Fomu ya Ombi la Kujiandikisha Kibinafsi ya Mwaka 2026 ili Kujiunga na Medicare Advantage Mpango (Sehemu ya C)

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

✓ Angalia hali ya ombi lako hapa: wellcare.com/applicationtracker

Je, umefikiria kujiandikisha katika **go.wellcare.com/PA** badala yake? Ni njia ya haraka, salama na rahisi ya kutuma ombi.

Je, ni nani anayeweza kutumia fomu hii?

Watu wenye Medicare ambao wanataka kujiunga na Medicare Advantage Mpango

Ili kujiunga na mpango, lazima:

- Uwe raia wa Marekani au uwepo kihalali nchini Marekani
- Uwe unaishi katika eneo la huduma la mpango huo

Muhimu: Ili kujiunga na Medicare Advantage Mpango, lazima pia uwe na vitu hivi viwili:

- Medicare Part A (Bima ya Hospitali)
- Medicare Part B (Bima ya Matibabu)

Je, ninatumia fomu hii lini?

Unaweza kujiunga na mpango:

- Kati ya Oktoba 15–Desemba 7 kila mwaka (kwa ajili ya huduma za kuanzia Januari 1)
- Ndani ya miezi 3 ya kwanza baada ya kupata Medicare
- Katika hali fulani ambapo unaruhusiwa kujiunga au kubadilisha mipango

Tembelea Medicare.gov ili kujifunza zaidi kuhusu wakati ambao unaweza kujiandikisha kwenye mpango.

Je, ninahitaji nini ili kujaza fomu hii?

- Nambari yako ya Medicare (nambari iliyo kwenye kadi yako nyekundu, nyeupe, na ya bluu ya Medicare)
- Anwani yako ya kudumu na nambari ya simu

Kumbuka: Ni lazima ukamilishe vipengee vyote katika Sehemu ya 1. Vipengee vilivyo katika Sehemu ya 2 ni vya hiari – huwezi kunyimwa huduma kwa sababu ya kutojaza sehemu hizo.

Watu wanaokabiliwa na hali ya kukosa makazi

- Ikiwa unataka kujiunga na mpango lakini huna makazi ya kudumu, Sanduku la Posta, anwani ya mahali unapokaa au kliniki, au anwani ambapo unapokea barua (k.m., kaguzi za hifadhi ya jamii) zinaweza kuchukuliwa kuwa anwani yako ya kudumu ya makazi.

Vikumbusho:

- Ikiwa ungependa kujiunga na mpango wakati wa kujiandikisha wakati wa msimu wa vuli (Oktoba15–Desemba 7), mpango husika lazima upokee fomu yako iliyojazwa kabla ya au kufikia Desemba tarehe 7.
- Mpango wako utakutumia bili ya malipo ya mpango huo. Unaweza kuchagua kujiandikisha ili malipo ya ada yako yakatwe moja kwa moja kutoka kwenye akaunti yako ya benki au kutoka kwenye mafao yako ya kila mwezi ya Hifadhi ya Jamii (au Mafao ya Bodi ya Kustaafu ya Reli).

Je, ni nini kitakachotokea baadaye?

Tuma fomu yako iliyojazwa na iliyotiwa sahihi kwa:

Wellcare
PO Box 10420
Van Nuys, CA
91410-0420

Baada ya kushughulikia ombi lako la kujiunga, watawasiliana nawe.

Je, ninaweza kupataje usaidizi kuhusu fomu hii?

Piga simu kwa Wellcare ukitumia 1-844-480-0680. Watumiaji wa TTY wanaweza kupiga simu kwa 711.

Au, upige simu kwa Medicare ukitumia 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), saa 24 kwa siku, siku 7 kwa wiki. Watumiaji wa TTY wanaweza kupiga simu kwa 1-877-486-2048.

MUHIMU

Usitume fomu hii au bidhaa zozote zilizo na maelezo yako ya kibinafsi (kama vile madai, malipo, rekodi za matibabu, n.k.) kwa Ofisi ya Kuidhinisha Ripoti za PRA. Bidhaa zozote tutakazozopokea ambazo hazihusu jinsi ya kuboresha fomu hii au ukusanyaji wake (kama ilivyoainishwa katika OMB 0938-1378) zitaharibiwa. Haitawekwa, kukaguliwa, au kutumwa kwa mpango huo. Angalia "Je, ni nini kitakachotokea baadaye?" kwenye ukurasa huu ili kutuma fomu yako iliyojazwa kwa mpango husika.

