

# Medicare Advantage প্ল্যানে (পার্ট C) নাম নথিভুক্ত করার জন্য 2026 সালের ব্যক্তিগত তালিকাভুক্তির অনুরোধ ফর্ম

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



আপনার আবেদনের স্থিতি এখানে দেখুন:  
[wellcare.com/applicationtracker](https://wellcare.com/applicationtracker)

এই ফর্মটি কে ব্যবহার করতে পারবে?

Medicare-এর সাথে যারা Medicare Advantage  
প্ল্যানে এ যোগ দিতে চান

একটি পরিকল্পনায় যোগদানের জন্য,  
আপনাকে অবশ্যই:

- মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক হোন অথবা আইনত  
U.S. উপস্থিত থাকুন
- পরিকল্পনার পরিষেবা এলাকায় থাকেন

**গুরুত্বপূর্ণ:** Medicare Advantage প্ল্যানে  
যোগদানের জন্য, আপনার অবশ্যই দুটি থাকতে  
হবে:

- Medicare Part A (হাসপাতাল বীমা)
- Medicare Part B (চিকিৎসা বীমা)

আমি কখন এই ফর্মটি ব্যবহার করব?

আপনি একটি পরিকল্পনায় যোগ দিতে পারেন:

- প্রতি বছর 15 অক্টোবর থেকে 7 ডিসেম্বরের মধ্যে  
(1 জানুয়ারী থেকে শুরু হওয়া কভারেজের জন্য)
- প্রথমবার Medicare পাওয়ার 3 মাসের মধ্যে
- কিছু পরিস্থিতিতে যেখানে আপনাকে যোগদান বা  
পরিকল্পনা পরিবর্তন করার অনুমতি দেওয়া হয়

কখন আপনি কোনও পরিকল্পনার জন্য সাইন  
আপ করতে পারবেন সে সম্পর্কে আরও জানতে  
[Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) দেখুন।

এই ফর্মটি পূরণ করতে আমার কী কী  
প্রয়োজন?

- আপনার Medicare নম্বর (আপনার লাল, সাদা  
এবং নীল Medicare কার্ডের নম্বর)
- আপনার স্থায়ী ঠিকানা এবং ফোন নম্বর

**বিঃদ্রঃ:** আপনাকে বিভাগ 1-এর সমস্ত বিষয় পূরণ  
করতে হবে। বিভাগ 2-এর বিষয়গুলি ঐচ্ছিক  
- আপনি যদি সেগুলি পূরণ না করেন তবে

আপনাকে কভারেজ থেকে বঞ্চিত করা যাবে না।

**গৃহহীনতার সম্মুখীন ব্যক্তির**

- যদি আপনি কোন পরিকল্পনায় যোগদান করতে চান  
কিন্তু আপনার কোন স্থায়ী বাসস্থান না থাকে, তাহলে  
একটি পোস্ট অফিস বক্স, আশ্রয়স্থল বা ক্লিনিকের  
ঠিকানা, অথবা আপনি যে ঠিকানায় ডাক পান  
(যেমন, সামাজিক নিরাপত্তা চেক) সেই  
ঠিকানাগুলিকে আপনার স্থায়ী বাসস্থানের ঠিকানা  
হিসেবে বিবেচনা করা যেতে পারে।



তুমি কি [go.wellcare.com/PA](https://go.wellcare.com/PA) ওয়েবসাইটে  
ভর্তির কথা ভেবেছো? এটি আবেদন করার  
একটি দ্রুত, নিরাপদ এবং সহজ উপায়।

**অনুস্মারক:**

- যদি আপনি শরৎকালীন খোলা তালিকাভুক্তির সময়  
(15 অক্টোবর-7 ডিসেম্বর) কোনও পরিকল্পনায়  
যোগদান করতে চান, তাহলে পরিকল্পনাকারীকে 7  
ডিসেম্বরের মধ্যে আপনার পূরণ করা ফর্মটি পেতে  
হবে।
- আপনার পরিকল্পনা আপনাকে পরিকল্পনার  
প্রিমিয়ামের জন্য একটি বিল পাঠাবে। আপনার  
প্রিমিয়াম পেমেন্ট আপনার ব্যাংক অ্যাকাউন্ট থেকে  
কেটে নেওয়ার জন্য অথবা আপনার মাসিক  
সামাজিক নিরাপত্তা (অথবা রেলরোড রিটায়ারমেন্ট  
বোর্ড) সুবিধার জন্য আপনি সাইন আপ করতে  
পারেন।

**এরপর কী হবে?**

আপনার পূরণ করা এবং স্বাক্ষরিত ফর্মটি এখানে  
পাঠান:

Wellcare  
PO Box 10420  
Van Nuys, CA  
91410-0420



আপনার যোগদানের অনুরোধটি প্রক্রিয়া করার পরে, তারা আপনার সাথে যোগাযোগ করবে।

**এই ফর্মের জন্য আমি কিভাবে সাহায্য পাব?**

Wellcare -এ 1-844-480-0680 নম্বরে কল করুন;  
অথবা TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করুন।

অথবা, 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), দিনে  
24 ঘন্টা, সপ্তাহে 7 দিন Medicare কল করুন।  
TTY ব্যবহারকারীরা 1-877-486-2048 নম্বরে কল  
করতে পারেন।

