# 2026 ஆம் ஆண்டுக்கான தனிநபர் சேர்க்கை கோரிக்கைப் படிவம்

Medicare Advantage திட்டம் இல் (பாகம் C)சேர

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

✓ உங்கள் விண்ணப்ப நிலையை இங்கே சரிபார்க்கவும்:
wellcare.com/applicationtracker

## இந்தப் படிவத்தை யார் பயன்படுத்தலாம்?

Medicare Advantage திட்டம் இல் சேர விரும்பும் Medicare உள்ளவர்கள்

## திட்டத்தில் சேர, நீங்கள்:

- U.S. குடிமகனாக இருக்க வேண்டும் அல்லது அமெரிக்காவில் சட்டப்பூர்வமாக இருக்க வேண்டும்.
- திட்டத்தின் சேவைப் பகுதியில் வசிக்கவும்

**முக்கியமானது:** Medicare Advantage திட்டம் இல் சேர, உங்களிடம் இரண்டும் இருக்க வேண்டும்:

- Medicare Part A (மருத்துவமனை காப்பீடு)
- Medicare Part B (மருத்துவ காப்பீடு)

## இந்தப் படிவத்தை நான் எப்போது பயன்படுத்துவது?

நீங்கள் திட்டத்தில் சேர:

- ஒவ்வொரு ஆண்டும் அக்டோபர் 15 முதல் டிசம்பர் 7 வரை (ஜனவரி 1 முதல் தொடங்கும் கவரேஜுக்கு)
- முதலில் Medicare பெற்ற 3 மாதங்களுக்குள்
- திட்டங்களில் சேர அல்லது மாற்ற உங்களுக்கு அனுமதி உள்ள சில சூழ்நிலைகளில்

நீங்கள் எப்போது ஒரு திட்டத்திற்குப் பதிவு செய்யலாம் என்பது பற்றி மேலும் அறிய Medicare.gov ஐப் பார்வையிடவும்.

## இந்தப் படிவத்தை நிரப்ப எனக்கு என்ன தேவை?

- உங்கள் Medicare எண் (உங்கள் சிவப்பு, வெள்ளை மற்றும் நீல Medicare அட்டையில் உள்ள எண்)
- உங்கள் நிரந்தர முகவரி மற்றும் தொலைபேசி எண்

**குறிப்பு:** பிரிவு 1 இல் உள்ள அனைத்து பொருட்களையும் நீங்கள் பூர்த்தி செய்ய வேண்டும். பிரிவு 2 இல் உள்ள உருப்படிகள் விருப்பத்திற்குரியவை - நீங்கள் அவற்றை நிரப்பாததால் உங்களுக்கு காப்பீடு மறுக்கப்பட முடியாது.

## வீடற்ற நிலையை அனுபவிக்கும் நபர்கள்

- நீங்கள் திட்டத்தில் சேர விரும்பினால், ஆனால் நிரந்தர குடியிருப்பு இல்லையென்றால், ஒரு தபால் அலுவலகப் பெட்டி, தங்குமிடம் அல்லது மருத்துவமனையின் முகவரி அல்லது நீங்கள் அஞ்சல் பெறும் முகவரி (எ.கா., சமூகப் பாதுகாப்பு சோதனைகள்) உங்கள் நிரந்தர குடியிருப்பு முகவரியாகக் கருதப்படலாம்.

அதற்கு பதிலாக go.wellcare.com/PA இல் சேருவது பற்றி யோசித்தீர்களா? இது விண்ணப்பிக்க விரைவான, பாதுகாப்பான மற்றும் எளிதான வழியாகும்.

## நினைவூட்டல்கள்:

- இலையுதிர் கால திறந்த சேர்க்கையின் போது (அக்டோபர் 15–டிசம்பர் 7) நீங்கள் திட்டத்தில் சேர விரும்பினால், அந்தத் திட்டம் டிசம்பர் 7 ஆம் தேதிக்குள் உங்கள் பூர்த்தி செய்யப்பட்ட படிவத்தைப் பெற வேண்டும்.
- உங்கள் திட்டம் திட்டத்தின் பிரீமியத்திற்கான பில்லை உங்களுக்கு அனுப்பும். உங்கள் வங்கிக் கணக்கிலிருந்து அல்லது உங்கள் மாதாந்திர சமூகப் பாதுகாப்பு (அல்லது ரயில்வே ஓய்வூதிய வாரியம்) சலுகையிலிருந்து உங்கள் பிரீமியம் செலுத்துதல்களைக் கழிக்க நீங்கள் பதிவு செய்யத் தேர்வுசெய்யலாம்.

## அடுத்து என்ன நடக்கும்?

பூர்த்தி செய்து கையொப்பமிட்ட படிவத்தை இந்த முகவரிக்கு அனுப்பவும்:

Wellcare
PO Box 10420
Van Nuys, CA
91410-0420

உங்கள் சேர்வதற்கான கோரிக்கையைச் செயல்படுத்தியதும், அவர்கள் உங்களைத் தொடர்புகொள்வார்கள்.

## இந்தப் படிவத்தில் எனக்கு எப்படி உதவி கிடைக்கும்?

Wellcare ஐ 1-844-480-0680 என்ற எண்ணில் அழைக்கவும். TTY பயனர்கள் 711 ஐ அழைக்கலாம்.

அல்லது, 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) என்ற எண்ணில் Medicare 24 மணிநேரமும், வாரத்தில் 7 நாட்களும் அழைக்கவும். TTY பயனர்கள் 1-877-486-2048 ஐ அழைக்கலாம்.