©Wellcare 2025

Sehemu ya 1 – Sehemu zote kwenye ukurasa huu zinahitajika (isipokuwa ikiwa imetiwa alama ya hiari)

Chagua mpango unaotaka kujiunga nao:

Wellcare Dual Liberty Sync (HMO-POS D-SNP)[1]–unajumuisha bima ya dawa unazoandikiwa na daktari

☐**H2915-002-000** $0 kwa mwezi

Wellcare Simple (HMO-POS) –unajumuisha bima ya dawa unazoandikiwa na daktari

☐**H2915-003-000** $0 kwa mwezi

Wellcare Assist (HMO-POS) –unajumuisha bima ya dawa unazoandikiwa na daktari

☐**H2915-011-000** $32.70 kwa mwezi

Wellcare Patriot Giveback (HMO-POS) haujumuishi bima ya dawa unazoandikiwa na daktari

☐**H2915-013-000** $0 kwa mwezi

Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP)[1]–unajumuisha bima ya dawa unazoandikiwa na daktari

☐**H2915-018-000** $0-$32.70* kwa mwezi

[1] Ni lazima utimize vigezo mahususi vya kujiandikisha ili kujiandikisha katika mpango huu.

*Malipo halisi ni kulingana na hali ya Ruzuku ya Kipato cha Chini.

©Wellcare 2025

Sehemu ya 1 – Sehemu zote katika sehemu hii zinahitajika (isipokuwa ikiwa imetiwa alama ya hiari)

Jina la kwanza

Jina la mwisho

La Hiari: Herufi ya kwanza ya jina la katikati

Tarehe ya kuzaliwa

M M D D Y Y Y Y

Jinsia
☐ Mwanaume
☐ Mwanamke

Nambari ya simu ___ - ___ - ___

Aina ya simu
☐ Ya Nyumbani
☐ Ya Mkononi

La Hiari: Nambari ya Pili ya Simu ___ - ___ - ___

Aina ya simu
☐ Ya Nyumbani
☐ Ya Mkononi

La Hiari: Anwani ya barua pepe:

La Hiari: Je, ni unahisi kuwa ni rahisi kwako kutumia intaneti, barua pepe, au ujumbe mfupi bila usaidizi? ☐ Ndiyo ☐ Hapana

La Hiari: Njia unayopendelea ya mawasiliano: ☐ Kupigiwa Simu ☐ Kutumiwa Ujumbe ☐ Barua Pepe

*Tafadhali kumbuka kwamba mawasiliano yanaweza kutumwa kwa njia tofauti na 'Njia unayopendelea ya mawasiliano'.

Tunataka ufurahie kuwa mwanachama na kuelewa mpango wako. Tafadhali patiana nambari zako za simu na barua pepe ili tuweze kukuambia kuhusu hali ya ombi lako. Kama mwanachama, tutashiriki nawe maelezo muhimu kama vile kile unachoweza kutarajia, kuwa na afya njema, kutumia manufaa ya ziada, kutafuta daktari, tovuti yetu ya wanachama na mambo mengine muhimu. Ikiwa hupendi, unaweza kuchagua kujiondoa kwenye baadhi ya jumbe na barua pepe.

Tunataka upende mpango wako wa Wellcare. Ikiwa tuna mipango mingine ambayo inaweza kuwa bora kwako mahitaji yako yanapobadilika, tutakuambia. Tutazungumza tu kuhusu mipango kutoka kwetu.

(Usiandike PO (Sanduku la Posta). Kumbuka: Kwa watu wanaokabiliwa na hali ya ukosefu wa makazi, PO inaweza kuchukuliwa kuwa anwani yako ya makazi ya kudumu). ☐ Ukosefu wa Makazi

Anwani ya mtaa wa makazi ya kudumu

Jiji

La Hiari: Kaunti

Jimbo

Msimbo wa ZIP

Anwani ya kutumiwa barua, ikiwa ni tofauti na anwani yako ya kudumu (SLP inaruhusiwa)

Anwani ya mtaa

Jiji

Jimbo

Msimbo wa ZIP

©Wellcare 2025

Taarifa zako za Medicare:

Nambari ya Medicare

Ina haki ya:	Tarehe ya kuanza
HOSPITALI (Sehemu ya A)	M M D D Y Y Y Y
MATIBABU (Sehemu ya B)	M M D D Y Y Y Y

Jibu maswali haya muhimu:

1. Je, utakuwa na bima nyingine ya dawa zilizoagizwa na daktari (kama vile VA, TRICARE) pamoja na Wellcare?

   ☐Ndiyo ☐Hapana

   Jina la bima nyingine

   Nambari ya mwanachama ya bima hii

   Nambari ya kikundi ya bima hii

2. Ikiwa unajiandikisha katika Mpango wa D-SNP, tafadhali patiana: Nambari ya Mpango wa Medicaid ya Jimbo:

   Tafadhali jumuisha nambari ya Medicaid kwa ajili ya mipango ya D-SNP. Kukosekana kwa nambari za Medicaid kunaweza kusababisha kucheleweshwa kwa uchakataji wa ombi na pengine kukataliwa kwa ombi.

MUHIMU: Soma na utie sahihi hapa chini:

- Ni lazima nihifadhi Hospitali (Sehemu ya A) na Matibabu (Sehemu ya B) ili nitumie Wellcare.
- Kwa kujiunga na mpango huu wa Medicare Advantage Mpango, ninakubali kwamba Wellcare itashiriki maelezo yangu na Medicare, ambao wanaweza kuyatumia kufuatilia uandikishaji wangu, kufanya malipo na kwa madhumuni mengine yanayoruhusiwa na sheria ya Shirikisho yanayoidhinisha ukusanyaji wa maelezo haya (angalia Taarifa ya Sheria ya Faragha hapa chini). Majibu yako kwa fomu hii ni ya hiari. Hata hivyo, kukosa kujibu kunaweza kuathiri uandikishaji katika mpango huu.
- Ninaelewa kuwa ninaweza kusajiliwa katika mpango mmoja pekee wa MA au Sehemu ya D kwa wakati mmoja – na kwamba kujiandikisha katika mpango huu kutamaliza moja kwa moja uandikishaji wangu katika mpango mwingine wa MA au wa Sehemu ya D (isipokuwa mipango ya MA PFFS, MA MSA).
- Ninaelewa kuwa huduma yangu ya Wellcare inapoanza, lazima nipate mafao yangu yote ya matibabu na dawa kutoka kwa Wellcare. Mafao na huduma zinazotolewa na Wellcare na zilizomo katika hati yangu ya "Ushahidi wa Huduma" ya Wellcare (pia inayojulikana kama mkataba wa mwanachama au makubaliano ya mteja) zitashughulikiwa. Medicare au Wellcare haitalipia mafao au huduma ambazo haziko kwenye bima.

- Maelezo yaliyo kwenye fomu hii ya uandikishaji ni sahihi kwa kadri ya ufahamu wangu. Ninaelewa kwamba ikiwa nitatoa taarifa za uongo kwenye fomu hii kimakusudi, nitaondolewa kwenye mpango husika.
- Ninaelewa kuwa sahihi yangu (au sahihi ya mtu aliyeidhinishwa kisheria kuchukua hatua kwa niaba yangu) kwenye ombi hili inamaanisha kuwa nimesoma na kuelewa maudhui ya ombi hili. Ikiwa imetiwa sahihi na mwakilishi aliyeidhinishwa (kama ilivyoelezwa hapo juu), sahihi hii inathibitisha kwamba:

  1) Mtu huyo ameidhinishwa chini ya sheria ya Serikali kukamilisha uandikishaji huu, na

  2) Hati za idhini hii zinapatikana ikiwa zitaombwa na Medicare.

Kwa kutia sahihi kwenye hati hii, ninathibitisha kwamba, kwa kadiri ya ufahamu wangu, maelezo yote ambayo nimetoa ni ya kweli, kamili na sahihi. Ninaelewa kwamba ikibainika kuwa maelezo haya si sahihi, ninaweza kuondolewa kwenye mpango husika.