**গুরুত্বপূর্ণ**

এই ফর্মটি বা আপনার ব্যক্তিগত তথ্য (যেমন দাবি, অর্থপ্রদান, চিকিৎসা রেকর্ড ইত্যাদি) সম্বলিত কোনও জিনিস PRA রিপোর্ট ক্লিয়ারেন্স অফিসে পাঠাবেন না। এই ফর্মটি কীভাবে উন্নত করা যায় বা এর সংগ্রহের বোঝা (OMB 0938-1378 তে বর্ণিত) কীভাবে উন্নত করা যায় সে সম্পর্কে নয় এমন যেকোনো আইটেম আমরা পাব, তা ধ্বংস করা হবে। এটি রাখা হবে না, পর্যালোচনা করা হবে না, অথবা পরিকল্পনায় পাঠানো হবে না। পরবর্তী কি হবে? দেখুন এই পৃষ্ঠায় আপনার পূরণ করা ফর্মটি প্ল্যানে পাঠাতে।

**বিভাগ 1 – এই পৃষ্ঠার সমস্ত ক্ষেত্র আবশ্যিক (ঐচ্ছিক হিসাবে চিহ্নিত না হলে)**

আপনি যে প্ল্যানটিতে যোগ দিতে চান তা নির্বাচন করুন:

**Wellcare Dual Liberty Sync (HMO-POS D-SNP)**<sup>1</sup>- প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজ অন্তর্ভুক্ত

H2915-002-000

\$0 প্রতি মাসে

**Wellcare Simple (HMO-POS)** -এর মধ্যে প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজ অন্তর্ভুক্ত।

H2915-003-000

\$0 প্রতি মাসে

**Wellcare Assist (HMO-POS)** -এর মধ্যে প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজ অন্তর্ভুক্ত।

H2915-011-000

\$32.70 প্রতি মাসে

**Wellcare Patriot Giveback (HMO-POS)** -এর আওতায় প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজ অন্তর্ভুক্ত নয়।

H2915-013-000

\$0 প্রতি মাসে

**Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP)**<sup>1</sup>- প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজ অন্তর্ভুক্ত

H2915-018-000

\$0-\$32.70 প্রতি মাসে

1 এই পরিকল্পনায় নাম নথিভুক্ত করার জন্য আপনাকে অবশ্যই নির্দিষ্ট তালিকাভুক্তির মানদণ্ড পূরণ করতে হবে।

\*নিম্ন আয়ের ভর্তুকির অবস্থার উপর ভিত্তি করে প্রকৃত প্রিমিয়াম।





**ধারা 1 – এই বিভাগের সমস্ত ক্ষেত্র প্রয়োজনীয় (যদি না বিশেষভাবে ঐচ্ছিক হিসেবে চিহ্নিত করা থাকে)**

নাম	পদবী	বিকল্প: মাত্রের অংশ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
জন্মতারিখ	লিঙ্গ	ফোন নম্বর
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> মহিলা	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
M M D D Y Y Y Y		ফোনের ধরণ <input type="checkbox"/> হোম <input type="checkbox"/> সেল
	বিকল্প: সেকেন্ডারি ফোন নম্বর	ফোনের ধরণ
	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> হোম <input type="checkbox"/> সেল

বিকল্প: ইমেল ঠিকানা:

বিকল্প: আপনি কি একা ইন্টারনেট, ইমেল, অথবা টেক্সট মেসেজিং ব্যবহার করতে স্বাচ্ছন্দ্য বোধ করেন?  
 হ্যাঁ  না

বিকল্প: পছন্দের যোগাযোগের পদ্ধতি:  ফোন কল  টেক্সট  ইমেল

\*দয়া করে মনে রাখবেন যে যোগাযোগগুলি নির্বাচিত 'পছন্দের যোগাযোগ পদ্ধতি'-এর বাইরে পাঠানো যেতে পারে।

আমরা চাই আপনি সদস্য হওয়া উপভোগ করুন এবং আপনার পরিকল্পনাটি বুঝতে পারেন। আপনার আবেদনের স্থিতি সম্পর্কে জানাতে আপনার ফোন নম্বর এবং ইমেল ঠিকানা দিন। একজন সদস্য হিসেবে, আমরা কী আশা করব, সুস্থ থাকা, অতিরিক্ত সুবিধা ব্যবহার, ডাক্তার খুঁজে বের করা, আমাদের সদস্য পোর্টাল এবং অন্যান্য গুরুত্বপূর্ণ বিষয়ের মতো সহায়ক তথ্য শেয়ার করব। যদি আপনি আগ্রহী না হন, তাহলে আপনি কিছু টেক্সট এবং ইমেল থেকে বেরিয়ে আসতে পারেন।

আমরা চাই আপনার Wellcare পরিকল্পনাটি আপনার পছন্দ হোক। আপনার চাহিদা পরিবর্তনের সাথে সাথে যদি আমাদের কাছে আরও ভালো পরিকল্পনা থাকে, তাহলে আমরা আপনাকে জানাবো। আমরা কেবল আমাদের পরিকল্পনা সম্পর্কে কথা বলব।

(কোনও PO বক্সে প্রবেশ করবেন না। দ্রষ্টব্য: গৃহহীনতার সম্মুখীন ব্যক্তিদের জন্য, PO বক্স আপনার স্থায়ী বাসস্থানের ঠিকানা হিসাবে বিবেচিত হতে পারে।  গৃহহীনতার অভিজ্ঞতা  
**স্থায়ী বাসস্থানের রাস্তার ঠিকানা**

শহর	বিকল্প: কাউন্টি	স্টেট	ZIP কোড
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**মেইলিং ঠিকানা**, যদি আপনার স্থায়ী ঠিকানা থেকে আলাদা হয় (PO বক্স অনুমোদিত)