**முக்கியமானது**

**இந்தப் படிவத்தையோ அல்லது உங்கள் தனிப்பட்ட தகவல்களுடன் கூடிய வேறு எந்தப் பொருட்களையோ (உரிமைகோரல்கள், கொடுப்பனவுகள், மருத்துவப் பதிவுகள் போன்றவை) PRA அறிக்கைகள் தீர்வு அலுவலகத்திற்கு அனுப்ப வேண்டாம். இந்தப் படிவத்தை எவ்வாறு மேம்படுத்துவது அல்லது அதன் சேகரிப்புச் சுமை (OMB 0938-1378 இல் கோடிட்டுக் காட்டப்பட்டுள்ளது) பற்றி அல்லாத எந்தவொரு உருப்படியும் எங்களுக்குக் கிடைத்தால் அது அழிக்கப்படும். இது வைத்திருக்கப்படாது, மதிப்பாய்வு செய்யப்படாது அல்லது திட்டத்திற்கு அனுப்பப்படாது. "அடுத்து என்ன நடக்கும்?" என்பதைப் பார்க்கவும்? இந்தப் பக்கத்தில் உங்கள் பூர்த்தி செய்யப்பட்ட படிவத்தை திட்டத்திற்கு அனுப்ப.**

## பிரிவு 1 - இந்தப் பக்கத்தில் உள்ள அனைத்து புலங்களும் கட்டாயமாகும் (விருப்பத்தேர்வு எனக் குறிக்கப்படாவிட்டால்)

**நீங்கள் சேர விரும்பும் திட்டத்தைத் தேர்ந்தெடுக்கவும்:**

**Wellcare Dual Liberty Sync (HMO-POS D-SNP)**[1] – பரிந்துரைக்கப்பட்ட மருந்து காப்பீடு அடங்கும்

☐ **H2915-002-000** மாதத்திற்கு $0

**Wellcare Simple (HMO-POS)** - பரிந்துரைக்கப்பட்ட மருந்து காப்பீட்டை உள்ளடக்கியது

☐ **H2915-003-000** மாதத்திற்கு $0

**Wellcare Assist (HMO-POS)** - பரிந்துரைக்கப்பட்ட மருந்து காப்பீட்டை உள்ளடக்கியது

☐ **H2915-011-000** மாதத்திற்கு $32.70

**Wellcare Patriot Giveback (HMO-POS)** - பரிந்துரைக்கப்பட்ட மருந்து காப்பீட்டை உள்ளடக்காது

☐ **H2915-013-000** மாதத்திற்கு $0

**Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP)**[1]– பரிந்துரைக்கப்பட்ட மருந்து காப்பீடு அடங்கும்

☐ **H2915-018-000** மாதத்திற்கு $0-$32.70*

[1] இந்தத் திட்டத்தில் சேர நீங்கள் குறிப்பிட்ட சேர்க்கை அளவுகோல்களைப் பூர்த்தி செய்ய வேண்டும்.

*குறைந்த வருமான மானிய நிலையை அடிப்படையாகக் கொண்ட உண்மையான பிரீமியம்.


©Wellcare 2025

## பிரிவு 1 – இந்தப் பிரிவில் உள்ள அனைத்து புலங்களும் அவசியம் (விருப்பத்தேர்வு எனக் குறிக்கப்படாவிட்டால்)

முதல் பெயர் ____ கடைசி பெயர் ____ விருப்பத்தேர்வு: நடுவில் உள்ள முதலெழுத்து ____

பிறந்த தேதி ____ M M D D Y Y Y Y

பாலினம் ☐ ஆண் ☐ பெண்

தொலைபேசி எண் ____ - ____ - ____ தொலைபேசி வகை ☐ வீடு ☐ செல்

விருப்பத்தேர்வு: இரண்டாம் நிலை தொலைபேசி எண் ____ - ____ - ____ தொலைபேசி வகை ☐ வீடு ☐ செல்

விருப்பத்தேர்வு: மின்னஞ்சல் முகவரி: ____

விருப்பத்தேர்வு: இணையம், மின்னஞ்சல் அல்லது குறுஞ்செய்தியை நீங்களே பயன்படுத்துவதில் உங்களுக்கு சௌகரியமாக இருக்கிறதா?
☐ ஆம் ☐ இல்லை

விருப்பத்தேர்வு: விருப்பமான தொடர்பு முறை: ☐ தொலைபேசி அழைப்பு ☐ உரை ☐ மின்னஞ்சல்

*தேர்ந்தெடுக்கப்பட்ட 'விருப்பமான தொடர்பு முறை'க்கு வெளியே தகவல் தொடர்புகள் அனுப்பப்படலாம் என்பதை நினைவில் கொள்ளவும்.

நீங்கள் உறுப்பினராக இருப்பதை அனுபவித்து உங்கள் திட்டத்தைப் புரிந்துகொள்ள வேண்டும் என்று நாங்கள் விரும்புகிறோம். உங்கள் விண்ணப்பத்தின் நிலையைப் பற்றி நாங்கள் உங்களுக்குத் தெரிவிக்க, உங்கள் தொலைபேசி எண்(கள்) மற்றும் மின்னஞ்சலை வழங்கவும். ஒரு உறுப்பினராக, என்ன எதிர்பார்க்கலாம், ஆரோக்கியமாக இருப்பது, கூடுதல் நன்மைகளைப் பயன்படுத்துதல், மருத்துவரைக் கண்டறிதல், எங்கள் உறுப்பினர் போர்டல் மற்றும் பிற முக்கியமான விஷயங்கள் போன்ற பயனுள்ள தகவல்களைப் பகிர்ந்து கொள்வோம். உங்களுக்கு ஆர்வம் இல்லையென்றால், சில குறுஞ்செய்திகளையும் மின்னஞ்சல்களையும் தவிர்க்கலாம்.

உங்கள் Wellcare திட்டத்தை நீங்கள் விரும்ப வேண்டும் என்று நாங்கள் விரும்புகிறோம். உங்கள் தேவைகள் மாறும்போது உங்களுக்குச் சிறப்பாக இருக்கும் வேறு திட்டங்கள் எங்களிடம் இருந்தால், நாங்கள் உங்களுக்குச் சொல்வோம். நாங்கள் எங்களிடமிருந்து திட்டங்களைப் பற்றி மட்டுமே பேசுவோம்.


©Wellcare 2025

(அஞ்சல் முகவரிப் பெட்டியில் நுழைய வேண்டாம். குறிப்பு: வீடற்ற நிலையை அனுபவிக்கும் நபர்களுக்கு, ஒரு அஞ்சல் பெட்டி உங்கள் நிரந்தர குடியிருப்பு முகவரியாகக் கருதப்படலாம்). ☐ வீடற்ற நிலையை அனுபவித்தல்

**நிரந்தர குடியிருப்பு தெரு முகவரி**

நகரம் | விருப்பத்தேர்வு: மாவட்டம் | மாநிலம் | அஞ்சல் குறியீடு

**அஞ்சல் முகவரி**, உங்கள் நிரந்தர முகவரியிலிருந்து வேறுபட்டால் (அஞ்சல் பெட்டி அனுமதிக்கப்படுகிறது)

தெரு முகவரி

நகரம் | மாநிலம் | அஞ்சல் குறியீடு


©Wellcare 2025

**உங்கள் Medicare தகவல்:**

**Medicare எண்**

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

உரிமை உண்டு:

| | நடைமுறைக்கு வரும் தேதி |
|---|---|
| மருத்துவமனை (பாகம் A) | MM DD YYYY |
| மருத்துவம் (பாகம் B) | MM DD YYYY |