Tarehe ya leo

M M D D Y Y Y Y

____

Sahihi

Ikiwa wewe ni mwakilishi aliyeidhinishwa, tia sahihi hapo juu na ujaze sehemu zilizo hapa chini:

Jina

[ ]

Anwani

[ ]

Nambari ya simu

[ ] - [ ] - [ ]

Uhusiano na anayejiandikisha

[ ]

©Wellcare 2025

Sehemu ya 2 – Sehemu zote katika sehemu hii ni za hiari

Kujibu maswali haya ni chaguo lako. huwezi kunyimwa huduma kwa sababu ya kutojaza sehemu hizi.

Chagua moja ikiwa ungependa tukutumie taarifa katika lugha nyingine isipokuwa Kiingereza.

☐ Kihispania ☐ Kiarabu ☐ Kibengali ☐ Kichina ☐ Krioli

☐ Kinepali ☐ Kirusi ☐ Kiswahili ☐ Kitamil ☐ Kivietinamu

Chagua moja ikiwa ungependa tukutumie taarifa katika muundo unaokufaa zaidi.

☐ Maandishi ya Vipofu ☐ Chapa kubwa ☐ CD ya sauti ☐ CD ya Data

Tafadhali wasiliana na Wellcare ukitumia 1-844-480-0680 (watumiaji wa TTY wanaweza kupiga simu kwa 711) ikiwa unahitaji taarifa katika muundo unaokufaa zaidi kando na ile iliyoorodheshwa hapo juu. Saa zetu za kazi ni Jumapili-Jumamosi, saa 8 a.m. hadi 8 p.m. (majira yote ya saa).

---

1. Je, unafanya kazi? ☐ Ndiyo ☐ Hapana
2. Je, mwanandoa mwenzako anafanya kazi? ☐ Ndiyo ☐ Hapana
3. Je, wewe ni mkazi wa kituo cha utunzaji wa muda mrefu, kama vile nyumba ya wazee? ☐ Ndiyo ☐ Hapana
   Ikiwa "ndiyo", tafadhali toa taarifa zifuatazo:

Jina la Kituo:

____

Anwani ya Kituo (nambari na barabara)

____

Jiji	Jimbo	Msimbo wa ZIP	Nambari ya simu

Orodhesha Daktari wako wa Huduma ya Msingi Kwenye Mtandao (PCP), kliniki, au kituo cha afya:

Unaweza kupata mtoa huduma kwenye wellcarefindaprovider.com

____

Maelezo ya mtoa huduma kwa mipango ya HMO:

PCP NPI: ____________ PPG ID: ____________

Je, PCP/PPG iliyochaguliwa inakubaliwa kwa mpango uliochaguliwa? ☐ Ndiyo ☐ Hapana

Je, wewe ni mgonjwa kwa sasa? ☐ Ndiyo ☐ Hapana

©Wellcare 2025

Kulipa malipo ya mpango wako

Unaweza kulipa malipo yako ya kila mwezi ya mpango huu (pamoja na adhabu yoyote ya kuchelewa kujiandikisha ambayo unayo au unaweza kudaiwa kwa sasa) kupitia barua, Uhawilishaji wa Fedha Kielektroniki (EFT), au kadi ya mkopo kila mwezi. **Unaweza pia kuchagua kulipa malipo yako kwa kukatwa moja kwa moja kutoka kwenye faida yako ya Hifadhi ya Jamii au Bodi ya Kustaafu ya Barabara ya Reli (RRB) kila mwezi.**

Ikiwa utalazimika kulipa Kiasi cha Marekebisho ya Kila Mwezi kinachohusiana na Mapato kwa Sehemu ya D (Sehemu ya D-IRMAA), lazima ulipe kiasi hiki cha ziada pamoja na malipo ya mpango wako wa bima. Kiasi hicho kwa kawaida hukatwa kutoka kwenye mafao yako ya Hifadhi ya Jamii, au unaweza kupokea bili kutoka Medicare (au RRB). USILIPE Wellcare kiasi cha Sehemu ya D-IRMAA.

Ukikosa kuchagua chaguo la malipo, utapokea bili kila mwezi.