রাস্তার ঠিকানা		
<input type="text"/>		
শহর	স্টেট	ZIP কোড
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>





## আপনার Medicare তথ্য:

Medicare নম্বর

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

এর অধিকারী:

কার্যকর হওয়ার তারিখ

হাসপাতাল (পার্ট A)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

M M D D Y Y Y Y

চিকিৎসা (পার্ট B)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

M M D D Y Y Y Y

## এই গুরুত্বপূর্ণ প্রশ্নের উত্তর দিন:

1. Wellcare ছাড়াও কি আপনার অন্যান্য প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজ (যেমন VA, TRICARE) থাকবে?  
 হ্যাঁ  না

অন্যান্য কভারেজের নাম

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

এই কভারেজের সদস্য নম্বর

এই কভারেজের জন্য গ্রুপ নম্বর

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. যদি আপনি D-SNP প্ল্যানে নথিভুক্ত হন, তাহলে অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত তথ্য প্রদান করুন: রাজ্য Medicaid প্রোগ্রাম নম্বর:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

D-SNP পরিকল্পনার জন্য Medicaid নম্বরটি অন্তর্ভুক্ত করুন। Medicaid নম্বর না থাকলে আবেদন প্রক্রিয়াকরণে বিলম্ব হতে পারে এবং সম্ভবত আবেদন প্রত্যাখ্যান করা হতে পারে।

## গুরুত্বপূর্ণ: নিচে পড়ুন এবং স্বাক্ষর করুন:

- Wellcare-এর থাকার জন্য আমাকে হাসপাতাল (পার্ট A) এবং মেডিকেল (পার্ট B) উভয়ই রাখতে হবে।
- এই Medicare Advantage প্ল্যানে যোগদানের মাধ্যমে, আমি স্বীকার করছি যে Wellcare আমার তথ্য Medicare-এর সাথে শেয়ার করবে, যারা আমার তালিকাভুক্তি ট্র্যাক করতে, অর্থ প্রদান করতে এবং এই তথ্য সংগ্রহের অনুমোদনকারী ফেডারেল আইন দ্বারা অনুমোদিত অন্যান্য উদ্দেশ্যে এটি ব্যবহার করতে পারে (নীচে গোপনীয়তা আইন বিবৃতি দেখুন)। এই ফর্মের প্রতি আপনার প্রতিক্রিয়া স্বেচ্ছামূলক। তবে, সাড়া দিতে ব্যর্থতা পরিকল্পনায় তালিকাভুক্তির উপর প্রভাব ফেলতে পারে।
- আমি বুঝতে পারছি যে আমি একবারে শুধুমাত্র একটি MA বা পার্ট D প্ল্যানে নথিভুক্ত হতে পারব - এবং এই প্ল্যানে নথিভুক্তির ফলে অন্য MA বা পার্ট D প্ল্যানে আমার নথিভুক্তি স্বয়ংক্রিয়ভাবে শেষ হয়ে যাবে (MA PFFS, MA MSA প্ল্যানের ক্ষেত্রে ব্যতিক্রম প্রযোজ্য)।
- আমি বুঝতে পারছি যে যখন আমার Wellcare কভারেজ শুরু হবে, তখন আমাকে Wellcare থেকে আমার সমস্ত চিকিৎসা এবং প্রেসক্রিপশন ওষুধের সুবিধা পেতে হবে। Wellcare কর্তৃক প্রদত্ত সুবিধা এবং পরিষেবা এবং আমার Wellcare "কভারেজের প্রমাণ" নথিতে অন্তর্ভুক্ত (যা সদস্য চুক্তি নামেও পরিচিত বা গ্রাহক চুক্তি) এর আওতায় থাকবে। Medicare বা Wellcare কেউই এর খরচ বহন করবে না যেসব সুবিধা বা পরিষেবার আওতাভুক্ত নয়।





- এই তালিকাভুক্তি ফর্মের তথ্য আমার জ্ঞানমতে সঠিক। আমি বুঝতে পারছি যদি আমি ইচ্ছাকৃতভাবে এই ফর্মে মিথ্যা তথ্য প্রদান করি, তাহলে আমাকে পরিকল্পনা থেকে বাদ দেওয়া হবে।
- আমি বুঝতে পারছি যে এই আবেদনপত্রে আমার স্বাক্ষর (অথবা আমার পক্ষে কাজ করার জন্য আইনত অনুমোদিত ব্যক্তির স্বাক্ষর) এর অর্থ হল আমি এই আবেদনপত্রের বিষয়বস্তু পড়েছি এবং বুঝতে পেরেছি। যদি একজন অনুমোদিত প্রতিনিধি স্বাক্ষর করেন (উপরে বর্ণিত হিসাবে), তাহলে এই স্বাক্ষরটি প্রমাণ করে যে:
  - 1) এই ব্যক্তি রাজ্য আইনের অধীনে এই তালিকাভুক্তি সম্পন্ন করার জন্য অনুমোদিত, এবং
  - 2) Medicare-এর অনুরোধে এই কর্তৃপক্ষের নথিপত্র পাওয়া যাবে।

এই নথিতে স্বাক্ষর করে, আমি প্রত্যয়ন করছি যে, আমার সর্বোত্তম জ্ঞান অনুসারে, আমি যে সমস্ত তথ্য প্রদান করেছি তা সত্য, সম্পূর্ণ এবং নিভুল। আমি বুঝতে পারছি যে যদি এই তথ্যটি ভুল বলে প্রমাণিত হয়, তাহলে আমাকে তালিকা থেকে বাদ দেওয়া হতে পারে।

