

Medicare Advantage योजना (भाग C) मा सामेल हुन 2026 व्यक्तिगत नामाङ्कन निवेदन फाराम

OMB No. 0938-1378

Expires: 12/31/2026



आफ्नो आवेदन स्थिति यहाँ जाँच गर्नुहोस्:
wellcare.com/applicationtracker

यो फाराम कस-कसले प्रयोग गर्न सक्छ?

Medicare भएका र Medicare Advantage योजनामा सामेल हुन चाहने व्यक्तिहरू

योजनामा सामेल हुनका लागि, तपाईं:

- संयुक्त राज्य अमेरिकाको नागरिक वा अमेरिकामा कानुनी रूपमा रहिरहेको हुनुपर्ने छ
- योजनाले सेवा प्रदान गर्ने क्षेत्रमा बस्ने हुनुपर्ने छ

महत्वपूर्ण: Medicare Advantage योजनामा सामेल हुनका लागि, तपाईंसँग यी दुवै हुनुपर्ने छ:

- Medicare Part A (अस्पताल बिमा)
- Medicare Part B (मेडिकल बिमा)

मैले यो फाराम कहिले प्रयोग गर्ने हो?

तपाईं निम्नानुसार योजनामा सामेल हुन सक्नुहुन्छ:

- प्रत्येक वर्षको अक्टोबर 15 तारिखदेखि डिसेम्बर 7 तारिखसम्म (जनवरी 1 देखि सुरु हुने कभरेजका लागि)
- पहिलो पटक Medicare प्राप्त गरेको 3 महिनाभित्र
- तपाईंले योजनाहरूमा सामेल हुन वा परिवर्तन गर्न मिल्ने केही परिस्थितिहरूमा

योजनाका लागि कहिले साइन अप गर्न सक्नुहुन्छ भन्ने बारेमा थप जानकारीका लागि [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) मा जानुहोस्।

यो फाराम भर्न मलाई के-के चाहिन्छ?

- तपाईंको Medicare नम्बर (तपाईंको रातो, सेतो र नीलो Medicare कार्डमा भएको नम्बर)
- तपाईंको स्थायी ठेगाना र फोन नम्बर

नोट: तपाईंले खण्ड 1 मा भएका सबै प्रश्नहरू पूरा गर्नुपर्छ। खण्ड 2 मा दिइएका प्रश्नहरू ऐच्छिक हुन् - तपाईंले ती नभर्नुभएको कारणले तपाईंलाई कभरेजबाट वञ्चित गर्न मिल्दैन।

घरबारविहीन भइरहेका व्यक्तिहरू

- यदि तपाईं कुनै योजनामा सामेल हुन चाहनुहुन्छ तर स्थायी बसोबास छैन भने, पोस्ट अफिस बक्स, आश्रयस्थल वा क्लिनिकको ठेगाना वा तपाईंले पत्र प्राप्त

गर्ने ठेगाना (जस्तै, सामाजिक सुरक्षा जाँच) लाई तपाईंको स्थायी बसोबास ठेगाना मात्र सकिने छ।



के तपाईंले त्यसको सट्टा go.wellcare.com/PA मा भर्ना हुने बारेमा सोच्नुभएको छ? यो आवेदन गर्ने छिटो, सुरक्षित र सजिलो तरिका हो।

रिमाइन्डरहरू:

- यदि तपाईं शरद यामको खुला नामाङ्कन (अक्टोबर 15-डिसेम्बर 7) को अवधिमा कुनै योजनामा सामेल हुन चाहनुहुन्छ भने, डिसेम्बर 7 तारिखसम्ममा तपाईंले पूरा गर्नुभएको फाराम योजनामा प्राप्त हुनुपर्ने छ।
- तपाईंको योजनाले तपाईंलाई योजनाको प्रिमियमको बिल पठाउने छ। तपाईंले आफ्नो प्रिमियम भुक्तानीहरू आफ्नो बैंक खाताबाट वा आफ्नो मासिक सामाजिक सुरक्षा (वा रेलमार्ग सेवानिवृत्ति बोर्ड) लाभबाट कटौती गर्ने गरी साइन अप गर्न सक्नुहुन्छ।

यसपछि के गर्ने?

तपाईंले पूरा गर्नुभएको र हस्ताक्षर गर्नुभएको फाराम यस ठेगानामा पठाउनुहोस्:

Wellcare
PO Box 10420
Van Nuys, CA
91410-0420

तपाईंको सामेल हुने निवेदन प्रशोधन गरिसकेपछि, उनीहरूले तपाईंलाई सम्पर्क गर्ने छन्।

मैले यस फाराम भर्नका लागि कसरी मद्दत पाउन सक्छु?