Tafadhali chagua chaguo la malipo ya ada ya kila mwezi:

☐ Pata bili

☐ Kukatwa moja kwa moja kutoka kwenye hundi yako ya kila mwezi ya Hifadhi ya Jamii au Bodi ya Kustaafu ya Barabara ya Reli (RRB). Napokea mafao ya kila mwezi kutoka kwa:

☐ Hifadhi ya Jamii ☐ RRB

(Makato ya Hifadhi ya Jamii/RRB yanaweza kuchukua miezi miwili au zaidi kuanza baada ya Hifadhi ya Jamii au RRB kuidhinisha makato hayo. Katika hali nyingi, ikiwa Hifadhi ya Jamii au RRB itakubali ombi lako la makato ya moja kwa moja, makato ya kwanza kutoka kwenye hundi yako ya mafao ya Hifadhi ya Jamii au RRB yatajumuisha ada zote zinazodaiwa kuanzia tarehe ya kuanza kwa uandikishaji wako hadi wakati wa kuanza kwa makato. Ikiwa Hifadhi ya Jamii au RRB haitakubali ombi lako la makato ya moja kwa moja, tutakutumia bili ya karatasi kwa ajili ya ada zako za kila mwezi.)

Kwa watu wanaosaidia wanaojiandikisha kujaza fomu hii pekee

Jaza sehemu hii ikiwa wewe ni mtu binafsi (yaani mawakala, madalali, washauri wa SHIP, watu wa familia, au washirika wengine) unayemsaidia anayejiandikisha kujaza fomu hii.

Jina:________________ Uhusiano na anayejiandikisha:________________

Sahihi:________________ Nambari ya Kitaifa ya Mwakilishi (Mawakala/Madalali pekee):____

TAARIFA YA SHERIA YA FARAGHA

Vituo vya Huduma za Medicare na Medicaid (CMS) hukusanya taarifa kutoka kwa mipango ya Medicare ili kufuatilia usajili wa wanufaika katika mipango ya Medicare Advantage Mpango (MA), kuboresha huduma za afya, na kuwezesha malipo ya mafao ya Medicare. Vifungu vya 1851 na 1860D-1 vya Sheria ya Hifadhi ya Jamii na 42 CFR §§ 422.50 na 422.60 vinaidhinisha ukusanyaji wa taarifa hizo. CMS inaweza kutumia, kufichua na kubadilishana data ya uandikishaji kutoka kwa wanufaika wa Medicare kama ilivyobainishwa katika Notisi ya Mfumo wa Rekodi (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Mfumo Nambari 09-70-0588. Majibu yako kwa fomu hii ni ya hiari. Hata hivyo, kukosa kujibu kunaweza kuathiri uandikishaji katika mpango huu.

©Wellcare 2025

KWA MATUMIZI YA OFISI PEKEE:

Kwa kutia sahihi na kuwasilisha hati hii, ninathibitisha kwamba taarifa zilizotolewa ndani yake ni ya kweli, kamili na sahihi kwa kadri ya ufahamu na imani yangu. Ninaelewa kuwa uwakilishi usio sahihi au kutotoa taarifa muhimu kunaweza kuwa sababu ya kuchukuliwa hatua za kinidhamu, ikiwemo kusitishwa kwa uteuzi wangu na makubaliano yangu kama mmwakilishi.

Jina la mfanyakazi/wakala/dalali (ikiwa ulisaidiwa katika usajili): ______

Nambari ya ID ya Mpango: ______ **Tarehe ya kuanza kwa bima:** ______ M M D D Y Y Y Y

Mwakilishi wa mauzo wa Wellcare/Wakala aliyeidhinishwa
(mwakilishi binafsi wa mauzo au wakala aliyekamilisha ombi)

Aina ya wakala (chagua moja): ☐Wakala aliyeidhinishwa ☐ Mfanyakazi wa Wellcare

Kamilisha sehemu iliyo hapa chini:

Mwakilishi wa mauzo/Jina la wakala ______

Nambari ya Mwakilishi wa mauzo/Wakala NPN ______

Ushirika wa Wakala/FMO (ikiwa inatumika): ______

Taarifa hizi lazima zilingane na rekodi zako za leseni za Wellcare zilizoidhinishwa.

Nambari ya simu ya wakala: ______ - ______ - ______

Barua pepe ______

Nambari ya simu ya wakala/FMO (ikiwa inatumika) ______ - ______ - ______

Tarehe ya kupokea ombi la mwakilishi wa mauzo/wakala aliyeidhinishwa: ______ M M D D Y Y Y Y
(Ni lazima maombi yapokewe na Wellcare ndani ya siku 1 ya kalenda baada ya tarehe hii.)