আজকের তারিখ

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

স্বাক্ষর

আপনি যদি অনুমোদিত প্রতিনিধি হন, তাহলে উপরে স্বাক্ষর করুন এবং নীচের ক্ষেত্রগুলি পূরণ করুন:

নাম

ঠিকানা

ফোন নম্বর

তালিকাভুক্ত ব্যক্তির সাথে সম্পর্ক






## বিভাগ ২ - এই বিভাগের সমস্ত ক্ষেত্র ঐচ্ছিক

এই প্রশ্নের উত্তর দেওয়া আপনার পছন্দ। আপনাকে কভারেজ থেকে বঞ্চিত করা যাবে না কারণ আপনি সেগুলো পূরণ করো।

আপনি যদি চান যে আমরা আপনাকে ইংরেজি ছাড়া অন্য কোন ভাষায় তথ্য পাঠাই, তাহলে একটি নির্বাচন করুন।

স্প্যানিশ  আরবি  বাংলা  চীনা  ক্রেওল  
 নেপালি  রুশ  সোয়াহিলি  তামিল  ভিয়েতনামী

যদি আপনি চান যে আমরা আপনাকে সহজলভ্য ফর্ম্যাটে তথ্য পাঠাই, তাহলে একটি নির্বাচন করুন।

ব্রেইল  বড় অক্ষরে  অডিও CD  ডেটা CD

যদি উপরে তালিকাভুক্ত ফর্ম্যাট ছাড়া অন্য কোনও অ্যাক্সেসযোগ্য ফর্ম্যাটে তথ্যের প্রয়োজন হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে Wellcare-এর সাথে 1-844-480-0680 নম্বরে যোগাযোগ করুন (TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করতে পারেন)। আমাদের অফিসের সময় রবিবার-শনিবার, সকাল ৪টা থেকে রাত ৪টা (সকল সময় অঞ্চল)।

1. তুমি কি কাজ করো?  হ্যাঁ  না
2. আপনার স্ত্রী কি কাজ করেন?  হ্যাঁ  না
3. আপনি কি দীর্ঘমেয়াদী যত্ন কেন্দ্রের বাসিন্দা, যেমন নার্সিং হোম?  হ্যাঁ  না  
যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত তথ্য প্রদান করুন:

সুবিধার নাম:

সুবিধার ঠিকানা (নম্বর এবং রাস্তা)

শহর

স্টেট

ZIP কোড

ফোন নম্বর

আপনার ইন-নেটওয়ার্ক প্রাইমারি কেয়ার ফিজিশিয়ান (PCP), ক্লিনিক, অথবা স্বাস্থ্য কেন্দ্রের তালিকা তৈরি করুন:

আপনি [wellcarefindaprovider.com](http://wellcarefindaprovider.com)-এ একটি প্রদানকারী খুঁজে পেতে পারেন।

HMO পরিকল্পনার জন্য সরবরাহকারীর তথ্য:

PCP NPI:

PPG ID:

নির্বাচিত পরিকল্পনার জন্য কি PCP/PPG নির্বাচিত হয়েছে?  হ্যাঁ  না

বর্তমান রোগী?  হ্যাঁ  না





## আপনার প্ল্যানের প্রিমিয়াম পরিশোধ করা

আপনি প্রতি মাসে আপনার মাসিক প্ল্যান প্রিমিয়াম (আপনার বর্তমানে থাকা বা পাওনা যেকোনো দেরিতে তালিকাভুক্তির জরিমানা সহ) ডাকযোগে, ইলেকট্রনিক ফান্ড ট্রান্সফার (EFT) অথবা ক্রেডিট কার্ডের মাধ্যমে পরিশোধ করতে পারেন। আপনি প্রতি মাসে আপনার সামাজিক নিরাপত্তা বা রেলরোড রিটায়ারমেন্ট বোর্ড (RRB) সুবিধা থেকে স্বয়ংক্রিয়ভাবে প্রিমিয়াম কেটে নিয়েও আপনার প্রিমিয়াম পরিশোধ করতে পারেন।

যদি আপনাকে পার্ট D-আয় সম্পর্কিত মাসিক সমন্বয় পরিমাণ (পার্ট D-IRMAA) দিতে হয়, তাহলে আপনাকে আপনার পরিকল্পনার প্রিমিয়ামের পাশাপাশি এই অতিরিক্ত পরিমাণ অর্থ প্রদান করতে হবে। এই পরিমাণটি সাধারণত আপনার সামাজিক নিরাপত্তা সুবিধা থেকে কেটে নেওয়া হয়, অথবা আপনি Medicare (অথবা RRB) থেকে একটি বিল পেতে পারেন। Wellcare-কে পার্ট D-IRMAA দেবেন না।

আপনি যদি কোনও পেমেন্ট বিকল্প নির্বাচন না করেন, তাহলে প্রতি মাসে আপনাকে একটি বিল পাঠানো হবে।