Wellcare को नम्बर 1-844-480-0680 मा फोन गर्नुहोस्। TTY प्रयोगकर्ताहरूले 711 मा कल गर्न सक्ने छन्।

अथवा, दिनमा 24 घण्टा, हप्ताको 7 दिन, जहिले पनि Medicare लाई 1-800-Medicare (1-800-633-4227) मा फोन गर्नुहोस्।

TTY प्रयोगकर्ताहरूले 1-877-486-2048 मा फोन गर्न सक्ने छन्।



महत्त्वपूर्ण

यो फाराम वा तपाईंको व्यक्तिगत विवरण (जस्तै दाबी, भुक्तानी, मेडिकल रेकर्ड आदि) भएको कुनै पनि वस्तुहरू PRA रिपोर्ट क्लियरेन्स कार्यालयमा नपठाउनुहोस्। यो फाराम वा यसको सङ्कलन भार (OMB 0938-1378 मा उल्लेख गरिएको) मा कसरी सुधार गर्ने भन्ने बारेमा नभएका कुनै पनि वस्तुहरू हामीले प्राप्त गरेमा तिनलाई नष्ट गरिने छ। यसलाई योजनामा राखिने, समीक्षा गरिने वा अन्यत्र पठाइने छैन। आफूले पूरा गरेको फाराम योजनामा पठाउन यस पृष्ठमा दिइएको “यसपछि के गर्ने?” हेर्नुहोस्।



खण्ड 1 - यस पृष्ठमा रहेका सबै फिल्डहरू अनिवार्य भर्नुपर्ने छ ('वैकल्पिक' चिन्ह लगाइएको बाहेक)

तपाईं सामेल हुन चाहने योजना छनोट गर्नुहोस्:

Wellcare डुअल लिबर्टी सिङ्क (HMO-POS D-SNP)¹ -प्रेस्क्रिप्सन औषधि कभरेज समावेश गरिन्छ

H2915-002-000

\$0 प्रति महिना

Wellcare सिम्पल (HMO-POS) -प्रेस्क्रिप्सन औषधि कभरेज समावेश गरिन्छ

H2915-003-000

\$0 प्रति महिना

Wellcare असिस्ट (HMO-POS) -प्रेस्क्रिप्सन औषधि कभरेज समावेश गरिन्छ

H2915-011-000

\$32.70 प्रति महिना

Wellcare प्याट्रियट गिभब्याक (HMO-POS) -प्रेस्क्रिप्सन औषधि कभरेज समावेश छैन

H2915-013-000

\$0 प्रति महिना

Wellcare डुअल सलेक्ट (HMO-POS D-SNP)¹ -प्रेस्क्रिप्सन औषधि कभरेज समावेश गरिन्छ

H2915-018-000

\$0-\$32.70* मासिक

1 यस योजनामा सामेल हुनका लागि तपाईंले विशिष्ट नामाङ्कन मापदण्डहरू पूरा गर्नुपर्ने छ।

*न्यून आय अनुदान स्थितिमा आधारित वास्तविक प्रिमियम।



खण्ड 1 - यस खण्ठमा रहेका सबै फिल्डहरू अनिवार्य भर्नुपर्ने छ ('वैकल्पिक' चिन्ह लगाइएको बाहेक)

नाम	थर	ऐच्छिक: बिचको आद्याक्षर
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
जन्म मिति	लिंग	फोन नम्बर
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
M M D D Y Y Y Y		फोनको प्रकार <input type="checkbox"/> घरको <input type="checkbox"/> मोबाइल
	ऐच्छिक: दोस्रो फोन नम्बर	फोनको प्रकार
	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> घरको <input type="checkbox"/> मोबाइल

ऐच्छिक: ई-मेल ठेगाना:

ऐच्छिक: के तपाईंलाई आफैं इन्टरनेट, इमेल वा टेक्स्ट म्यासेजिङ प्रयोग गर्न सहज लाग्छ? हो होइन

ऐच्छिक: सञ्चारको रुचाइएको विधि: फोन कल टेक्स्ट इमेल

*कृपया ध्यान दिनुहोस्, सञ्चारहरू छनौट गरिएको 'सम्पर्कको रुचाइएको विधि' भन्दा अन्य माध्यमबाट पठाउन सकिन्छ।

हामी तपाईंले सदस्य भएर त्यसको आनन्द लिनुहोस् र आफ्नो योजनाको बारेमा बुझ्नुहोस् भन्ने चाहन्छौं। कृपया आफ्नो फोन नम्बर र इमेल ठेगाना प्रदान गर्नुहोस् ताकि हामी तपाईंको आवेदनको स्थिति बारे तपाईंलाई बताउन सक्ने छौं। एक सदस्यको रूपमा, हामीले तपाईंलाई के अपेक्षा गर्ने, स्वस्थ रहने, अतिरिक्त लाभहरू प्रयोग गर्ने, चिकित्सक खोज्ने, हाम्रो सदस्य पोर्टल र अन्य महत्वपूर्ण कुराहरू जस्ता उपयोगी जानकारी प्रदान गर्ने छौं। तपाईंलाई रुचि छैन भने, तपाईं केही टेक्स्ट र इमेलहरू प्राप्त नगर्ने विकल्प छनोट गर्न सक्नुहुन्छ।

हामी तपाईंलाई आफ्नो Wellcare योजना मन परोस् भन्ने चाहन्छौं। तपाईंको आवश्यकता परिवर्तन हुँदै जाँदा हामीसँग तपाईंका लागि अझ उपयुक्त हुन सक्ने अन्य योजनाहरू भएमा, तपाईंलाई बताउने छौं। हामी हाम्रो योजनाको बारेमा मात्र कुरा गर्ने छौं।