Mahali pa kupokea ombi: ☐ Miadi ☐ Hafla ya mauzo ☐ Bila miadi
☐ Nyingine (bainisha): ______

Mawasilisho ya Maombi ya Dalali: Mwakilishi wa mauzo/Wakala lazima atume kwa faksi Fomu za Maelezo ya Mipango na Fomu za Uandikishaji kwa nambari 1-844-222-3180.

©Wellcare 2025

Uthibitisho wa Kustahiki kwa ajili ya Kipindi cha Kujiandikisha

Kwa kawaida, unaweza kujiandikisha katika mpango wa Medicare Advantage pekee wakati wa uandikishaji wa kila mwaka kuanzia Oktoba 15 hadi Desemba 7 ya kila mwaka. Kuna hali za pekee zinazoweza kukuruhusu kujiandikisha katika mpango wa Medicare Advantage nje ya kipindi hiki cha kawaida cha usajili. Ikiwa hii ni mara yako ya kwanza kutumia mafao ya Medicare, na imepita zaidi ya siku 90 tangu ulipofikisha miaka 65, chagua chaguo la "Mimi ni mgeni katika Medicare." SEP HAITUMIKI, kwa hivyo tafadhali chagua SEP ifaayo hapa chini.

Tafadhali soma taarifa zifuatazo kwa makini na uweke alama kwenye kisanduku ikiwa taarifa hiyo inakuhusu. Kwa kuweka alama kwenye kisanduku chochote kati ya vifuatavyo, unathibitisha kwamba, kwa kadiri ya ufahamu wako, unastahiki kwa Kipindi cha Kujiandikisha. Iwapo tutabaini baadaye kuwa maelezo haya si sahihi, usajili wako unaweza kuondolewa.

Tafadhali soma taarifa zote hapa chini kabla ya kuchagua.

☐ Mimi ni mgeni katika Medicare.
*Tafadhali chagua tu ikiwa 1. Unastahiki kwa mara ya kwanza; 2. Umesalia na siku 90 kabla ya kufikisha miaka 65 AU umefikisha miaka 65 hivi majuzi ndani ya siku 90 zilizopita; 3. Ni mpokeaji mpya wa mafao; au 4. Unastahiki kwa mara ya kwanza lakini hapo awali ulipokea Medicare kupitia ulemavu.
*Ikiwa bima ya mwajiri wako imeisha hivi majuzi, na hii ni mara yako ya kwanza kutumia Medicare, tafadhali chagua SEP ya "Niliacha bima ya mwajiri wangu au chama cha wafanyakazi" hapa chini.

☐ Kipindi cha Kujiandikisha cha Kila Mwaka (AEP) Okt 15th hadi Dec 7 kila mwaka.

☐ Nina Sehemu ya A/D na nilijiandikisha hivi majuzi kwa Sehemu ya B. Ningependa kujiandikisha katika mpango wa MA.

☐ Mimi ni mgeni katika Medicare, na niliarifiwa kuhusu kupata Medicare baada ya bima yangu ya Sehemu ya A na/au Sehemu ya B kuanza. Niliarifiwa mnamo (weka tarehe) M M D D Y Y Y Y

☐ Nilikuwa na Medicare kabla ya sasa, lakini sasa ninafikisha miaka 65.

☐ Nimejiandikisha katika Medicare Advantage Mpango na ninataka kufanya mabadiliko katika Kipindi Wazi cha Usajili cha Medicare Advantage (MA OEP).

☐ Nimehamia anwani mpya ambayo iko nje ya eneo la huduma la mpango wangu wa sasa, au nimehama hivi karibuni na mpango huu ni chaguo jipya kwangu. Nilihama mnamo (weka tarehe) M M D D Y Y Y Y

☐ Nilirudi Marekani baada ya kuishi nje ya nchi mnamo (weka tarehe). M M D D Y Y Y Y

☐ **Niliachiliwa kutoka kifungoni. Niliachiliwa mnamo(weka tarehe)** M M D D Y Y Y Y

☐ Nimepata idhini ya kuwepo kihalali nchini Marekani hivi karibuni. Nilipata idhini hii mnamo (weka tarehe) M M D D Y Y Y Y

☐ Ninaishi katika kituo cha utunzaji wa muda mrefu, kama vile nyumba ya wazee au hospitali ya kurekebisha afya.
*KUMBUKA: Taarifa za kituo cha utunzaji wa muda mrefu lazima zijazwe kwenye fomu.