## অনুগ্রহ করে একটি প্রিমিয়াম পেমেন্ট বিকল্প নির্বাচন করুন:

বিল পান

আপনার মাসিক সামাজিক নিরাপত্তা বা রেলপথ অবসর বোর্ড (RRB) সুবিধার চেক থেকে স্বয়ংক্রিয়ভাবে কর্তন। আমি মাসিক সুবিধাগুলি এখান থেকে পাই:  সামাজিক নিরাপত্তা  RRB (সামাজিক নিরাপত্তা/RRB কর্তন সামাজিক নিরাপত্তা বা RRB কর্তক কর্তন অনুমোদনের পর শুরু হতে দুই বা তার বেশি মাস সময় লাগতে পারে। বেশিরভাগ ক্ষেত্রে, যদি সামাজিক নিরাপত্তা বা RRB আপনার স্বয়ংক্রিয় কর্তনের অনুরোধ গ্রহণ করে, তাহলে আপনার সামাজিক নিরাপত্তা বা RRB সুবিধা চেক থেকে প্রথম কর্তনের মধ্যে আপনার তালিকাভুক্তির কার্যকর তারিখ থেকে বিদায় শুরু হওয়ার সময় পর্যন্ত সমস্ত প্রিমিয়াম অন্তর্ভুক্ত থাকবে। যদি সামাজিক নিরাপত্তা বা RRB আপনার স্বয়ংক্রিয় কর্তনের অনুরোধ অনুমোদন না করে, তাহলে আমরা আপনার মাসিক প্রিমিয়ামের জন্য একটি কাগজের বিল পাঠাবে।)

## শুধুমাত্র এই ফর্মটি পূরণ করতে নথিভুক্ত ব্যক্তিদের সাহায্য করার জন্য

আপনি যদি একজন ব্যক্তি (যেমন এজেন্ট, ব্রোকার, SHIP কাউন্সেলর, পরিবারের সদস্য, অথবা অন্যান্য তৃতীয় পক্ষ) হন এবং এই ফর্মটি পূরণে একজন তালিকাভুক্ত ব্যক্তিকে সাহায্য করেন, তাহলে এই বিভাগটি পূরণ করুন।

নাম: \_\_\_\_\_ তালিকাভুক্ত ব্যক্তির সাথে সম্পর্ক: \_\_\_\_\_

স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_ জাতীয় উৎপাদক নম্বর (শুধুমাত্র এজেন্ট/দালাল): \_\_\_\_\_

### গোপনীয়তা আইনের বিবৃতি

Medicare Advantage (MA) প্লানে সুবিধাভোগীদের তালিকাভুক্তি ট্র্যাক করতে, যত্ন উন্নত করতে এবং Medicare সুবিধা প্রদানের জন্য সেন্টার ফর Medicare অ্যান্ড Medicaid সার্ভিসেস (CMS) Medicare পরিকল্পনা থেকে তথ্য সংগ্রহ করে। সামাজিক নিরাপত্তা আইনের ধারা 1851 এবং 1860D-1 এবং 42 CFR §§ 422.50 এবং 422.60 এই তথ্য সংগ্রহের অনুমোদন দেয়। সিMAস Medicare সুবিধাভোগীদের তালিকাভুক্তির তথ্য ব্যবহার, প্রকাশ এবং বিনিময় করতে পারে যেমনটি সিস্টেম অফ রেকর্ডস নোটিশ (SORN) "Medicare Advantage প্রেসক্রিপশন ড্রাগ (MARx)", সিস্টেম নং 09-70-0588 এ উল্লেখ করা হয়েছে। এই ফর্মের প্রতি আপনার প্রতিক্রিয়া স্বেচ্ছামূলক। তবে, সাড়া দিতে ব্যর্থতা পরিকল্পনায় তালিকাভুক্তির উপর প্রভাব ফেলতে পারে।





**শুধুমাত্র অফিস ব্যবহারের জন্য:**

এই নথিতে স্বাক্ষর করে এবং জমা দিয়ে, আমি প্রত্যয়ন করছি যে এতে প্রদত্ত তথ্য আমার জ্ঞান এবং বিশ্বাস অনুসারে সত্য, সম্পূর্ণ এবং নির্ভুল। আমি বুঝতে পারছি যে কোনও ভুল উপস্থাপনা বা বাদ পড়লে শাস্তিমূলক ব্যবস্থা নেওয়া হতে পারে, যা আমার নিয়োগ এবং প্রযোজক চুক্তির অবসান পর্যন্ত হতে পারে।

কর্মী সদস্য/এজেন্ট/ব্রোকারের নাম (যদি তালিকাভুক্তিতে সহায়তা করা হয়):

প্ল্যান ID #:  কভারেজের কার্যকর তারিখ:          
M M D D Y Y Y Y

**Wellcare বিক্রয় প্রতিনিধি/অনুমোদিত এজেন্ট**

(আবেদন পূরণকারী ব্যক্তিগত বিক্রয় প্রতিনিধি/এজেন্ট)

এজেন্টের ধরণ (একটি নির্বাচন করুন):  অনুমোদিত এজেন্ট  Wellcare কর্মচারী

না (নিচের অংশ সম্পূর্ণ করুন):

বিক্রয় প্রতিনিধি/এজেন্টের নাম  বিক্রয় প্রতিনিধি/এজেন্ট NPN #

এজেন্সি/FMO অধিভুক্তি (যদি প্রযোজ্য হয়):

এই তথ্য অবশ্যই আপনার অনুমোদিত Wellcare লাইসেন্সিং রেকর্ডের সাথে মিলবে।

এজেন্টের ফোন #:  -  -

ইমেল  এজেন্সি/FMO ফোন # (যদি প্রযোজ্য হয়)  -  -

বিক্রয় প্রতিনিধি/অনুমোদিত এজেন্টের আবেদন প্রাপ্তির তারিখ:          
M M D D Y Y Y Y

(আবেদনগুলি এই তারিখের 1 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে Wellcare-এ গ্রহণ করতে হবে।)