(PO बक्स प्रविष्ट नगर्नुहोस्। नोट: घरबारविहीन भइरहेका व्यक्तिहरूको हकमा, PO बक्सलाई तपाईंको स्थायी बसोबास ठेगाना मान्न सकिने छ। घरबारविहीन भइरहेका

स्थायी बसोबासको मार्ग ठेगाना

सहर	ऐच्छिक: काउण्टी	प्रान्त	ZIP कोड
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

पत्राचार ठेगाना, तपाईंको स्थायी ठेगानाभन्दा फरक भएमा (PO बक्स राख्न सकिने छ) सडक ठेगाना

सहर	प्रान्त	ZIP कोड
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



तपाईंको Medicare विवरण:

Medicare नम्बर

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

निम्न लाभहरू पाउन योग्य छन्:

अस्पताल (भाग A)

चिकित्सा (भाग B)

लागू हुने मिति

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

M M D D Y Y Y Y

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

M M D D Y Y Y Y

यी महत्त्वपूर्ण प्रश्नहरूको उत्तर दिनुहोस्:

1. के तपाईंसँग Wellcare बाहेक अन्य प्रेस्क्रिप्सन औषधि कभरेज (जस्तै VA, TRICARE) हुने छ?

हो होइन

अन्य कभरेजको नाम

--

यस कभरेजका लागि सदस्य नम्बर

--

यस कभरेजका लागि समूह नम्बर

--

2. D-SNP योजनामा सामेल हुँदै हुनुहुन्छ भने, कृपया निम्न विवरण प्रदान गर्नुहोस्: प्रान्तीय Medicaid कार्यक्रम नम्बर:

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

कृपया D-SNP योजनाहरूका लागि Medicaid नम्बर समावेश गर्नुहोस्। Medicaid नम्बरहरू छुटेको खण्डमा आवेदनको प्रशोधनमा ढिलाइ हुन सक्छ र सम्भवतः आवेदन अस्वीकृत हुन सक्छ।

महत्त्वपूर्ण: तल पढेर हस्ताक्षर गर्नुहोस्:

- Wellcare मा रहिरहनका लागि मैले अस्पताल (भाग A) र मेडिकल (भाग B) दुवै कायम राख्नुपर्ने छ।
- यस Medicare Advantage योजनामा सामेल भएर, म स्वीकार गर्दछु कि Wellcare ले मेरो विवरण Medicare लाई प्रदान गर्ने छ, जसले यसलाई मेरो नामाङ्कन ट्र्याक गर्न, भुक्तानी गर्न र यो विवरण सङ्कलनलाई स्वीकृत गर्ने संघीय कानूनद्वारा अनुमति दिइएका अन्य प्रयोजनहरूका लागि प्रयोग गर्न सक्ने छ (तल गोपनीयता ऐन कथन हेर्नुहोस्)। यस फाराममा तपाईंको प्रतिक्रिया स्वैच्छिक छ। तथापि, प्रतिक्रिया दिन असमर्थ भएमा योजनामा तपाईंको नामाङ्कनलाई असर गर्न सक्ने छ।
- म एक पटकमा एउटा मात्र MA वा पार्ट D योजनामा सामेल हुन सक्छु - र यस योजनामा सामेल हुनाले अर्को MA वा पार्ट D योजनामा मेरो नामाङ्कन स्वतः समाप्त हुने छ (MA PFFS, MA MSA योजनाहरूका लागि अपवाद लागू हुने छन्) भन्ने मैले बुझेको छु।
- मेरो Wellcare कभरेज सुरु हुँदा, मैले Wellcare बाट आफ्ना सबै मेडिकल र प्रेस्क्रिप्सन औषधि लाभहरू प्राप्त गर्नुपर्छ भन्ने म बुझ्छु। Wellcare द्वारा प्रदान गरिएका र मेरो Wellcare "कभरेजको प्रमाण" कागजात (जसलाई सदस्य सम्झौता वा ग्राहक सम्झौता पनि भनिन्छ) मा समावेश गरिएका लाभ र सेवाहरू कभर गरिने छ। कभर नगरिएका लाभ वा सेवाहरूका लागि Medicare वा Wellcare दुवैले भुक्तानी गर्ने छैनन्।



- यस नामाङ्कन फाराममा दिइएको विवरण मेरो जानकारी अनुसार सही छ। यदि मैले यस फाराममा जानाजानी गलत विवरण प्रदान गरें भने, मलाई योजनाबाट हटाइने छ भन्ने मैले बुझेको छु।
- यस आवेदनमा मेरो हस्ताक्षर (वा मेरो तर्फबाट कार्य गर्न कानुनी रूपमा अधिकारप्राप्त व्यक्तिको हस्ताक्षर) को अर्थ मैले यस आवेदनको सामग्री पढेको र बुझेको छु भन्ने मैले बुझेको छु। आधिकारिक प्रतिनिधिद्वारा हस्ताक्षर गरिएको छ भने (माथि वर्णन गरिए अनुसार), यो हस्ताक्षरले निम्न कुराहरू प्रमाणित गर्दछ:
 - 1) निज व्यक्तिलाई प्रान्तीय कानून अन्तर्गत यो नामाङ्कन पूरा गर्न अधिकार प्रदान गरिएको छ र
 - 2) Medicare ले माग गरेमा यस अधिकारको कागजात उपलब्ध छ।

