị nhận thư (ví dụ: séc an sinh xã hội) có thể được coi là địa chỉ thường trú của quý vị.

Theo Đạo luật Giảm Thủ tục Giấy tờ năm 1995, không ai phải phản hồi việc thu thập thông tin, trừ khi nó hiển thị số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho việc thu thập thông tin này là 0938-1378. Thời gian cần thiết để hoàn thành thông tin này được ước tính trung bình là 20 phút cho mỗi câu trả lời, bao gồm cả thời gian xem xét hướng dẫn, tìm kiếm tài nguyên dữ liệu hiện có, thu thập dữ liệu cần thiết, hoàn thành và xem xét việc thu thập thông tin. Nếu quý vị có bất kỳ nhận xét nào về tính chính xác của (các) ước tính thời gian hoặc đề xuất cải thiện biểu mẫu này, vui lòng viết thư gửi đến: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

QUAN TRỌNG

Không gửi biểu mẫu này hoặc bất kỳ mục nào có thông tin cá nhân của quý vị (ví dụ như yêu cầu thanh toán, các khoản thanh toán, hồ sơ y tế, v.v.) đến Văn phòng Duyệt Báo cáo của PRA. Bất kỳ mục nào chúng tôi nhận được không liên quan đến cách cải thiện biểu mẫu này hoặc các vấn đề về thu thập biểu mẫu (được nêu trong OMB 0938-1378) đều sẽ bị hủy. Nó sẽ không được lưu giữ, xem xét hoặc chuyển tiếp đến chương trình. Xem mục "Điều gì xảy ra tiếp theo?" trên trang này để gửi biểu mẫu đã điền của quý vị cho chương trình.

Phần 1

Tất cả các mục trên trang này đều bắt buộc phải điền (trừ khi được đánh dấu là tùy chọn/không bắt buộc)

Chọn chương trình mà quý vị muốn tham gia:

Clever Care **Longevity** (HMO) H7607-002

☐	001-Quận Los Angeles	\$0 mỗi tháng
☐	002-Quận Cam (Orange)	\$0 mỗi tháng
☐	003-Quận San Diego	\$0 mỗi tháng
☐	004-Quận San Bernardino	\$0 mỗi tháng
☐	005-Quận Riverside	\$0 mỗi tháng

Clever Care **Value** (HMO) H7607-008

☐	001-Quận Los Angeles	\$0 mỗi tháng
☐	002-Quận Cam (Orange)	\$0 mỗi tháng
☐	003-Quận San Diego	\$0 mỗi tháng
☐	004-Quận San Bernardino	\$0 mỗi tháng
☐	005-Quận Riverside	\$0 mỗi tháng

Clever Care **Total+** (HMO C-SNP) H7607-011

☐	001-Quận Los Angeles	\$18.40 mỗi tháng
☐	002-Quận Cam (Orange)	\$18.40 mỗi tháng
☐	003-Quận San Diego	\$18.40 mỗi tháng
☐	004-Quận San Bernardino	\$18.40 mỗi tháng
☐	005-Quận Riverside	\$18.40 mỗi tháng

Họ:

Tên:

Viết tắt tên đệm:

(tùy chọn/không bắt buộc)

Ngày sinh:

Tháng Tháng / Ngày Ngày / Năm Năm Năm Năm

Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ

Số điện thoại:

() -

Địa chỉ đường phố thường trú (Không nhập địa chỉ hộp thư bưu điện/PO Box. Lưu ý: Dành cho những người đang ở trong tình trạng vô gia cư, một PO Box có thể được coi là địa chỉ thường trú của quý vị.):

Thành phố:

Tiểu bang:

Mã ZIP:

Địa chỉ gửi thư, nếu khác với địa chỉ thường trú của quý vị (cho phép sử dụng hộp thư bưu điện/PO Box):

Thành phố:

Tiểu bang:

Mã ZIP:

Thông tin Medicare của quý vị:

Số Medicare:

- -

Dựa trên Mô Hình Đánh Giá Chăm Sóc, Clever Care Health Plan, Inc., đã được Ủy Ban Đảm Bảo Chất Lượng Quốc Gia (NCQA) phê duyệt để vận hành Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt dành cho Bệnh Mạn Tính (C-SNP) đến hết năm 2025.