☐ Niliondoka hivi karibuni kutoka kwenye kituo cha utunzaji wa muda mrefu, kama vile nyumba ya wazee au hospitali ya kurekebisha afya. *KUMBUKA: Taarifa za kituo cha utunzaji wa muda mrefu lazima zijazwe kwenye fomu. Nilihama kwenye kituo hicho mnamo (weka tarehe) M M D D Y Y Y Y

©Wellcare 2025

☐ Niliacha bima ya mwajiri wangu au chama cha wafanyakazi (pamoja na bima ya COBRA) mnamo (weka tarehe) | | | | M M D D Y Y Y Y

☐ Nilipoteza bima nyingine ya dawa isiyo ya Medicare ambayo ni sawa na bima ya dawa ya Medicare (bima inayokubalika), au bima yangu nyingine isiyo ya Medicare imebadilika na haichukuliwi tena kuwa inayokubalika. Nilipoteza bima yangu mnamo (weka tarehe) | | | | M M D D Y Y Y Y

☐ **Mpango wangu wa sasa hautafanywa upya kwa mwaka ujao wa mkataba**
***KUMBUKA: SEP hii inatumika tu kuanzia tarehe 12/8- siku ya mwisho ya Februari.**

☐ Nilipoteza bima yangu kwa sababu Medicare ilimaliza mkataba wake na mpango wangu. Nilipata barua kutoka kwa Medicare ikisema naweza kujiunga na mpango mwingine. Bima yangu iliisha mnamo (weka tarehe) | | | | M M D D Y Y Y Y

☐ Niliachana na bima yangu katika mpango wa PACE (Programu za Utunzaji Jumuishi kwa Wazee). Niliachana na mpango huo mnamo (weka tarehe) | | | | M M D D Y Y Y Y

☐ Nilipoteza Mpango wangu wa Mahitaji Maalum kwa sababu sina tena hali yangu ya mahitaji maalum inayohitajika kwa mpango huo. Nitaondolewa au niliondolewa kwenye SNP mnamo (weka tarehe) | | | | M M D D Y Y Y Y

☐ Ninataka kujiunga na Mpango wa Mahitaji Maalum ambao mafao yake yanazingatia hali yangu ya ugonjwa sugu.

☐ Nilipatikana kuwa sistahiki kwa mpango wangu wa CSNP na ninataka kujiandikisha katika mpango mwingine. Niliarifiwa mnamo (weka tarehe) | | | | M M D D Y Y Y Y

☐ Hivi majuzi nilipata mabadiliko katika Medicaid yangu (nilipokea Medicaid hivi karibuni, nilikuwa na mabadiliko katika kiwango changu cha Medicaid, au nilipoteza Medicaid) mnamo (weka tarehe) | | | | M M D D Y Y Y Y

☐ Hivi majuzi nilipata mabadiliko katika Usaidizi wangu wa Ziada wa kulipia gharama zangu za dawa (nilipewa Usaidizi mpya wa Ziada, nilikuwa na mabadiliko katika kiwango changu cha Usaidizi wa Ziada, au nilipoteza Usaidizi wa Ziada mnamo (weka tarehe) | | | | M M D D Y Y Y Y

☐ Niliandikishwa katika mpango na Medicare (au jimbo langu) na ninataka kuchagua mpango tofauti. Usajili wangu katika mpango huo ulianza mnamo (weka tarehe) | | | | M M D D Y Y Y Y

☐ Niko katika Mpango wa Serikali wa Msaada wa Dawa. Majimbo yafuatayo yana SPAP iliyohitimu: Delaware, Indiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Jersey, New Mexico, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Texas, Vermont, Wisconsin.

☐ Ninapoteza usaidizi kutoka kwa Mpango wa Serikali wa Msaada wa Dawa. Nilipoteza usaidizi mnamo (weka tarehe) | | | | M M D D Y Y Y Y

☐ Mimi, au mtu ninayemtegemea kusaidia kufanya maamuzi ya utunzaji wa afya, aliathiriwa na dharura au maafa makubwa (kama ilivyotangazwa na shirika la Federal Emergency Management Agency, au na Shirikisho, jimbo langu, au serikali yangu ya mtaa). Moja ya kauli nyingine kwenye ukurasa huu ilinihusu, lakini sikuweza kufanya ombi langu kwa sababu ya maafa hayo.