यस कागजातमा हस्ताक्षर गरेर, म मेरो ज्ञानले भ्याएसम्म, मैले प्रदान गरेको सबै विवरण सत्य, पूर्ण र सही छ भनी प्रमाणित गर्दछु। यदि यो विवरण गलत रहेको निर्धारण गरिएमा, मेरो नामाङ्कन रद्द गर्न सकिने छ भन्ने म बुझ्छु।

आजको मिति

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

हस्ताक्षर

यदि तपाईं आधिकारिक प्रतिनिधि हुनुहुन्छ भने, माथि हस्ताक्षर गरेर तलका खाली ठाउँ भर्नुहोस्:

नाम

ठेगाना

फोन नम्बर

 - -

नामाङ्कन गरिने व्यक्तिसँगको नाता



खण्ड 2 - यस खण्डमा रहेका सबै फिल्डहरू ऐच्छिक छन्

यी प्रश्नहरूको उत्तर दिन-नदिनु तपाईंको इच्छा हो। तपाईंले ती फिल्डहरू नभर्नुभएको कारणले तपाईंलाई कभरेजबाट वञ्चित गर्न मिल्दैन।

यदि तपाईं हामीले जानकारी अङ्ग्रेजी बाहेक अन्य भाषामा पठाइदेओस् भन्ने चाहनुहुन्छ भने कुनै एउटा छनोट गर्नुहोस्।

- स्पेनी अरबी बङ्गाली चिनियाँ क्रेयोले
 नेपाली रुसी स्वाहिली तमिल भियतनामी

यदि तपाईं हामीले जानकारी पहुँचयोग्य ढाँचामा पठाइदेओस् भन्ने चाहनुहुन्छ भने कुनै एउटा छनोट गर्नुहोस्।

- ब्रेल टूलो प्रिन्ट अडियो CD डेटा CD

तपाईंलाई जानकारी माथि सूचीबद्ध गरिएको बाहेक अन्य पहुँचयोग्य ढाँचामा चाहिएमा कृपया Wellcare लाई 1-844-480-0680 मा सम्पर्क गर्नुहोस् (TTY प्रयोगकर्ताहरूले 711 मा कल गर्न सक्छन्)। हाम्रो कार्यालय खुल्ने समय आइतबार-शनिबार, बिहान 8 बजेदेखि बेलुका 8 बजेसम्म (सबै समय क्षेत्र) हो।

1. के तपाईं काम गर्नुहुन्छ? हो होइन
2. तपाईंका श्रीमान/श्रीमती काम गर्नुहुन्छ? हो होइन
3. तपाईं नर्सिङ होम जस्ता दीर्घकालीन हेरचाह केन्द्रमा बस्नुहुन्छ? हो होइन
यदि "हो" भने, कृपया निम्न विवरण प्रदान गर्नुहोस्:

संस्थाको नाम:

संस्थाको ठेगाना (नम्बर र मार्ग)

सहर

प्रान्त

ZIP कोड

फोन नम्बर

तपाईंको इन-नेटवर्क प्रारम्भिक उपचार चिकित्सक (PCP), क्लिनिक वा स्वास्थ्य केन्द्र सूचीबद्ध गर्नुहोस्:

तपाईंले wellcarefindaprovider.com मा गई प्रदायक फेला पार्न सक्नुहुन्छ।

HMO योजनाहरूका लागि प्रदायकको विवरण:

PCP NPI:

PPG ID:

छनौट गरिएको योजनाका लागि चयन गरिएको PCP/PPG स्वीकृत भएको छ? हो होइन
हालका बिरामी? हो होइन



तपाईंको योजनाको प्रिमियम तिर्ने

तपाईंले आफ्नो मासिक योजना प्रिमियम (तपाईंसँग हाल भएको वा तिर्नुपर्ने कुनै पनि नामाङ्कन बिलम्ब जरिवानालगायत) प्रत्येक महिना हुलाक, इलेक्ट्रोनिक फन्ड ट्रान्सफर (EFT) वा क्रेडिट कार्ड मार्फत तिर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंले आफ्नो प्रिमियम आफ्नो सामाजिक सुरक्षा वा रेलमार्ग सेवानिवृत्ति बोर्ड (RRB) लाभबाट प्रत्येक महिना स्वचालित रूपमा निकास गरिए भुक्तानी गर्ने विकल्प पनि छनौट गर्न सक्नुहुन्छ।

तपाईंले भाग D-आयसँग सम्बन्धित मासिक समायोजन रकम (भाग D-IRMAA) तिर्नुपर्ने भएमा, तपाईंले आफ्नो योजना प्रिमियमको अतिरिक्त यो अतिरिक्त रकम पनि तिर्नुपर्ने छ। यो रकम सामान्यतया तपाईंको सामाजिक सुरक्षा लाभबाट निकालिने छ वा तपाईंले Medicare (वा RRB) बाट बिल प्राप्त गर्न सक्नुहुने छ। भाग D-IRMAA Wellcare लाई नतिर्नुहोस्।