## இந்த முக்கியமான கேள்விகளுக்கு பதிலளிக்கவும்:

1. Wellcare தவிர வேறு ஏதேனும் பரிந்துரைக்கப்பட்ட மருந்து காப்பீடு (VA, TRICARE போன்றவை) உங்களிடம் உள்ளதா? ☐ ஆம் ☐ இல்லை

   மற்ற காப்பீட்டின் பெயர்

   இந்த காப்பீட்டிற்கான உறுப்பினர் எண்

   இந்தக் காப்பீட்டிற்கான உறுப்பினர் எண்

2. D-SNP திட்டத்தில் சேருகிறீர்கள் என்றால், தயவுசெய்து வழங்கவும்: மாநில Medicaid திட்ட எண்:

   D-SNP திட்டங்களுக்கு Medicaid எண்ணை தயவுசெய்து சேர்க்கவும். Medicaid எண்கள் விடுபட்டுப் போனால் விண்ணப்பத்தைச் செயல்படுத்துவதில் தாமதம் ஏற்படலாம், மேலும் விண்ணப்பம் நிராகரிக்கப்படவும் வாய்ப்புள்ளது.


©Wellcare 2025

## முக்கியமானது: கீழே படித்து கையொப்பமிடுங்கள்:

- Wellcare திட்டத்தில் தொடர்ந்து இருக்க, நீங்கள் மருத்துவமனை (பாகம் A) மற்றும் மருத்துவ (பாகம் B) ஆகிய இரண்டையும் கட்டாயம் வைத்திருக்க வேண்டும்.
- இந்த Medicare Advantage திட்டத்தில் இணைவதன் மூலம், வெல்கேர் எனது தகவல்களை Medicare உடன் பகிர்ந்து கொள்ளும் என்பதை நான் ஒப்புக்கொள்கிறேன், அவர்கள் எனது பதிவைக் கண்காணிக்கவும், பணம் செலுத்தவும், இந்தத் தகவல்களைச் சேகரிக்க அங்கீகரிக்கும் கூட்டாட்சி சட்டத்தால் அனுமதிக்கப்பட்ட பிற நோக்கங்களுக்காகவும் இதைப் பயன்படுத்தலாம் (கீழே உள்ள தனியுரிமைச் சட்ட அறிக்கையைப் பார்க்கவும்). இந்த படிவத்திற்கு நீங்கள் அளிக்கும் பதில் உங்கள் விருப்பத்தைச் சார்ந்தது. எனினும், இதற்குப் பதிலளிக்கத் தவறினால், திட்டத்தில் சேருவது பாதிக்கப்படலாம்.
- நான் ஒரே நேரத்தில் ஒரு MA அல்லது பாகம்v D திட்டத்தில் மட்டுமே சேர முடியும் என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன் - மேலும் இந்தத் திட்டத்தில் சேர்வது மற்றொரு MA அல்லது பாகம் D திட்டத்தில் எனது பதிவை தானாகவே முடிவுக்குக் கொண்டுவரும் (MA PFFS, MA MSA திட்டங்களுக்கு விதிவிலக்குகள் பொருந்தும்).
- உங்கள் Wellcare காப்பீடு தொடங்கும் போது, எனது மருத்துவ மற்றும் மருந்துப் பலன்கள் அனைத்தையும் Wellcare-ல் இருந்துதான் பெற வேண்டும் என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன். Wellcare வழங்கும் மற்றும் எனது Wellcare "காப்பீட்டுச் சான்று" ஆவணத்தில் (உறுப்பினர் ஒப்பந்தம் அல்லது சந்தாதாரர் ஒப்பந்தம் என்றும் அழைக்கப்படுகிறது) உள்ள பலன்களும் சேவைகளும் பாதுகாக்கப்படும். Medicare-உம் சரி Wellcare-உம் சரி, காப்பீட்டின் கீழ் வராத பலன்களுக்கோ அல்லது சேவைகளுக்கோ பணம் செலுத்தாது.


©Wellcare 2025

- எனது அறிவுக்கு எட்டியவரை இந்தச் சேர்க்கைப் படிவத்தில் உள்ள தகவல்கள் சரியானவை. இந்த படிவத்தில் நான் வேண்டுமென்றே தவறான தகவல்களை வழங்கினால், திட்டத்திலிருந்து நான் விலக்கப்படுவேன் என்பதைப் புரிந்துகொள்கிறேன்.
- நான் கையொப்பமிடும்போது (அல்லது எனக்குப் பதிலாக சட்டப்பூர்வமாகச் செயல்பட அதிகாரம் பெற்றவர் கையொப்பமிடும்போது) இந்தப் படிவத்தில் உள்ள உள்ளடக்கங்களை நான் படித்துப் புரிந்துகொண்டேன் என்று அர்த்தம் என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன். ஒரு அங்கீகரிக்கப்பட்ட பிரதிநிதியால் (மேலே விவரிக்கப்பட்டுள்ளபடி) கையொப்பமிடப்பட்டால், இந்தக் கையொப்பம் பின்வருவனவற்றைச் சான்றளிக்கிறது:
  1) இந்தப் படிவத்தைச் சரிசெய்ய மாநிலச் சட்டத்தின் கீழ் இந்த நபர் அங்கீகரிக்கப்பட்டுள்ளார், மற்றும்
  2) இந்த அதிகாரத்திற்கான ஆவணங்கள் Medicare-ஆல் கோரப்பட்டால் கிடைக்கும்.

*இந்த ஆவணத்தில் கையொப்பமிடுவதன் மூலம், எனது அறிவுக்கு எட்டியவரை, நான் வழங்கிய அனைத்துத் தகவல்களும் உண்மையானவை, முழுமையானவை, மற்றும் துல்லியமானவை என்று சான்றளிக்கிறேன். இந்தத் தகவல் தவறானது என்று தீர்மானிக்கப்பட்டால், நான் திட்டத்திலிருந்து விலக்கப்படலாம் என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன்.*

**இன்றைய தேதி**

______________________________ | | | (M M D D Y Y Y Y)

**கையொப்பம்**

நீங்கள் அங்கீகரிக்கப்பட்ட பிரதிநிதி என்றால், மேலே கையொப்பமிட்டு, கீழே உள்ள புலங்களை நிரப்பவும்:

**பெயர்**

[ ]

**முகவரி**

[ ]

**தொலைபேசி எண்**

[ ] - [ ] - [ ]

**பதிவு செய்பவருடனான உறவு**

[ ]


©Wellcare 2025

## பிரிவு 2 - இந்தப் பிரிவில் உள்ள அனைத்து புலங்களும் விருப்பத்திற்குரியவை

**இந்தக் கேள்விகளுக்குப் பதிலளிப்பது உங்கள் விருப்பம். நீங்கள் அவற்றைப் பூர்த்தி செய்யவில்லை என்பதற்காக உங்களுக்குக் காப்பீடு மறுக்கப்படாது.**

ஆங்கிலத்தைத் தவிர வேறு மொழியில் உங்களுக்குத் தகவல் அனுப்ப நாங்கள் விரும்பினால், ஒன்றைத் தேர்ந்தெடுக்கவும்.