Phần 1

Tất cả các mục trên trang này đều bắt buộc phải điền (trừ khi được đánh dấu là tùy chọn/không bắt buộc) tiếp tục

Trả lời các câu hỏi quan trọng sau:

Quý vị sẽ có bảo hiểm thuốc theo toa khác (như VA, TRICARE) ngoài Clever Care? ☐ Có ☐ Không

Tên của các bảo hiểm khác: _____

Số hội viên cho bảo hiểm này: _____ Số nhóm của bảo hiểm này: _____

TÙY CHỌN/KHÔNG BẮT BUỘC:

Quý vị có ghi danh vào Chương Trình Medi-Cal (Medicaid) của tiểu bang không? ☐ Có ☐ Không

Nếu "có", vui lòng cung cấp số Medi-Cal (Medicaid) của quý vị: _____

Chỉ hoàn thành nếu quý vị đang ghi danh vào chương trình Clever Care Total+ (HMO C-SNP)

Quý vị đã được chẩn đoán mắc **bệnh tiểu đường** (lượng đường trong máu cao) hay quý vị đang dùng insulin hoặc các loại thuốc khác để kiểm soát lượng đường trong máu của quý vị không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị đã được chẩn đoán mắc **chứng rối loạn nhịp tim** hoặc chứng rung tâm nhĩ (Afib) hoặc quý vị có vấn đề về nhịp tim nhanh, không đều không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị đã được chẩn đoán mắc **bệnh động mạch vành (CAD)** hoặc **bệnh mạch máu ngoại vi**, bị đau tim hoặc bị lưu thông máu kém do xơ cứng động mạch hoặc tĩnh mạch không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị đã được chẩn đoán mắc **chứng rối loạn thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch mạn tính** hoặc có những cục máu đông trong tĩnh mạch nhiều hơn một lần không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị có đang dùng thuốc để điều trị bệnh không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, hãy liệt kê các loại thuốc:

Bác sĩ có thể xác minh (các) tình trạng của quý vị

Tên: _____

Điện thoại: (_____) _____ - _____ Fax: (_____) _____ - _____

Địa chỉ văn phòng:

Thành phố:

Tiểu bang:

Mã ZIP:

Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe

Chữ ký của tôi cho phép nhà cung cấp nêu trên và/hoặc bác sĩ chăm sóc chính (PCP) của tôi được tiết lộ thông tin sức khỏe và/hoặc cung cấp hồ sơ y tế của tôi cho Clever Care Health Plan.

Phần 1

Tất cả các mục trên trang này đều bắt buộc phải điền (trừ khi được đánh dấu là tùy chọn/không bắt buộc) tiếp tục

QUAN TRỌNG: Đọc và ký tên dưới đây:

- Tôi phải duy trì cả quyền lợi Bệnh Viện (Phần A) và Y Tế (Phần B) để tham gia Clever Care Health Plan.
- Bằng cách tham gia Chương Trình Medicare Advantage (MA) này, tôi xác nhận rằng Clever Care sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare, cơ quan có thể sử dụng thông tin đó để theo dõi việc ghi danh của tôi, thanh toán và để thực hiện các mục đích khác được luật Liên Bang cho phép thu thập thông tin này (xem Tuyên Bố của Đạo Luật về Quyền Riêng Tư dưới đây). Phản hồi của quý vị đối với biểu mẫu này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không phản hồi có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.
- Tôi hiểu rằng tôi chỉ có thể ghi danh vào một chương trình MA tại một thời điểm – và việc ghi danh vào chương trình này sẽ tự động kết thúc ghi danh của tôi vào một chương trình MA khác (những ngoại lệ áp dụng cho các chương trình MA PFFS, MA MSA).
- Tôi hiểu rằng khi bảo hiểm Clever Care Health Plan của tôi bắt đầu áp dụng, tôi phải nhận tất cả các quyền lợi y tế và thuốc theo toa của tôi từ Clever Care Health Plan. Các quyền lợi và dịch vụ do Clever Care Health Plan cung cấp và có trong tài liệu “Chứng Từ Bảo Hiểm” Clever Care Health Plan của tôi (còn được gọi là hợp đồng hội viên hoặc thỏa thuận tham gia) sẽ được bảo hiểm. Cả Medicare và Clever Care đều không thanh toán cho các quyền lợi hoặc dịch vụ không được bảo hiểm.
- Thông tin trong biểu mẫu ghi danh này là chính xác theo hiểu biết của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai trên biểu mẫu này, tôi sẽ bị rút tên khỏi chương trình.
- Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người được ủy quyền hợp pháp thay mặt tôi) trên đơn này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu nội dung của đơn này. Nếu được ký bởi một đại diện được ủy quyền (như mô tả ở trên), điều này xác nhận rằng:
 - người này được ủy quyền theo luật Tiểu Bang để hoàn thành việc ghi danh này, và
 - tài liệu về việc ủy quyền này có sẵn theo yêu cầu của Medicare.