আবেদনপত্র গ্রহণের স্থান:  অ্যাপয়েন্টমেন্ট  বিক্রয় ইভেন্ট  ওয়াক-ইন

অন্যান্য (নির্দিষ্ট করুন):

**ব্রোকারের আবেদন জমা:** বিক্রয় প্রতিনিধি/এজেন্টকে অবশ্যই নিয়োগ এবং তালিকাভুক্তির ফর্মের স্কোপ ফ্যাক্স করতে হবে 1-844-222-3180 নম্বরে।





## তালিকাভুক্তির সময়কালের জন্য যোগ্যতার প্রত্যয়ন

সাধারণত, আপনি প্রতি বছর 15 অক্টোবর থেকে 7 ডিসেম্বর পর্যন্ত বার্ষিক তালিকাভুক্তির সময়কালেই Medicare Advantage প্ল্যানে নথিভুক্ত হতে পারেন। কিছু ব্যতিক্রম আছে যা আপনাকে এই সময়ের বাইরে Medicare Advantage প্ল্যানে নাম নথিভুক্ত করার অনুমতি দিতে পারে। যদি আপনি প্রথমবারের মতো Medicare সুবিধা ব্যবহার করেন, এবং আপনার 65 বছর বয়সের 90 দিনেরও বেশি সময় হয়ে গেছে, তাহলে "আমি Medicare-এর নতুন।" SEP প্রযোজ্য নয়, তাই অনুগ্রহ করে নীচের উপযুক্ত SEP নির্বাচন করুন।

অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত বিবৃতিগুলি মনোযোগ সহকারে পড়ুন এবং বিবৃতিটি আপনার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য কিনা তা বাস্তবে টিক দিন। নিচের যেকোনো বাস্তবে টিক চিহ্ন দিয়ে, আপনি আপনার সর্বোত্তম জ্ঞান অনুসারে, প্রত্যয়িত করছেন যে, আপনি একটি তালিকাভুক্তির সময়কালের জন্য যোগ্য। যদি আমরা পরে নির্ধারণ করি যে এই তথ্যটি ভুল, আপনার নাম বাতিল হতে পারে।

### নির্বাচন করার আগে অনুগ্রহ করে নীচের সমস্ত বিবৃতি পড়ুন।

আমি Medicare-এ নতুন।

\*আপনি যদি 1 হন তবেই কেবল নির্বাচন করুন। নতুন অধিকারপ্রাপ্ত; 2. আপনার বয়স 65 বছর হওয়ার 90 দিনের মধ্যে অথবা আপনি গত 90 দিনের মধ্যে সম্প্রতি 65 বছর পূর্ণ করেছেন; 3 নতুন সুবিধা প্রাপক; অথবা 4. নতুন যোগ্য কিন্তু পূর্বে শুধুমাত্র প্রতিবন্ধীতার মাধ্যমে Medicare পান।

\*যদি আপনার নিয়োগকর্তার কভারেজ সম্প্রতি শেষ হয়ে যায়, এবং আপনি প্রথমবার Medicare ব্যবহার করছেন, তাহলে অনুগ্রহ করে নীচের "আমি আমার নিয়োগকর্তা বা ইউনিয়ন থেকে কভারেজ ছেড়েছি" SEP নির্বাচন করুন।

বার্ষিক তালিকাভুক্তির সময়কাল (AEP) 15 অক্টোবর থেকে 7 ডিসেম্বর পর্যন্ত।

আমার পার্ট A/D আছে এবং সম্প্রতি পার্ট B এর জন্য সাইন আপ করেছি। আমি একটি MA প্ল্যানে ভর্তি হতে চাই।

আমি Medicare-এ নতুন, এবং আমাকে Medicare পাওয়ার বিষয়ে জানানো হয়েছে আমার পার্ট A এবং/অথবা পার্ট B কভারেজ শুরু হওয়ার পর। আমাকে জানানো হয়েছিল (তারিখ লিখুন)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

আমার আগে Medicare ছিল, কিন্তু এখন আমার বয়স 65.s

আমি একটি Medicare Advantage প্ল্যানে নথিভুক্ত এবং Medicare Advantage ওপেন এনরোলমেন্ট পিরিয়ড (MA OEP) চলাকালীন একটি পরিবর্তন করতে চাই।

আমি আমার বর্তমান পরিকল্পনার পরিষেবা এলাকার বাইরের একটি নতুন ঠিকানায় চলে এসেছি, অথবা আমি সম্প্রতি চলে এসেছি এবং এই পরিকল্পনাটি আমার জন্য একটি নতুন বিকল্প। আমি চলে গেলাম (তারিখ লিখুন)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

দেশের বাইরে থাকার পর আমি u.s. ফিরে আসি (তারিখ লিখুন)।

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

আমি কারাবাস থেকে মুক্তি পেয়েছিলাম। আমাকে মুক্তি দেওয়া হয়েছিল(তারিখ লিখুন)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

আমি সম্প্রতি u.s. বৈধ উপস্থিতির মর্যাদা পেয়েছি। আমি এই মর্যাদা পেয়েছি (তারিখ লিখুন)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y