☐ ஸ்பானிஷ் ☐ அரபு ☐ பெங்காலி ☐ சீனம் ☐ கிரியோல்

☐ நேபாளி ☐ ரஷ்யன் ☐ சுவாஹிலி ☐ தமிழ் ☐ வியட்நாமியர்

---

நீங்கள் அணுகக்கூடிய வடிவத்தில் நாங்கள் உங்களுக்குத் தகவல் அனுப்ப விரும்பினால் ஒன்றைத் தேர்ந்தெடுக்கவும்.

☐ பிரெய்லி ☐ பெரிய அச்சு ☐ ஆடியோ சிடி ☐ தரவு குறுவட்டு

மேலே பட்டியலிடப்பட்டுள்ளதைத் தவிர வேறு அணுகக்கூடிய வடிவத்தில் உங்களுக்குத் தகவல் தேவைப்பட்டால், Wellcare-ஐ 1-844-480-0680 என்ற எண்ணில் தொடர்பு கொள்ளவும் (TTY பயனர்கள் 711 ஐ அழைக்கலாம்). எங்கள் அலுவலக நேரம் ஞாயிறு முதல் சனிக்கிழமை வரை, காலை 8 மணி முதல் இரவு 8 மணி வரை (அனைத்து நேர மண்டலங்களிலும்).

---

1. நீ வேலை செய்கிறாயா? ☐ ஆம் ☐ இல்லை
2. உங்கள் மனைவி வேலை செய்கிறாரா? ☐ ஆம் ☐ இல்லை
3. நீங்கள் ஒரு முதியோர் இல்லம் போன்ற நீண்ட காலப் பராமரிப்பு நிலையத்தில் வசிப்பவரா? ☐ ஆம் ☐ இல்லை
   If "ஆம்", தயவுசெய்து பின்வரும் தகவலை வழங்கவும்:

வசதியின் பெயர்:

வசதியின் முகவரி (எண் மற்றும் தெரு)

| நகரம் | மாநிலம் | அஞ்சல் குறியீடு | தொலைபேசி எண் |
|---|---|---|---|
| | | | |

---

**உங்கள் இன்-நெட்வொர்க் முதன்மை பராமரிப்பு மருத்துவர் (PCP), கிளினிக், அல்லது சுகாதார மையத்தை பட்டியலிடுங்கள்:**


©Wellcare 2025

wellcarefindaprovider.com இல் ஒரு வழங்குநரைக் காணலாம்

**HMO திட்டங்களுக்கான வழங்குநர் தகவல்:**

PCP NPI: ______ PPG ID: ______

நீங்கள் தேர்ந்தெடுத்த திட்டத்திற்கு, PCP/PPG தேர்ந்தெடுக்கப்பட்டது ஏற்கப்பட்டதா? ☐ ஆம் ☐இல்லை

தற்போதைய நோயாளி? ☐ ஆம் ☐இல்லை

## உங்கள் திட்ட பிரீமியங்களை செலுத்துதல்

உங்கள் மாதாந்திர திட்ட பிரீமியத்தை (தற்போது உங்களிடம் உள்ள அல்லது நீங்கள் செலுத்த வேண்டிய தாமதப் பதிவு அபராதம் உட்பட) ஒவ்வொரு மாதமும் அஞ்சல், மின்னணு நிதிப் பரிமாற்றம் (EFT), அல்லது கிரெடிட் கார்டு மூலம் செலுத்தலாம். **உங்கள் பிரீமியத்தை ஒவ்வொரு மாதமும் உங்கள் சமூக பாதுகாப்பு அல்லது ரயில்வே ஓய்வூதிய வாரிய (RRB) பலனிலிருந்து தானாக எடுத்துக்கொள்ளும்படியும் நீங்கள் தேர்ந்தெடுக்கலாம்.**

**நீங்கள் ஒரு பாகம் D-வருமானம் சார்ந்த மாதாந்திர சரிசெய்தல் தொகையை (பாகம் D-IRMAA) செலுத்த வேண்டுமானால், உங்கள் திட்ட பிரீமியத்துடன் இந்த கூடுதல் தொகையையும் நீங்கள் செலுத்த வேண்டும்.** இந்தத் தொகை வழக்கமாக உங்கள் சமூகப் பாதுகாப்புப் பலனில் இருந்து எடுக்கப்படும், அல்லது நீங்கள் medicare (அல்லது RRB) ஒரு பில்லைப் பெறலாம். பாகம் D-IRMAA-ஐ Wellcare-க்கு செலுத்த வேண்டாம்.

நீங்கள் ஒரு கட்டண விருப்பத்தைத் தேர்ந்தெடுக்கவில்லை என்றால், உங்களுக்கு ஒவ்வொரு மாதமும் ஒரு பில் வரும்.

## கட்டண விருப்பத்தைத் தயவுசெய்து தேர்ந்தெடுக்கவும்:

☐ ஒரு பில்லைப் பெறுங்கள்

☐ உங்கள் மாதாந்திர சமூக பாதுகாப்பு அல்லது ரயில்வே ஓய்வூதிய வாரிய (RRB) பலன் காசோலையிலிருந்து தானியங்கி பிடித்தம். எனக்கு மாதாந்திர சலுகைகள் இதிலிருந்து கிடைக்கின்றன: ☐ சமூக பாதுகாப்பு ☐ RRB

(சமூக பாதுகாப்பு/RRB பிடித்தம் தொடங்குவதற்கு சமூக பாதுகாப்பு அல்லது RRB அனுமதித்த பிறகு இரண்டு அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட மாதங்கள் ஆகலாம். பெரும்பாலான சந்தர்ப்பங்களில், சமூக பாதுகாப்பு அல்லது RRB உங்கள் தானியங்கி பிடித்தம் செய்வதற்கான கோரிக்கையை ஏற்றுக்கொண்டால், உங்கள் சமூக பாதுகாப்பு அல்லது RRB பலன் காசோலையிலிருந்து முதல் பிடித்தம், உங்கள் பதிவு அமலுக்கு வந்த நாளிலிருந்து பிடித்தம் தொடங்கும் புள்ளி வரையிலான அனைத்து பிரீமியங்களையும் உள்ளடக்கியதாக இருக்கும். உங்கள் தானியங்கி பிடித்தம் செய்வதற்கான கோரிக்கையை சமூக பாதுகாப்பு அல்லது RRB ஏற்கவில்லை என்றால், உங்கள் மாதாந்திர பிரீமியங்களுக்கான காகித பில்லை நாங்கள் உங்களுக்கு அனுப்புவோம்.)