Chữ ký:

Hôm nay ngày:

Tháng Tháng / Ngày Ngày / Năm Năm Năm Năm

Nếu quý vị là đại diện được ủy quyền, hãy ký tên ở trên và điền vào các mục sau:

Tên:	Địa chỉ:
Số điện thoại:	Mối quan hệ với người ghi danh:

Phần 2

Tất cả các mục trên trang này là tùy chọn/không bắt buộc

Việc trả lời các câu hỏi này là lựa chọn của quý vị. Quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm vì lý do không điền câu trả lời.

Quý vị có phải là người nói tiếng Tây Ban Nha, người La-tinh, hoặc người gốc Tây Ban Nha không? Chọn tất cả các câu trả lời phù hợp.

- | | |
|--|--|
| ☐ Không, không phải người nói tiếng Tây Ban Nha, người La-tinh, hoặc người gốc Tây Ban Nha ⁽¹⁾ | ☐ Đúng, người Cuba ⁽⁴⁾ |
| ☐ Đúng, người Mexico, người Mỹ gốc Mexico, người Chicano ⁽²⁾ | ☐ Đúng, người nói tiếng Tây Ban Nha, người La-tinh hoặc người gốc Tây Ban Nha khác ⁽⁵⁾ |
| ☐ Đúng, người Puerto Rico ⁽³⁾ | ☐ Tôi chọn không trả lời. ⁽⁶⁾ |

Chủng tộc của quý vị là gì? Chọn tất cả các câu trả lời phù hợp.

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Thổ dân Mỹ da đỏ hoặc thổ dân Alaska ⁽¹⁾ | ☐ Người Guamanian hoặc Chamorro ⁽⁷⁾ | ☐ Người Samoa ⁽¹³⁾ |
| ☐ Người Ấn gốc Á ⁽²⁾ | ☐ Người Nhật ⁽⁸⁾ | ☐ Người Việt ⁽¹⁴⁾ |
| ☐ Người da đen/người Mỹ gốc Phi ⁽³⁾ | ☐ Người Hàn ⁽⁹⁾ | ☐ Người da trắng ⁽¹⁵⁾ |
| ☐ Người Trung Quốc ⁽⁴⁾ | ☐ Thổ dân Hawaii ⁽¹⁰⁾ | ☐ Tôi chọn không trả lời. ⁽¹⁶⁾ |
| ☐ Người Campuchia ⁽⁵⁾ | ☐ Người Châu Á khác ⁽¹¹⁾ | |
| ☐ Người Philippines ⁽⁶⁾ | ☐ Cư dân đảo Thái Bình Dương khác ⁽¹²⁾ | |

Ngôn ngữ nói ưa dùng của quý vị là gì:

- ☐ Tiếng Anh ☐ Tiếng Quan thoại ☐ Tiếng Quảng Đông ☐ Tiếng Khmer ☐ Tiếng Hàn ☐ Tiếng Việt
☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Ngôn ngữ khác: _____

Ngôn ngữ viết ưa dùng của quý vị ngoài tiếng Anh là gì?