□ আমি দীর্ঘমেয়াদী যত্ন কেন্দ্রে থাকি, যেমন নার্সিং হোম বা পুনর্বাসন হাসপাতাল।

\*বিঃদ্রঃ: দীর্ঘমেয়াদী যত্ন সুবিধার তথ্য ফর্মে পূরণ করতে হবে।

□ আমি সম্প্রতি দীর্ঘমেয়াদী যত্ন সুবিধা, যেমন নার্সিং হোম বা পুনর্বাসন হাসপাতাল থেকে বেরিয়ে এসেছি। \*বিঃদ্রঃ: দীর্ঘমেয়াদী যত্ন সুবিধার তথ্য ফর্মে পূরণ করতে হবে। আমি (তারিখ লিখুন) তারিখে সুবিধা থেকে বেরিয়ে এসেছি।

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

□ আমি আমার নিয়োগকর্তা বা ইউনিয়নের কাছ থেকে (COBRA কভারেজ সহ) কভারেজ ছেড়ে দিয়েছি (তারিখ লিখুন)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

□ আমি Medicare ড্রাগ কভারেজের (ক্রেডিটেবল কভারেজ) মতোই অন্যান্য নন-Medicare ড্রাগ কভারেজ হারিয়েছি, অথবা আমার অন্যান্য নন-Medicare কভারেজ পরিবর্তিত হয়েছে এবং আর ক্রেডিটেবল বলে বিবেচিত হচ্ছে না। আমি আমার কভারেজ হারিয়েছি (তারিখ লিখুন)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

□ আমার বিদ্যমান পরিকল্পনাটি আসন্ন চুক্তি বছরের জন্য পুনর্নবীকরণযোগ্য নয়।

\*বিঃদ্রঃ: এই SEP শুধুমাত্র 12/8 - ফেব্রুয়ারির শেষ দিন থেকে বৈধ।

□ Medicare আমার পরিকল্পনার সাথে চুক্তি শেষ করার কারণে আমি আমার কভারেজ হারিয়েছি। আমি Medicare থেকে একটি চিঠি পেয়েছি যেখানে বলা হয়েছে যে আমি অন্য একটি পরিকল্পনায় যোগ দিতে পারি। আমার কভারেজ শেষ হয়েছে (তারিখ লিখুন)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

□ আমি PACE (প্রবীণদের জন্য সর্ব-সমেত যত্নের প্রোগ্রাম) পরিকল্পনা থেকে আমার কভারেজ বাদ দিয়েছি। আমি প্রোগ্রামটি ছেড়ে দিয়েছি (তারিখ লিখুন)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

□ আমি আমার বিশেষ চাহিদা পরিকল্পনাটি হারিয়ে ফেলেছি কারণ সেই পরিকল্পনার জন্য আমার আর বিশেষ চাহিদার অবস্থা প্রয়োজন নেই। আমাকে SNP থেকে নাম প্রত্যাহার করা হবে অথবা (তারিখ লিখুন) তারিখে তালিকাভুক্ত করা হবে।

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

□ আমি একটি বিশেষ চাহিদা পরিকল্পনায় যোগ দিতে চাই যা আমার দীর্ঘস্থায়ী অবস্থার সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ।

□ আমার CSNP পরিকল্পনার জন্য আমি অযোগ্য বলে প্রমাণিত হয়েছে এবং অন্য একটি পরিকল্পনায় নাম নথিভুক্ত করতে চাই। আমাকে জানানো হয়েছিল (তারিখ লিখুন)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

□ সম্প্রতি আমার Medicaid পরিবর্তন হয়েছে (সদ্য Medicaid পেয়েছি, Medicaid র শুরু পরিবর্তন হয়েছে, অথবা Medicaid হারিয়েছি) (তারিখ লিখুন)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

□ সম্প্রতি আমার ওষুধের খরচ মেটাতে আমার অতিরিক্ত সাহায্যের পরিমাণ পরিবর্তন হয়েছে (নতুন অতিরিক্ত সাহায্য (Extra Help) পেয়েছি, অতিরিক্ত সাহায্যের মাত্রা পরিবর্তন হয়েছে, অথবা অতিরিক্ত সাহায্য হারিয়েছি) (তারিখ লিখুন)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y