©Wellcare 2025

## இந்த படிவத்தை பூர்த்தி செய்ய ஒரு பதிவு செய்பவருக்கு உதவும் தனிநபர்களுக்கு மட்டும்

ஒரு தனிநபர் (அதாவது, முகவர்கள், தரகர்கள், SHIP ஆலோசகர்கள், குடும்ப உறுப்பினர்கள் அல்லது பிற மூன்றாம் தரப்பினர்) ஒரு பதிவு செய்பவருக்கு இந்தப் படிவத்தை நிரப்ப உதவினால், இந்தப் பகுதியை நிரப்பவும்..

பெயர்:____________________ பதிவு செய்பவருடனான உறவு:____________________

கையொப்பம்:____________________ தேசிய தயாரிப்பாளர் எண் (முகவர்கள்/தரகர்கள் மட்டும்):____________________

### தனியுரிமைச் சட்ட அறிக்கை

Medicare மற்றும் Medicaid சேவைகளுக்கான மையங்கள் (CMS) ஆனது, Medicare Advantage (MA) திட்டங்களில் பயனாளர் பதிவைக் கண்காணிக்கவும், சேவைகளை மேம்படுத்தவும், மற்றும் Medicare பலன்களுக்கான கட்டணத்திற்காகவும் Medicare திட்டங்களிடமிருந்து தகவல்களைச் சேகரிக்கிறது. சமூகப் பாதுகாப்புச் சட்டத்தின் பிரிவுகள் 1851 மற்றும் 1860D-1 மற்றும் 42 CFR §§ 422.50 மற்றும் 422.60 ஆகியவை இந்தத் தகவலைச் சேகரிக்க அதிகாரம் அளிக்கின்றன. CMS, "Medicare Advantage பரிந்துரைக்கப்பட்ட மருந்து (MARx)", சிஸ்டம் எண். 09-70-0588 என்ற பதிவுகள் அறிவிப்பின் அமைப்பில் (SORN) குறிப்பிடப்பட்டுள்ளபடி, Medicare பயனர்களிடமிருந்து பதிவுத் தகவலைப் பயன்படுத்தலாம், வெளியிடலாம் மற்றும் பரிமாறிக்கொள்ளலாம். இந்த படிவத்திற்கு நீங்கள் அளிக்கும் பதில் உங்கள் விருப்பத்தைச் சார்ந்தது. எனினும், இதற்குப் பதிலளிக்கத் தவறினால், திட்டத்தில் சேருவது பாதிக்கப்படலாம்.


©Wellcare 2025

**அலுவலக பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்:**

*இந்த ஆவணத்தில் கையொப்பமிட்டுச் சமர்ப்பிப்பதன் மூலம், இதில் வழங்கப்பட்டுள்ள தகவல்கள் எனது அறிவு மற்றும் நம்பிக்கை ஆகியவற்றின்படி உண்மையானவை, முழுமையானவை மற்றும் துல்லியமானவை என்று நான் சான்றளிக்கிறேன். ஏதேனும் தவறான தகவல்களை அளிப்பது அல்லது தகவலை மறைப்பது, ஒழுங்கு நடவடிக்கைக்கும், எனது நியமனம் மற்றும் தயாரிப்பாளர் ஒப்பந்தத்தை நிறுத்துவதற்கும் காரணமாக அமையலாம் என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன்.*

பணியாளர்/முகவர்/தரகரின் பெயர் (பதிவுக்கு உதவியிருந்தால்):

திட்ட ID #:

**காப்பீடு அமலுக்கு வரும் தேதி:** M M D D Y Y Y Y

**Wellcare விற்பனைப் பிரதிநிதி/அங்கீகரிக்கப்பட்ட முகவர்**

(விண்ணப்பத்தை பூர்த்தி செய்த தனிப்பட்ட விற்பனைப் பிரதிநிதி/முகவர்)

**முகவர் வகை** (ஒன்றைத் தேர்ந்தெடுக்கவும்): ☐ அங்கீகரிக்கப்பட்ட முகவர் ☐ Wellcare ஊழியர்

**கீழே உள்ள பகுதியை பூர்த்தி செய்யவும்:**

விற்பனை பிரதிநிதி/முகவர் பெயர்

விற்பனை பிரதிநிதி/முகவர் NPN #

நிறுவனம்/FMO இணைப்பு (பொருந்தினால்):

**இந்தத் தகவல் உங்கள் அங்கீகரிக்கப்பட்ட Wellcare உரிம ஆவணங்களுடன் பொருந்த வேண்டும்.**

**முகவர் தொலைபேசி எண் #:** ___ - ___ - ___

**மின்னஞ்சல்**

**ஏஜென்சி/FMO தொலைபேசி எண் #** (பொருந்தினால்) ___ - ___ - ___

**விற்பனைப் பிரதிநிதி/அங்கீகரிக்கப்பட்ட முகவரின் விண்ணப்பம் பெறப்பட்ட தேதி:** M M D D Y Y Y Y

(இந்த தேதியிலிருந்து 1 காலண்டர் நாளுக்குள் விண்ணப்பங்கள் Wellcare-க்கு வந்துசேர வேண்டும்.)

**விண்ணப்ப ரசீது கிடைக்கும் இடம்:** ☐ சந்திப்பு ☐ விற்பனை நிகழ்வு ☐ நேரில் வருகை

☐ மற்றவை (குறிப்பிடவும்):

**தரகர் விண்ணப்ப சமர்ப்பிப்புகள்:** விற்பனைப் பிரதிநிதி/முகவர், சந்திப்பு மற்றும் பதிவுப் படிவங்களின் நோக்கத்தை 1-844-222-3180 என்ற எண்ணுக்கு ஃபாக்ஸ் செய்ய வேண்டும்.