Nilipitwa na Kipindi cha Kujiandikisha kwa sababu: ______

☐ Ninajiandikisha katika mpango wa Medicare wa nyota 5.

☐ **Niko katika mpango ambao umekuwa na ukadiriaji wa ubora wa chini ya nyota 3 kwa miaka 3 iliyopita. Ninataka kujiunga na mpango wenye ukadiriaji wa ubora wa nyota 3 au zaidi.**

☐ Niko katika mpango ambao umekabidhiwa kwa serikali hivi karibuni kutokana na matatizo ya kifedha (usimamizi wa mapokezi). Ninataka kubadilisha mpango wangu na kujiunga na mpango mwingine.

- ☐ Niliomba nyenzo katika muundo unaonifaa zaidi lakini sikuzipokea kwa wakati unaofaa. Ninataka kujiandikisha sasa kwa vile nimekuwa na muda wa kufanya maamuzi ya kujiandikisha. Muundo unaonifaa zaidi ambao niliomba hapo awali ulikuwa: ____________________

  *Kumbuka: Miundo inayofaa zaidi ni pamoja na lakini si tu Maandishi ya Vipofu, CD ya Data, Chapa Kubwa

- ☐ Ninalipa malipo ya Sehemu ya A na nilijiandikisha kwenye Sehemu ya B katika Kipindi cha Jumla cha Uandikishaji (Januari 1-Machi 31 kila mwaka). Ninataka kujiunga na mpango wa dawa za Medicare (Sehemu ya D) au Medicare Advantage Mpango wenye bima ya dawa.
- ☐ Nilijiandikisha kwenye Sehemu ya A (Bima ya Hospitali) au Sehemu ya B (Bima ya Matibabu) katika Kipindi Maalum cha Uandikishaji nilichohitimu kwa sababu ya hali ya kipekee.
- ☐ Nimejiandikisha katika Mpango wa Medicaid wa WellCare/Centene na ningependa kujiandikisha katika WellCare/Centene wa D-SNP jumuishi kikamilifu (FIDE SNP), D-SNP jumuishi kwa kiwango cha juu (HIDE D-SNP) au mpango mwingine jumuishi unaofaa (AIP).
- ☐ Nina bima ya dawa ya Medicare (Sehemu ya D) kupitia mpango wa Medicare Advantage Mpango. Ninataka kujiunga na mpango tofauti wa afya wa Medicare usio na bima ya dawa, ili niweze kubadilisha na kupata bima ya dawa isiyo ya Medicare inayokubalika. *KUMBUKA: MA pekee

Ikiwa hakuna kauli yoyote kati ya hizi inatumika kwako au huna uhakika, tafadhali wasiliana na Wellcare ukitumia 1-844-480-0680 (watumiaji wa TTY wanapaswa kupiga simu kwa 711) ili kuona kama unastahiki kujiandikisha. Huwa tumefungua kuanzia Jumapili-Jumamosi, 8 am - 8 pm (majira yote ya saa).

Kulingana na Sheria ya Kupunguza Matumizi ya Fomu ya 1995, hakuna watu wanaohitajika kujibu ukusanyaji wa taarifa isipokuwa uwe unaonyesha nambari halali ya udhibiti ya OMB. Nambari halali ya udhibiti ya OMB kwa ukusanyaji huu wa taarifa ni 0938-1378. Muda unaohitajika kukamilisha ukusanyaji huu wa taarifa unakadiriwa kuwa wastani wa dakika 20 kwa kila jibu, ikijumuisha muda wa kupitia maagizo, kutafuta vyanzo vya data vilivyopo, kukusanya taarifa zinazohitajika, na kukamilisha na kukagua ukusanyaji wa taarifa. Ikiwa una maoni yoyote kuhusu usahihi wa makadirio ya wakati au mapendekezo ya kuboresha fomu hii, tafadhali andika kwa: CMS, 7500 Security Boulevard, Kwa: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Ni lazima uendelee kulipa ada zako za Medicare Part B. Hata hivyo, kwa wanufaika wa mafao kamili ya pande mbili, Serikali itagharamia ada yako ya Sehemu ya B mradi tu utaendelea kustahiki kupokea Medicaid.

©Wellcare 2025