- ☐ Tiếng Trung (phồn thể) ☐ Tiếng Hàn ☐ Tiếng Việt ☐ Tiếng Tây Ban Nha

Chọn một loại nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin cho quý vị ở định dạng có thể truy cập được:

- ☐ Chữ nổi ☐ Chữ in lớn ☐ CD âm thanh ☐ Data CD/Đĩa nén CD dùng cho máy tính

Vui lòng liên lạc với Clever Care theo số (833) 808-8163 nếu quý vị cần thông tin ở định dạng có thể truy cập khác với định dạng được liệt kê ở trên. Giờ làm việc của chúng tôi là 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3 và 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, các ngày trong tuần, từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9. Người dùng TTY có thể gọi 711.

Quý vị còn đi làm không? ☐ Có ☐ Không **Vợ/Chồng của quý vị còn đi làm không?** ☐ Có ☐ Không

Chọn nhận tin và nhận email:

Số điện thoại di động: () -

Bằng cách cung cấp số điện thoại của mình, tôi đồng ý nhận tin nhắn tự động và/hoặc tin nhắn văn bản khác của Clever Care Health Plan cho mục đích chăm sóc sức khỏe, quyền lợi hoặc bất kỳ mục đích nào khác. Sự đồng ý đó không phải là điều kiện để nhận bất kỳ dịch vụ nào và tôi có thể chọn từ chối bất kỳ lúc nào bằng cách gọi cho Clever Care. Có thể áp dụng cước tin nhắn và dữ liệu.

Địa chỉ Email: _____

Bằng cách cung cấp địa chỉ email của mình, tôi đồng ý nhận các thông tin và tài liệu của Clever Care bằng phương tiện điện tử thay vì qua thư tín bưu điện Hoa Kỳ. Tôi hiểu rằng điều này sẽ bao gồm các tài liệu như Giải Thích Quyền Lợi (EOB) Phần C và Phần D, Thông Báo về Thay Đổi Hàng Năm (ANOC) và các tài liệu khác. Tôi có thể đổi sang thư tín bưu điện Hoa Kỳ bất cứ lúc nào bằng cách gọi cho Clever Care.

Liệt kê thông tin về bác sĩ chăm sóc chính (PCP) của quý vị

Tên của PCP:

Tổ Hợp Y Tế hoặc IPA:

Số ID Ghi danh PCP: _____ - _____

Quý vị có phải là bệnh nhân hiện tại của PCP này không? ☐ Có ☐ Không

☐ Tôi không có PCP, vui lòng chỉ định một PCP cho tôi.

Phần 3

Thanh toán phí bảo hiểm cho chương trình của quý vị

Quý vị có thể thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng của mình (bao gồm mọi khoản phạt ghi danh trễ mà quý vị hiện có hoặc có thể có) qua đường bưu điện mỗi tháng. **Quý vị cũng có thể chọn thanh toán phí bảo hiểm của mình bằng cách tự động trích từ quyền lợi An Sinh Xã Hội hoặc Hội Đồng Hưu Trí Ngành Đường Sắt (RRB) mỗi tháng.**

Nếu quý vị phải trả Số Tiền Điều Chính Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập Cho Phần D (Part D-IRMAA), quý vị sẽ phải trả thêm số tiền này ngoài phí bảo hiểm của chương trình. KHÔNG thanh toán cho Clever Care về Part D-IRMAA.

Vui lòng chọn một tùy chọn thanh toán phí bảo hiểm. Nếu quý vị không lựa chọn, quý vị sẽ nhận được hóa đơn.