©Wellcare 2025

## சேர்வதற்கான தகுதிக்கான சான்று

**வழக்கமாக, நீங்கள் ஒவ்வொரு ஆண்டும் அக்டோபர் 15 முதல் டிசம்பர் 7 வரையிலான வருடாந்திரப் பதிவு காலத்தில் மட்டுமே ஒரு Medicare Advantage திட்டத்தில் சேரலாம்.** இந்தக் காலத்திற்கு வெளியே ஒரு Medicare Advantage திட்டத்தில் நீங்கள் சேர அனுமதிக்கும் விதிவிலக்குகள் உள்ளன. இதுதான் நீங்கள் Medicare பலன்களைப் பயன்படுத்துவது முதல் முறை என்றால், மற்றும் உங்களுக்கு 65 வயதாகி 90 நாட்களுக்கு மேல் ஆகியிருந்தால், "நான் Medicare-க்கு புதியவன்" (என்ற விருப்பத்தைத் தேர்ந்தெடுக்கவும்). SEP பொருந்தாது, எனவே கீழே உள்ள பொருத்தமான SEP-ஐத் தேர்ந்தெடுக்கவும்.

தயவுசெய்து பின்வரும் அறிக்கைகளை கவனமாகப் படித்து, அந்த அறிக்கை உங்களுக்குப் பொருந்தினால் பெட்டியை சரிபார்க்கவும்.
பின்வரும் பெட்டிகளில் ஏதேனும் ஒன்றைச் சரிபார்ப்பதன் மூலம், உங்கள் அறிவுக்கு எட்டிய வரையில், நீங்கள் ஒரு பதிவு காலத்திற்கு தகுதியானவர் என்பதை நீங்கள் சான்றளிக்கிறீர்கள். இந்தப் தகவல் தவறானது என நாங்கள் பின்னர் தீர்மானித்தால், நீங்கள் திட்டத்திலிருந்து நீக்கப்படலாம்.

**தேர்வு செய்வதற்கு முன், கீழே உள்ள அனைத்து அறிக்கைகளையும் கவனமாகப் படிக்கவும்.**

☐ நான் Medicare-க்கு புதியவன்.
*தயவுசெய்து நீங்கள் 1 ஆக இருந்தால் மட்டுமே தேர்ந்தெடுக்கவும். புதிதாக உரிமை பெற்றது; 2. நீங்கள் 65 வயதை எட்டுவதற்கு 90 நாட்களுக்குள் இருக்கிறீர்கள் அல்லது சமீபத்தில் 65 வயதை அடைந்து 90 நாட்களுக்குள் உள்ளீர்கள்; 3. புதிய பயனாளி; அல்லது 4. புதிதாக தகுதி பெற்றவர், ஆனால் இதற்கு முன் இயலாமை மூலம் Medicare-ஐப் பெற்றவர்.
*உங்கள் முதலாளி வழங்கிய காப்பீடு சமீபத்தில் முடிவடைந்திருந்தால், மற்றும் இதுதான் நீங்கள் Medicare-ஐப் பயன்படுத்துவது முதல் முறை என்றால், கீழே உள்ள “நான் எனது முதலாளி அல்லது தொழிற்சங்கத்திடமிருந்து பெற்ற காப்பீட்டை விட்டுவிட்டேன்” என்ற SEP-ஐத் தேர்ந்தெடுக்கவும்.

☐ வருடாந்திர பதிவு காலம் (AEP) அக்டோபர் 15 முதல் டிசம்பர் 7 வரை ஒவ்வொரு ஆண்டும்.

☐ எனக்கு பாகம் A/D உள்ளது, மற்றும் சமீபத்தில் பாகம் B-க்கு பதிவு செய்தேன். நான் ஒரு MA திட்டத்தில் சேர விரும்புகிறேன்.


©Wellcare 2025

☐ நான் Medicare-க்கு புதியவன், மேலும் எனது பாகம் A மற்றும்/அல்லது பாகம் B கவரேஜ் தொடங்கிய பிறகுதான் எனக்கு Medicare கிடைப்பதைப் பற்றி அறிவிக்கப்பட்டது. எனக்கு அறிவிக்கப்பட்டது (தேதியைச் செருகவும்) | | | | M M D D Y Y Y Y

☐ நான் இப்போது 65 வயதை எட்டுவதால், இதற்கு முன்பு எனக்கு Medicare இருந்தது.

☐ நான் ஒரு Medicare Advantage திட்டத்தில் பதிவு செய்துள்ளேன், மற்றும் Medicare Advantage திறந்த பதிவு காலத்தில் (MA OEP) ஒரு மாற்றத்தைச் செய்ய விரும்புகிறேன்.

☐ நான் எனது தற்போதைய திட்டத்தின் சேவைப் பகுதிக்கு வெளியே உள்ள புதிய முகவரிக்கு மாறிவிட்டேன், அல்லது நான் சமீபத்தில் இடம் மாறிவிட்டேன், மற்றும் இந்தப் புதிய திட்டம் எனக்கு ஒரு புதிய விருப்பமாக உள்ளது. நான் நகர்ந்துவிட்டேன் (தேதியைச் செருகவும்) | | | | M M D D Y Y Y Y

☐ நான் நாட்டிற்கு வெளியே வாழ்ந்த பிறகு U.S. விற்குத் திரும்பினேன் (தேதியைச் செருகவும்). | | | | M M D D Y Y Y Y

☐ **நான் சிறையிலிருந்து விடுதலையானேன். நான் விடுவிக்கப்பட்ட நாள் (தேதியைச் செருகவும்)** | | | | M M D D Y Y Y Y

☐ நான் சமீபத்தில் U.S. வில் சட்டப்பூர்வமான இருப்பு நிலையைப் பெற்றேன். நான் இந்த நிலையை (தேதியைச் செருகவும்) அன்று பெற்றேன் | | | | M M D D Y Y Y Y

☐ நான் ஒரு நீண்டகாலப் பராமரிப்பு நிலையத்தில், அதாவது முதியோர் இல்லம் அல்லது மறுவாழ்வு மருத்துவமனையில் வசிக்கிறேன். *குறிப்பு: நீண்ட கால பராமரிப்பு வசதி பற்றிய தகவல்கள் படிவத்தில் பூர்த்தி செய்யப்பட வேண்டும்.