यदि तपाईंले भुक्तानी विकल्प चयन गर्नुभएन भने, तपाईंले प्रत्येक महिना बिल प्राप्त गर्नुहुने छ।

कृपया प्रिमियम भुक्तानी विकल्प चयन गर्नुहोस्:

बिल प्राप्त गर्ने

तपाईंको मासिक सामाजिक सुरक्षा वा रेलमार्ग सेवानिवृत्ति बोर्ड (RRB) लाभ चेकबाट स्वचालित रूपमा कटौती गर्ने। मलाई निम्न लाभबाट मासिक लाभहरू प्राप्त हुन्छ: सामाजिक सुरक्षा RRB

(सामाजिक सुरक्षा/RRB बाट कटौती सुरु हुन सामाजिक सुरक्षा वा RRB ले कटौती स्वीकृत गरेपछि दुई महिना वा सोभन्दा बढी समय लाग्न सक्छ। धेरैजसो अवस्थाहरूमा, सामाजिक सुरक्षा वा RRB ले स्वचालित कटौतीका लागि तपाईंको निवेदन स्वीकार गर्नु भन्ने, तपाईंको सामाजिक सुरक्षा वा RRB लाभ चेकबाट पहिलो कटौतीमा तपाईंको नामाङ्कन लागू हुने मितिदेखि रोक्का सुरु हुने मितिसम्मका सबै बक्यौता प्रिमियमहरू समावेश हुने छन्। सामाजिक सुरक्षा वा RRB ले स्वचालित कटौतीका लागि तपाईंको निवेदनलाई स्वीकृत नगरेमा, हामी तपाईंलाई तपाईंको मासिक प्रिमियमका लागि कागजी बिल पठाउने छौं।)

नामाङ्कन गरिने व्यक्तिलाई यो फाराम भर्न सहयोग गर्ने व्यक्तिहरूका लागि मात्र

तपाईं नामाङ्कन गरिने व्यक्तिलाई यो फाराम भर्न मद्दत गर्ने व्यक्ति (जस्तै एजेन्ट, दलाल, SHIP परामर्शदाता, परिवारका सदस्य वा अन्य तेस्रो पक्ष) हुनुहुन्छ भने यो खण्ड पूरा गर्नुहोस्।

नाम: _____ नामाङ्कन गरिने व्यक्तिसँगको नाता: _____

हस्ताक्षर: _____ राष्ट्रिय उत्पादक नम्बर (एजेन्ट/दलालका लागि मात्र): _____

गोपनीयता ऐन कथन

Medicare तथा Medicaid सेवा केन्द्र (CMS) ले Medicare Advantage (MA) योजनाहरूमा लाभग्राहीहरूको नामाङ्कन ट्याक गर्न, उपचारमा सुधार गर्न र Medicare लाभहरूको भुक्तानीका लागि Medicare योजनाहरूबाट विवरण सङ्कलन गर्दछ। सामाजिक सुरक्षा ऐनको धारा 1851 र 1860D-1 र 42 CFR §§ 422.50 र 422.60 ले यो विवरण सङ्कलन गर्न अधिकार प्रदान गरेका छन्। CMS ले रेकर्ड प्रणालीको सूचना (SORN) "Medicare Advantage प्रेस्क्रिप्सन औषधि (MARx)", प्रणाली नम्बर 09-70-0588 मा निर्दिष्ट गरिए अनुसार Medicare लाभग्राहीहरूबाट नामाङ्कन डेटाको प्रयोग, खुलासा र आदानप्रदान गर्न सक्छ। यस फाराममा तपाईंको प्रतिक्रिया स्वैच्छिक छ। तथापि, प्रतिक्रिया दिन असमर्थ भएमा योजनामा तपाईंको नामाङ्कनलाई असर गर्न सक्ने छ।



कार्यालय प्रयोजनका लागि मात्र:

यस कागजातमा हस्ताक्षर गरेर र पेस गरेर, म यसभित्र प्रदान गरिएको विवरण मेरो ज्ञान र विश्वासले भ्याएसम्म सत्य, पूर्ण र सही रहेको प्रमाणित गर्दछु। कुनै पनि गलत विवरण दिएमा वा छुटाएमा अधिकतम मेरो अपोइन्टमेन्ट र उत्पादक सम्झौता समाप्त गर्नेसम्मको अनुशासनात्मक कारबाही हुन सक्छ भन्ने म बुझ्नेको छु।

कर्मचारी सदस्य/एजेन्ट/दलालको नाम (यदि नामाङ्कनमा सहयोग गरिएको भएमा):

योजना ID #:

कभरेज लागू हुने मिति:
M M D D Y Y Y Y

Wellcare बिक्री प्रतिनिधि/आधिकारिक एजेन्ट

(आवेदन पूरा गर्ने व्यक्तिगत बिक्री प्रतिनिधि/एजेन्ट)

एजेन्टको प्रकार (एउटा चयन गर्नुहोस्): आधिकारिक एजेन्ट Wellcare कर्मचारी

तलको खण्ड पूरा गर्नुहोस्:

बिक्री प्रतिनिधि/एजेन्टको नाम

बिक्री प्रतिनिधि/एजेन्टको NPN#

एजेन्सी/FMO आबद्धता (यदि लागू हुने भएमा):

यो विवरण तपाईंको स्वीकृत Wellcare इजाजतपत्र रेकर्डसँग मेल खानुपर्दछ।

एजेन्टको फोन #: - -

इमेल

एजेन्सी/FMO को फोन # (यदि लागू हुने भएमा)

 - -

बिक्री प्रतिनिधि/आधिकारिक एजेन्ट

आवेदन प्राप्त भएको मिति:

M M D D Y Y Y Y

(आवेदनहरू यस मितिबाट 1 पात्रो दिनभित्र Wellcare मा प्राप्त भइसक्नुपर्ने छ।)

आवेदन प्राप्त गर्ने स्थान: अपोइन्टमेन्ट बिक्री कार्यक्रम वाक-इन

अन्य(निर्दिष्ट गर्नुहोस्):

दलाल आवेदन पेसीहरू: बिक्री प्रतिनिधि/एजेन्टले अपोइन्टमेन्ट र नामाङ्कनको दायरा फाराम 1-844-222-3180 मा फ्याक्स गर्नुपर्ने छ।



नामाङ्कन अवधिका लागि योग्यताको प्रमाणीकरण

सामान्यतया, तपाईं प्रत्येक वर्षको अक्टोबर 15 तारिखदेखि डिसेम्बर 7 तारिखसम्मको वार्षिक नामाङ्कन अवधिमा मात्र Medicare Advantage योजनामा सामेल हुन सक्नुहुन्छ। यस अवधि बाहेक Medicare Advantage योजनामा सामेल हुन सकिने अपवादहरू पनि हुन्छन्। तपाईंले Medicare लाभहरू प्रयोग गर्ने यो पहिलो पटक हो र तपाईं 65 वर्ष पुग्नुभएको 90 दिनभन्दा बढी भइसकेको छ भने, "म Medicare को नयाँ सदस्य हुँ।" SEP लागू हुँदैन, त्यसैले कृपया तल उपयुक्त SEP चयन गर्नुहोस्।

कृपया निम्न कथनहरू ध्यानपूर्वक पढ्नुहोस् र कथन तपाईंमा लागू हुने भएमा बाकसमा चिन्ह लगाउनुहोस्। तलका कुनै पनि बाकसमा चिन्ह लगाएर तपाईं आफ्नो जानकारीमा भएसम्म, तपाईं नामाङ्कन अवधिका लागि योग्य हुनुहुन्छ भनी प्रमाणित गर्दै हुनुहुन्छ। हामीले पछि यो विवरण गलत रहेको निर्धारण गर्‍यो भने, तपाईंको नामाङ्कन रद्द गर्न सकिने छ।

छनौट गर्नु अघि कृपया तलका सबै कथनहरू पढ्नुहोस्।

म Medicare को नयाँ सदस्य हुँ।

*कृपया तपाईं 1 हुनुहुन्छ भने मात्र चयन गर्नुहोस्। हालै स्वीकृत; 2. तपाईं 65 वर्ष पुग्नुभएर 90 दिन कटेको छैन वा तपाईं हालसालै पछिल्लो 90 दिनभित्र 65 वर्ष पुग्नुभएको छ; 3. लाभहरूको नयाँ प्राप्तकर्ता; वा 4. हालै योग्य तर पहिले अपाङ्गता मार्फत मात्र Medicare प्राप्त गर्ने।

*यदि तपाईंको रोजगारदाताको कभरेज भर्खर समाप्त भएको छ र तपाईंले Medicare प्रयोग गर्ने यो पहिलो पटक हो भने, कृपया तल "मैले आफ्नो रोजगारदाता वा युनियनबाट कभरेज छोडेको हुँ" SEP चयन गर्नुहोस्।

वार्षिक नामाङ्कन अवधि (AEP) वार्षिक रूपमा अक्टोबर 15 तारिखदेखि डिसेम्बर 7 तारिखसम्म।

मेरो भाग A/D छ र मैले हालै भाग B का लागि साइन अप गरेको छु। म MA योजनामा सामेल हुन चाहन्छु।

म Medicare को नयाँ हुँ र मेरो भाग A र/वा भाग B कभरेज सुरु भएपछि

मैले Medicare प्राप्त गर्ने बारेमा मलाई सूचित गरिएको थियो। मलाई (मिति

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

हाल्लुहोस्) मा सूचित गरिएको थियो

पहिले मेरो Medicare थियो, तर अब म 65 वर्षको हुँदै छु।

म Medicare Advantage योजनामा सामेल भएको छु र Medicare Advantage खुला नामाङ्कन अवधि (MA OEP) को समयमा योजनामा परिवर्तन गर्न चाहन्छु।

म मेरो हालको योजनाको सेवा क्षेत्रभन्दा बाहिर नयाँ ठेगानामा सरेको छु वा म हालसालै सरें र यो योजना मेरो लागि नयाँ विकल्प हो। म (मिति