- ☐ Nhận hóa đơn.
- ☐ Khấu trừ tự động từ séc quyền lợi An Sinh Xã Hội hoặc Hội Đồng Hưu Trí Ngành Đường Sắt (RRB) hàng tháng của quý vị. Tôi nhận quyền lợi hàng tháng từ: ☐ i) An Sinh Xã Hội ☐ ii) RRB

Cảm ơn quý vị đã chọn Clever Care Health Plan! (tùy chọn/không bắt buộc)

Vui lòng dành một chút thời gian để chia sẻ cách quý vị tìm thấy Clever Care. Chọn một hoặc nhiều ví dụ sau:

- | | |
|--|---|
| ☐ Tivi ⁽¹⁾ | ☐ Thư bưu điện ⁽⁵⁾ |
| ☐ Radio ⁽²⁾ | ☐ Gia đình, bạn bè, bác sĩ hoặc chuyên gia chăm cứu ⁽⁶⁾ |
| ☐ Báo chí ⁽³⁾ | ☐ Người môi giới bảo hiểm của quý vị ⁽⁷⁾ |
| ☐ Mạng xã hội hoặc máy tính (Google, Facebook, YouTube, ứng dụng Trò chơi) ⁽⁴⁾ | ☐ Sự kiện ⁽⁸⁾ |
| | ☐ Khác: ⁽⁹⁾ _____ |

Chỉ dành cho quý vị đang giúp người ghi danh điền mẫu đơn này.

Hoàn thành phần này nếu quý vị đang giúp người ghi danh điền mẫu đơn này (ví dụ như nhân viên đại lý, nhà môi giới, cố vấn của Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Sức Khỏe Tiểu Bang (SHIP), thành viên gia đình, hoặc bên thứ ba khác).

Tên:	Mối quan hệ với người ghi danh:
Chữ ký:	NPN-Mã Số Nhà Sản Xuất Quốc Gia (chỉ dành cho đại lý/nhà môi giới):
FMO (nếu áp dụng):	Ghi danh qua điện thoại?: ☐ Đúng ☐ Không
Ngày bảo hiểm có hiệu lực: Tháng Tháng / Ngày Ngày / Năm Năm Năm Năm	Ngày nhận được đơn: Tháng Tháng / Ngày Ngày / Năm Năm Năm Năm

TUYÊN BỐ ĐẠO LUẬT VỀ QUYỀN RIÊNG TƯ

Các Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) thu thập thông tin từ các chương trình Medicare để theo dõi việc ghi danh của người thụ hưởng trong các Chương trình Medicare Advantage (MA), cải thiện dịch vụ chăm sóc và để thanh toán các quyền lợi Medicare. Các phần 1851 của Đạo luật An sinh Xã hội và 42 CFR §§ 422.50 và 422.60 cho phép thu thập thông tin này. CMS có thể sử dụng, tiết lộ và trao đổi dữ liệu ghi danh từ những người thụ hưởng Medicare như được quy định trong Hệ thống Thông báo Hồ sơ (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARX)", Hệ thống số 09-70-0588. Phản hồi của quý vị đối với biểu mẫu này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không phản hồi có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.

Chứng nhận đủ điều kiện cho một kỳ ghi danh.

Thông thường, quý vị chỉ có thể ghi danh vào chương trình Medicare Advantage trong thời gian ghi danh hàng năm từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 mỗi năm. Có những trường hợp ngoại lệ có thể cho phép quý vị ghi danh vào chương trình Medicare Advantage ngoài khoảng thời gian này. **Vui lòng đọc kỹ các câu dưới đây và đánh dấu vào ô phù hợp với quý vị.** Bằng cách đánh dấu vào bất kỳ ô nào sau đây, quý vị xác nhận rằng, theo hiểu biết tốt nhất của mình, quý vị hội đủ điều kiện cho một Giai Đoạn Ghi Danh. Nếu sau đó chúng tôi xác định rằng thông tin này không chính xác, quý vị có thể bị hủy ghi danh.