☐ நான் சமீபத்தில் ஒரு நீண்ட கால பராமரிப்பு வசதி, அதாவது ஒரு முதியோர் இல்லம் அல்லது ஒரு மறுவாழ்வு மருத்துவமனையிலிருந்து வெளியேறினேன். *குறிப்பு: நீண்ட கால பராமரிப்பு வசதி பற்றிய தகவல்கள் படிவத்தில் பூர்த்தி செய்யப்பட வேண்டும்.
நான் (தேதியைச் செருகவும்) அன்று வசதியிலிருந்து வெளியேறினேன் | | | | M M D D Y Y Y Y

☐ நான் எனது முதலாளி அல்லது தொழிற்சங்கத்திடமிருந்து (COBRA கவரேஜ் உட்பட) (தேதியைப் பதியவும்) அன்று கவரேஜை விட்டு விலகினேன் | M M D D Y Y Y Y

☐ உங்கள் கோரிக்கையின் தமிழ் மொழிபெயர்ப்பு இதோ:"நான் Medicare மருந்து காப்பீட்டிற்குச் சமமான, Medicare அல்லாத மருந்து காப்பீட்டை (நம்பகமான காப்பீடு) இழந்தேன், அல்லது எனது Medicare அல்லாத காப்பீடு மாறி, அது நம்பகமானதாகக் கருதப்படுவதில்லை." நான் எனது கவரேஜை இழந்த தேதி (தேதியைச் செருகவும்) | M M D D Y Y Y Y

☐ **எனது தற்போதைய திட்டம் வரவிருக்கும் ஒப்பந்த ஆண்டிற்கு புதுப்பிக்கப்படவில்லை.**
***குறிப்பு: இந்த SEP 12/8 முதல் பிப்ரவரி மாதத்தின் கடைசி நாள்வரை மட்டுமே செல்லுபடியாகும்.**

☐ Medicare எனது திட்டத்துடனான ஒப்பந்தத்தை முடித்துக்கொண்டதால், நான் எனது காப்பீட்டை இழந்தேன். எனக்கு Medicare ஒரு கடிதம் வந்தது, நான் வேறொரு திட்டத்தில் சேரலாம் என்று கூறியது. எனது கவரேஜ் (தேதியைச் செருகவும்) அன்று முடிந்தது | M M D D Y Y Y Y

☐ நான் PACE (முதியோருக்கான அனைத்தையும் உள்ளடக்கிய பராமரிப்பு திட்டங்கள்) திட்டத்தில் எனது காப்பீட்டை கைவிட்டேன். நான் நிரலை விட்டு வெளியேறினேன் (தேதியைச் செருகவும்) | M M D D Y Y Y Y

☐ அந்தத் திட்டத்திற்குத் தேவையான சிறப்புத் தேவைகள் நிலை இனி எனக்கு இல்லாததால், எனது சிறப்புத் தேவைகள் திட்டத்தை நான் இழந்துவிட்டேன். நான் (தேதியைச் செருகு) அன்று SNP-யிலிருந்து நீக்கப்படுவேன் அல்லது நீக்கப்பட்டேன் | M M D D Y Y Y Y

☐ என்னுடைய நாள்பட்ட நிலைக்கு ஏற்ப அதன் நன்மைகளை மாற்றியமைக்கும் ஒரு சிறப்புத் தேவைகள் திட்டத்தில் சேர விரும்புகிறேன்.

☐ எனது CSNP திட்டத்திற்கு நான் தகுதியற்றவன் என்று கண்டறியப்பட்டது, மேலும் வேறு திட்டத்தில் சேர விரும்புகிறேன். எனக்கு அறிவிக்கப்பட்டது (தேதியைச் செருகவும்) | M M D D Y Y Y Y


©Wellcare 2025

☐ நான் சமீபத்தில் எனது Medicaid -ல் ஒரு மாற்றத்தைக் கண்டேன் (புதிதாக Medicaid கிடைத்தது, எனது Medicaid அளவில் ஒரு மாற்றம் ஏற்பட்டது, அல்லது Medicaid இழந்தேன்) (தேதியைப் பதியவும்) அன்று

| | | |
|---|---|---|
| M M | D D | Y Y Y Y |

☐ சமீபத்தில் எனது மருந்து செலவுகளுக்கு (புதிதாக கூடுதல் உதவி கிடைத்தது, கூடுதல் உதவியின் அளவில் மாற்றம் ஏற்பட்டது, அல்லது கூடுதல் உதவியை இழந்தது) பணம் செலுத்துவதற்காக எனது கூடுதல் உதவியில் மாற்றம் ஏற்பட்டது (தேதியைச் செருகவும்)

| | | |
|---|---|---|
| M M | D D | Y Y Y Y |

☐ நான் Medicare (அல்லது எனது மாநிலம்) மூலம் ஒரு திட்டத்தில் சேர்ந்துள்ளேன், நான் வேறு ஒரு திட்டத்தைத் தேர்வு செய்ய விரும்புகிறேன். அந்தத் திட்டத்தில் எனது சேர்க்கை (தேதியைச் செருகவும்) அன்று தொடங்கியது

| | | |
|---|---|---|
| M M | D D | Y Y Y Y |

☐ நான் ஒரு மாநில மருந்து உதவித் திட்டத்தில் இருக்கிறேன். பின்வரும் மாநிலங்கள் தகுதிவாய்ந்த SPAP-ஐக் கொண்டுள்ளன: Delaware, Indiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Jersey, New Mexico, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Texas, Vermont, Wisconsin.

☐ நான் ஒரு மாநில மருந்தக உதவித் திட்டத்திலிருந்து (State Pharmaceutical Assistance Program) உதவியை இழக்கிறேன். நான் (தேதியைப் பதியவும்) அன்று உதவியை இழந்தேன்

| | | |
|---|---|---|
| M M | D D | Y Y Y Y |

☐ நான், அல்லது உடல்நலப் பாதுகாப்பு முடிவுகளை எடுக்க எனக்கு உதவும் நபர், ஒரு அவசரகால அல்லது பெரும் பேரிடரால் பாதிக்கப்பட்டோம் (ஃபெடரல் எமர்ஜென்சி மேனேஜ்மென்ட் ஏஜென்சியால், அல்லது மத்திய, எனது மாநில, அல்லது எனது உள்ளூர் அரசால் அறிவிக்கப்பட்டது). ஒரு பெரும் பேரிடர் காரணமாக, இந்தப் பக்கத்தில் உள்ள மற்றொரு அறிக்கை எனக்குப் பொருந்துகிறது, ஆனால் என்னால் எனது கோரிக்கையைச் செய்ய முடியவில்லை.