- আমি Medicare (অথবা আমার রাজ্য) দ্বারা একটি পরিকল্পনায় নথিভুক্ত হয়েছি এবং আমি একটি ভিন্ন পরিকল্পনা বেছে নিতে চাই।          
 সেই পরিকল্পনায় আমার নাম নথিভুক্তি শুরু হয়েছিল (তারিখ লিখুন) M M D D Y Y Y Y
- আমি একটি রাষ্ট্রীয় ঔষধ সহায়তা কর্মসূচিতে আছি। নিম্নলিখিত রাজ্যগুলিতে একটি যোগ্য SPAP রয়েছে: Delaware, Indiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Jersey, New Mexico, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Texas, Vermont, Wisconsin।
- আমি একটি রাষ্ট্রীয় ঔষধ সহায়তা কর্মসূচি থেকে সাহায্য হারাচ্ছি।          
 আমি (তারিখ লিখুন) তারিখে সহায়তা হারিয়েছি। M M D D Y Y Y Y
- আমি, অথবা যার উপর আমি স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নিতে সাহায্য করার জন্য নির্ভর করি, তিনি জরুরি অবস্থা বা বড় ধরনের দুর্ঘটনের দ্বারা ক্ষতিগ্রস্ত হয়েছি (যেমন ফেডারেল জরুরি ব্যবস্থাপনা সংস্থা, অথবা ফেডারেল, আমার রাজ্য, অথবা আমার স্থানীয় সরকার কর্তৃক ঘোষিত)। এই পৃষ্ঠার অন্য একটি বিবৃতি আমার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য, কিন্তু দুর্ঘটনের কারণে আমি আমার অনুরোধটি করতে পারিনি। আমি নিম্নলিখিত কারণে ভর্তির সময়কাল মিস করেছি:
- আমি একটি 5-তারকা Medicare প্ল্যানে নাম নথিভুক্ত করছি।
- আমি এমন একটি পরিকল্পনায় আছি যার স্টার রেটিং গত 3 বছর ধরে 3 স্টারেরও কম। আমি 3 তারকা বা তার বেশি তারকা রেটিং সহ একটি পরিকল্পনায় যোগ দিতে চাই।
- আমি এমন একটি পরিকল্পনায় আছি যা সম্প্রতি আর্থিক সমস্যার (রিসিভারশিপ) কারণে রাষ্ট্র কর্তৃক অধিগ্রহণ করা হয়েছে। আমি অন্য প্ল্যানে যেতে চাই।
- আমি সহজলভ্য বিন্যাসে উপকরণের অনুরোধ করেছিলাম এবং সময়মতো তা পাইনি। আমি এখন ভর্তি হতে চাই কারণ ভর্তির সিদ্ধান্ত নেওয়ার সময় আমার হাতে আছে। আমি পূর্বে যে অ্যাক্সেসযোগ্য ফর্ম্যাটটি অনুরোধ করেছিলাম তা ছিল:
- \*বিঃদ্রঃ: অ্যাক্সেসযোগ্য ফর্ম্যাটগুলির মধ্যে রয়েছে কিন্তু সীমাবদ্ধ নয় ব্রেইল, ডেটা CD, বড় মুদ্রণ
- আমি পার্ট A এর জন্য প্রিমিয়াম প্রদান করি এবং সাধারণ তালিকাভুক্তির সময়কালে (প্রতি বছর জানুয়ারী 1 - মার্চ 31) পার্ট B এর জন্য সাইন আপ করি। আমি একটি Medicare ড্রাগ প্ল্যান (পার্ট D) অথবা Medicare Advantage প্ল্যানে যোগ দিতে চাই যেখানে ওষুধের কভারেজ থাকবে।
- আমি একটি বিশেষ তালিকাভুক্তির সময়কালে পার্ট A (হাসপাতাল বীমা) বা পার্ট B (চিকিৎসা বীমা) এর জন্য সাইন আপ করেছিলাম, যার জন্য আমি ব্যতিক্রমী পরিস্থিতির কারণে যোগ্যতা অর্জন করেছিলাম।
- আমি একটি WellCare/Centene Medicaid প্ল্যানে নথিভুক্ত এবং একটি WellCare/Centene সম্পূর্ণরূপে সমন্বিত D-SNP (FIDE SNP), অত্যন্ত সমন্বিত D-SNP (HIDE D-SNP) অথবা একটি প্রযোজ্য সমন্বিত পরিকল্পনা (AIP) তে নথিভুক্ত হতে চাই।
- আমার Medicare Advantage প্ল্যানের মাধ্যমে Medicare ড্রাগ কভারেজ (পার্ট D) আছে। আমি একটি ভিন্ন Medicare স্বাস্থ্য পরিকল্পনায় যোগ দিতে চাই যা ওষুধের কভারেজ অফার করে না, তাই আমি নন-Medicare ক্রেডিটেবল ড্রাগ কভারেজ নিতে পারি। \*বিঃদ্রঃ: শুধুমাত্র MA





যদি এই বিবৃতিগুলির কোনওটিই আপনার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য না হয় অথবা আপনি নিশ্চিত না হন, তাহলে অনুগ্রহ করে Wellcare-এর সাথে যোগাযোগ করুন 1-844-480-0680 (TTY ব্যবহারকারীদের 711 নম্বরে কল করা উচিত) এ আপনি নথিভুক্ত হওয়ার যোগ্য কিনা তা জানতে।

আমরা রবিবার-শনিবার, সকাল ৪টা - রাত ৪টা (সকল সময় অঞ্চল) খোলা থাকি।

1995 সালের কাগজের নথিপত্র হ্রাস সংক্রান্ত আইন অনুসারে, তথ্য সংগ্রহে কোনো ব্যক্তির উত্তর জানানোর প্রয়োজন নেই যদি না এটি একটি বৈধ OMB নিয়ন্ত্রণ নম্বর প্রদর্শন করে। এই তথ্য সংগ্রহের জন্য বৈধ OMB কন্ট্রোল নম্বর হল 0938-1378। এই তথ্য সংগ্রহ সম্পূর্ণ করার জন্য প্রয়োজনীয় সময়টি প্রতি উত্তর পিছু গড়ে 20 মিনিট অনুমান করা হয়, নির্দেশাবলী পর্যালোচনা করা, বিদ্যমান ডেটা সংস্থান সন্ধান এবং প্রয়োজনীয় ডেটা সংগ্রহ এবং তথ্য সংগ্রহ সম্পূর্ণ ও পর্যালোচনা করার সময় সহ। যদি আপনার অনুমান করা সময়(গুলি) বা এই ফর্মটি উন্নত করার জন্য পরামর্শের সঠিকতা সম্পর্কে কোনও মন্তব্য থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে এখানে লিখুন: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

আপনাকে অবশ্যই আপনার Medicare Part B প্রিমিয়াম পরিশোধ করতে হবে। তবে, পূর্ণ-দ্বৈত সুবিধাভোগীদের জন্য, যতক্ষণ না আপনি আপনার Medicaid যোগ্যতা বজায় রাখবেন, রাজ্য আপনার পার্ট B প্রিমিয়াম কভার করবে।