- ☐ Tôi mới được nhận Medicare.⁽¹⁾
- ☐ Tôi đã ghi danh vào chương trình Medicare Advantage và muốn thay đổi trong Giai Đoạn Ghi Danh Mở của Medicare Advantage (MA OEP).⁽²⁾
- ☐ Gần đây tôi đã chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hiện tại của mình hoặc tôi mới chuyển đến và chương trình này là một lựa chọn mới cho tôi. Tôi đã chuyển vào ngày ____ / ____ / _____.⁽³⁾
- ☐ Tôi mới được ra tù. Tôi đã được phóng thích vào ngày ____ / ____ / _____.⁽⁴⁾
- ☐ Tôi mới trở lại Hoa Kỳ sau một thời gian dài sống thường trú ở nước ngoài. Tôi trở lại Hoa Kỳ vào ngày ____ / ____ / _____.⁽⁵⁾
- ☐ Tôi mới nhận được tình trạng cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ. Tôi đã được cho phép cư trú hợp pháp kể từ ngày ____ / ____ / _____.⁽⁶⁾
- ☐ Tôi mới có sự thay đổi trong Medicaid của mình (mới nhận Medicaid, có sự thay đổi về mức hỗ trợ Medicaid, hoặc bị mất Medicaid) vào ngày ____ / ____ / _____.⁽⁷⁾
- ☐ Tôi mới có một sự thay đổi về Trợ Giúp Bổ Sung của mình khi thanh toán cho bảo hiểm thuốc theo toa Medicare (mới nhận Trợ Giúp Bổ Sung, có sự thay đổi về mức Trợ Giúp Bổ Sung, hoặc bị mất Trợ Giúp Bổ Sung) vào ngày ____ / ____ / _____.⁽⁸⁾
- ☐ Tôi sẽ chuyển đến, đang sống ở hoặc mới chuyển ra khỏi Cơ Sở Chăm Sóc Dài Hạn (ví dụ: viện dưỡng lão hoặc cơ sở phục hồi chức năng). Tôi đã chuyển/sẽ chuyển vào/ra khỏi cơ sở vào ngày ____ / ____ / _____.⁽⁹⁾
- ☐ Tôi mới rời chương trình PACE® vào ngày ____ / ____ / _____.⁽¹⁰⁾
- ☐ Gần đây tôi vô tình mất bảo hiểm thuốc theo toa tin cậy của mình (bảo hiểm tốt như của Medicare). Tôi đã mất bảo hiểm thuốc của mình vào ngày ____ / ____ / _____.⁽¹¹⁾
- ☐ Tôi sẽ rời bỏ/mất bảo hiểm của hãng sở hoặc công đoàn vào ngày ____ / ____ / _____.⁽¹²⁾
- ☐ Tôi tham gia chương trình hỗ trợ dược phẩm do tiểu bang của tôi cung cấp.⁽¹³⁾
- ☐ Chương trình của tôi sắp kết thúc hợp đồng với Medicare, hoặc Medicare sắp kết thúc hợp đồng với chương trình của tôi.⁽¹⁴⁾
- ☐ Tôi đã được Medicare (hoặc tiểu bang của tôi) ghi danh vào một chương trình và tôi muốn chọn một chương trình khác. Việc tôi ghi danh tham gia chương trình đó đã bắt đầu vào ngày ____ / ____ / _____.⁽¹⁵⁾
- ☐ Tôi đã được ghi danh vào một Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt (SNP) nhưng tôi đã không còn hội đủ điều kiện cần thiết về nhu cầu đặc biệt để tham gia chương trình đó. Tôi đã bị rút tên khỏi Chương Trình SNP vào ngày ____ / ____ / _____.⁽¹⁶⁾
- ☐ Tôi bị ảnh hưởng bởi một trường hợp khẩn cấp hoặc thảm họa lớn (theo tuyên bố của Cơ quan Quản Lý Khẩn Cấp Liên Bang (FEMA) hoặc một tổ chức chính quyền Liên Bang, Tiểu Bang hoặc địa phương. Một trong những tuyên bố khác ở đây đã áp dụng cho tôi, nhưng tôi đã không thể yêu cầu ghi danh vì thảm họa).⁽¹⁷⁾
- ☐ Tôi muốn tham gia một Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt với các quyền lợi được thiết kế phù hợp với tình trạng mạn tính của tôi.⁽¹⁸⁾

Nếu không có câu nào trong số này phù hợp với quý vị hoặc quý vị không chắc chắn, vui lòng liên lạc với Clever Care theo số **(833) 808-8163 (TTY: 711)** để xem quý vị có hội đủ điều kiện để ghi danh hay không.