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

हाल्लुहोस्) मा सरें

म देश बाहिर बसेर (मिति हाल्लुहोस्) मा अमेरिका फर्किँँ।

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

म जेलबाट छुटें। मलाई (मिति हाल्लुहोस्) मा छोडिएको थियो

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

मैले हालसालै (मिति घुसाउनुहोस्) मा अमेरिकामा कानुनी हैसियत प्राप्त गरें।

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

म दीर्घकालीन हेरचाह केन्द्रमा बस्छु, जस्तै नर्सिङ होम वा पुनर्स्थापना अस्पताल।

*नोट: फाराममा दीर्घकालीन हेरचाह केन्द्रको विवरण भर्नुपर्दछ।

म हालसालै नर्सिङ होम वा पुनर्स्थापना अस्पताल जस्तो दीर्घकालीन हेरचाह केन्द्रबाट बाहिर आएको हुँ। *नोट: फाराममा दीर्घकालीन हेरचाह केन्द्रको विवरण भर्नुपर्दछ। म (मिति हाल्लुहोस्) मा संस्थाबाट बाहिरिएको हुँ।

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y



- मैले (मिति हाल्लुहोस) देखि मेरो रोजगारदाता वा युनियनबाट प्राप्त कभरेज (COBRA कभरेजलगायत) छोडेको छु

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- मैले Medicare औषधि कभरेज जत्तिकै राम्रो अर्को, गैर- Medicare औषधि कभरेज (क्रेडिटेबल कभरेज) गुमाएँ वा मेरो अन्य, गैर-Medicare कभरेज परिवर्तन भयो र अब यो क्रेडिटेबल मानिँदैन। मैले मेरो कभरेज (मिति हाल्लुहोस) मा गुमाएँ

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- मेरो विद्यमान योजना आगामी सम्झौता वर्षका लागि नवीकरणका लागि उपलब्ध हुने छैन**
***नोट: यो SEP फेब्रुअरीको अन्तिम दिन 12/8 तारिखदेखि मात्र मान्य हुने छ।**
- Medicare ले मेरो योजनासँगको आफ्नो सम्झौता समाप्त गरेको कारणले मैले आफ्नो कभरेज गुमाएँ। मलाई Medicare बाट म अर्को योजनामा सामेल हुन सक्छु भनिएको एउटा पत्र प्राप्त भयो। मेरो कभरेज (मिति हाल्लुहोस) देखि समाप्त भयो

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- मैले PACE (वृद्धवृद्धाहरूको लागि सबै समावेश गरिने हेरचाह कार्यक्रम) योजनाबाट आफ्नो कभरेज रद्द गरें। मैले कार्यक्रमबाट (मिति हाल्लुहोस) मा बाहिरिएँ

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- मैले मेरो विशेष आवश्यकता योजना गुमाएँ किनभने अब त्यो योजनाको लागि चाहिने मेरो विशेष आवश्यकता स्थिति छैन। SNP बाट (मिति हाल्लुहोस) मा मेरो नामाङ्कन रद्द हुने छ वा भएको छ

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- म आफ्नो दीर्घरोगको अवस्थाअनुसार लाभहरू मेल खाने विशेष आवश्यकता योजनामा सामेल हुन चाहन्छु।
- म मेरो CSNP योजनाका लागि अयोग्य ठहरिएँ र अर्को योजनामा सामेल हुन चाहन्छु। मलाई (मिति हाल्लुहोस) मा सूचित गरिएको थियो

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- हालसालै (मिति हाल्लुहोस) मा मेरो Medicaid मा परिवर्तन भएको थियो (हालै Medicaid प्राप्त गरेँ, मेरो Medicaid को स्तरमा परिवर्तन भयो वा Medicaid गुमाएँ)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- (मिति हाल्लुहोस) मा मेरो औषधिको खर्चका लागि भुक्तानी गर्ने मेरो अतिरिक्त सहयोग (Extra Help) मा हालै परिवर्तन भएको छ (भर्खरै अतिरिक्त सहयोग पाएँ, अतिरिक्त सहयोगको स्तरमा परिवर्तन भयो वा अतिरिक्त सहयोग गुमाएँ)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- म Medicare (वा मेरो प्रान्त) द्वारा सञ्चालित योजनामा सामेल भएको थिएँ र म फरक योजना छनौट गर्न चाहन्छु। त्यस योजनामा मेरो नामाङ्कन (मिति हाल्लुहोस) देखि सुरु भयो

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- म प्रान्तीय फर्मास्युटिकल सहायता कार्यक्रममा सामेल भएको छु। निम्न राज्यहरूमा योग्य SPAP उपलब्ध छ: Delaware, Indiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Jersey, New Mexico, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Texas, Vermont, Wisconsin.
- म प्रान्तीय फर्मास्युटिकल सहायता कार्यक्रमबाट सहयोग गुमाउँदै छु। मैले (मिति हाल्लुहोस) देखि सहायता गुमाएँ