பதிவு செய்வதற்கான காலக்கெடுவை நான் தவறவிட்டேன்: ____

☐ நான் ஒரு 5-நட்சத்திர Medicare திட்டத்தில் சேர்கிறேன்.

☐ **கடந்த 3 வருடங்களாக 3 நட்சத்திரங்களுக்கும் குறைவான நட்சத்திர மதிப்பீட்டைப் பெற்ற ஒரு திட்டத்தில் நான் இருக்கிறேன். நான் 3 நட்சத்திரங்கள் அல்லது அதற்கு மேல் மதிப்பீடு உள்ள ஒரு திட்டத்தில் சேர விரும்புகிறேன்.**

☐ நிதிச் சிக்கல்களால் (receivership) சமீபத்தில் அரசால் கையகப்படுத்தப்பட்ட ஒரு திட்டத்தில் நான் இருக்கிறேன். நான் வேறொரு திட்டத்திற்கு மாற விரும்புகிறேன்.


©Wellcare 2025

☐ நான் அணுகக்கூடிய வடிவத்தில் பொருட்களைக் கேட்டேன், ஆனால் அவற்றை சரியான நேரத்தில் பெறவில்லை. நான் இப்போது பதிவு செய்ய விரும்புகிறேன், ஏனெனில் எனக்குப் பதிவு முடிவுகளை எடுக்க நேரம் கிடைத்துவிட்டது. நான் முன்பு கோரிய அணுகக்கூடிய வடிவம்: ______

*குறிப்பு: அணுகக்கூடிய வடிவங்களில் பிரெய்லி, டேட்டா சிடி, பெரிய அச்சு ஆகியவை அடங்கும், ஆனால் இவை மட்டுமே அல்ல

☐ நான் பாகம் A-க்கான பிரீமியம் செலுத்துகிறேன், மேலும் பொதுப் பதிவு காலத்தில் (ஒவ்வோர் ஆண்டும் ஜனவரி 1 முதல் மார்ச் 31 வரை) பாகம் B-க்கு பதிவு செய்தேன். நான் ஒரு Medicare மருந்து திட்டம் (பாகம் D) அல்லது மருந்து கவரேஜ் உள்ள Medicare Advantage திட்டம்-ல் சேர விரும்புகிறேன்.

☐ நான் ஒரு விதிவிலக்கான சூழ்நிலையால் தகுதிபெற்ற ஒரு சிறப்புப் பதிவு காலத்தில் பாகம் A (மருத்துவமனை காப்பீடு) அல்லது பாகம் B (மருத்துவ காப்பீடு) க்குப் பதிவு செய்தேன்.

☐ நான் ஒரு WellCare/சென்டீன் Medicaid திட்டத்தில் பதிவுசெய்துள்ளேன், மேலும் ஒரு WellCare/சென்டீன் முழுமையாக ஒருங்கிணைக்கப்பட்ட D-SNP (FIDE SNP), அதிக ஒருங்கிணைந்த D-SNP (HIDE D-SNP) அல்லது ஒரு பொருந்தக்கூடிய ஒருங்கிணைந்த திட்டம் (AIP) திட்டத்தில் சேர விரும்புகிறேன்.

☐ நான் ஒரு Medicare Advantage திட்டம் மூலம் Medicare மருந்து கவரேஜ் (பாகம்t D) பெற்றுள்ளேன். நான் ஒரு வித்தியாசமான Medicare சுகாதார திட்டத்தில் சேர விரும்புகிறேன், அது மருந்து கவரேஜை வழங்குவதில்லை, அதனால் நான் Medicare அல்லாத நம்பகமான மருந்து கவரேஜிற்கு மாற முடியும்.
*குறிப்பு: MA மட்டும்

**இந்த அறிக்கைகளில் எதுவும் உங்களுக்குப் பொருந்தவில்லை அல்லது உங்களுக்குத் தெரியவில்லை என்றால், நீங்கள் சேரத் தகுதியுள்ளவரா என்பதைத் தெரிந்துகொள்ள Wellcare-ஐ 1-844-480-0680 என்ற எண்ணில் தொடர்பு கொள்ளவும் (TTY பயனர்கள் 711 என்ற எண்ணை அழைக்க வேண்டும்).** நாங்கள் ஞாயிற்றுக்கிழமை முதல் சனிக்கிழமை வரை, காலை 8 மணி முதல் இரவு 8 மணி வரை (அனைத்து நேர மண்டலங்களிலும்) திறந்திருப்போம்.

1995 ஆம் ஆண்டின் பேப்பர்வர்க் ரிடக்ஷன் ஆக்ட்-இன் படி, ஒரு சேகரிக்கப்பட்ட தகவலுக்கு ஒரு செல்லுபடியாகும் OMB கட்டுப்பாட்டு எண் இல்லையென்றால், அதற்கு யாரும் பதிலளிக்க வேண்டியதில்லை. இந்தத் தகவல் சேகரிப்புக்கான செல்லுபடியாகும் OMB கட்டுப்பாட்டு எண் 0938-1378 ஆகும். இந்தத் தகவலைப் பூர்த்தி செய்யத் தேவைப்படும் நேரம், அறிவுறுத்தல்களை மதிப்பாய்வு செய்தல், இருக்கும் தரவு ஆதாரங்களைத் தேடுதல், தேவைப்படும் தரவைச் சேகரித்தல், மற்றும் தகவல் சேகரிப்பை முடித்து மதிப்பாய்வு செய்தல் ஆகியவற்றுடன் சேர்த்து, ஒரு பதிலுக்கு சராசரியாக 20 நிமிடங்கள் என மதிப்பிடப்பட்டுள்ளது. உங்களிடம் இந்த நேர மதிப்பீட்டின் துல்லியம் குறித்து ஏதேனும் கருத்துகள் அல்லது இந்த படிவத்தை மேம்படுத்துவதற்கான ஆலோசனைகள் இருந்தால், தயவுசெய்து இங்கே எழுதவும்: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

நீங்கள் உங்கள் Medicare Part B பிரீமியத்தைத் தொடர்ந்து செலுத்த வேண்டும். இருப்பினும், முழு-இரட்டைப் பயனாளிகளுக்கு (full-dual beneficiaries), நீங்கள் உங்கள் Medicaid தகுதியைத் தக்கவைத்திருக்கும் வரை மாநிலம் உங்கள் பாகம் B பிரீமியத்தை ஈடுசெய்யும்.