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y



□ मलाई वा स्वास्थ्य सेवा निर्णयहरू लिन मद्दत गर्नका लागि म भर पर्ने व्यक्तिलाई आपत्कालीन अवस्था वा ठूलो विपत्ति (संघीय आपत्कालीन व्यवस्थापन एजेन्सी वा संघीय, मेरो राज्य वा मेरो स्थानीय सरकारले घोषणा गरेअनुसार) बाट असर पारेको थियो। यस पृष्ठमा भएका अन्य कथनहरूमध्ये एउटा ममा लागू भयो, तर विपत्तिको कारणले गर्दा म त्यसका लागि आवेदन गर्न असमर्थ भएँ। मैले निम्न लाभका लागि नामाङ्कन अवधि छुटाएँ:

□ म 5-स्टार Medicare योजनामा सामेल हुँदै छु।

□ म त्यस्तो योजनामा छु जसको स्टार रेटिङ विगत 3 वर्षदेखि 3 स्टारभन्दा तल छ। म 3 स्टार वा सोभन्दा माथिको स्टार रेटिङ भएको योजनामा सामेल हुन चाहन्छु।

□ म त्यस्तो योजनामा छु। यसमा आर्थिक समस्याहरू आएको कारणले हालै राज्यले यसको नियन्त्रण लिएको छ (रिसिभरसिप)। म अर्को योजनामा सामेल हुन चाहन्छु।

□ मैले पहुँचयोग्य ढाँचामा सामग्रीहरू अनुरोध गरें र समयमै प्राप्त गरिनँ। नामाङ्कनसम्बन्धी निर्णय लिने समय भएकोले म अब नामाङ्कन गर्न चाहन्छु। मैले पहिले अनुरोध गरेको पहुँचयोग्य ढाँचा यो थियो:

*नोट: पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा ब्रेल, डेटा CD, ठूलो प्रिन्ट लगायत पर्दछन्

□ म भाग A का लागि प्रिमियम तिर्छु र मैले सामान्य नामाङ्कन अवधि (प्रत्येक वर्ष जनवरी 1-मार्च 31) मा भाग B का लागि साइन अप गरें। म औषधि कभरेज सहितको Medicare औषधि योजना (भाग D) वा Medicare Advantage योजनामा सामेल हुन चाहन्छु।

□ विशेष नामाङ्कन अवधिमा मैले कुनै असाधारण परिस्थितिका कारण म योग्य भएको भाग A (अस्पताल बिमा) वा भाग B (मेडिकल बिमा) का लागि साइन अप गरें।

□ म WellCare/Centene Medicaid योजनामा सामेल भएको छु र WellCare/Centene को पूर्ण रूपमा एकीकृत D-SNP (FIDE SNP), उच्च मात्रामा एकीकृत D-SNP (HIDE D-SNP) वा लागू हुने एकीकृत योजना (AIP) मा सामेल हुन चाहन्छु।

□ मसँग मेरो Medicare Advantage योजनामार्फत Medicare औषधि कभरेज (भाग D) छ। म औषधि कभरेज प्रदान नगर्ने फरक Medicare स्वास्थ्य योजनामा सामेल हुन चाहन्छु, ताकि म गैर-Medicare क्रेडिटेबल औषधि कभरेजमा सामेल हुन सकूँ। *नोट: MA मात्र

यदि यीमध्ये कुनै पनि कथन तपाईंमा लागू हुँदैन वा तपाईंलाई यकिन छैन भने, तपाईं भर्ना हुन योग्य हुनुहुन्छ कि हुनुहुन्न भनेर थाहा पाउन कृपया Wellcare लाई 1-844-480-0680 मा सम्पर्क गर्नुहोस् (TTY प्रयोगकर्ताहरूले 711 मा कल गर्नुपर्छ)। हामी आइतबार-शनिबार, बिहान 8 बजेदेखि बेलुका 8 बजेसम्म (सबै समय क्षेत्रमा) खुला रहने छौं।

कागजीकार्य न्यूनीकरण ऐन, 1995 अनुसार, यसमा मान्य OMB नियन्त्रण नम्बर देखाएमा बाहेक कुनै पनि व्यक्तिले सूचना सङ्कलनमा प्रतिक्रिया दिनु आवश्यक छैन। यस विवरण सङ्कलनका लागि मान्य OMB नियन्त्रण नम्बर 0938-1378 हो। यो विवरण सङ्कलन पूरा गर्नका लागि निर्देशनहरू अध्ययन गर्न, विद्यमान डेटा स्रोतहरू खोजी गर्न, चाहिने डेटा सङ्कलन गर्न र विवरण सङ्कलन पूरा गर्न र समीक्षा गर्न लाग्ने समय सहित एउटा प्रश्नको उत्तर दिन औसत 20 मिनेट समय लाग्ने अनुमान गरिएको छ। यदि तपाईंसँग समय अनुमान(हरू)को शुद्धताको बारेमा कुनै टिप्पणी छ वा यो फाराम सुधार गर्न सुझावहरू छन् भने, कृपया निम्न ठेगानामा लेखेर पठाउनुहोस्: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

तपाईंले आफ्नो Medicare Part B प्रिमियम तिर्न जारी राख्नुपर्छ। तथापि, पूर्ण-दोहोरो लाभग्राहीहरूका लागि, तपाईंले आफ्नो Medicaid योग्यता कायम राख्नुभएसम्म राज्यले तपाईंको भाग B प्रिमियम कभर गर्ने छ।

