

Medicare Advantage প্লানে (পার্ট C) নাম নথিভুক্ত করার জন্য 2027 সালের ব্যক্তিগত তালিকাভুক্তির অনুরোধ ফর্ম



With

pa health
& wellness

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

এই ফর্মটি কে ব্যবহার করতে পারবে?

Medicare-এর সাথে যারা Medicare Advantage প্লানে যোগ দিতে চান

একটি পরিকল্পনায় যোগদানের জন্য, আপনাকে অবশ্যই:

- মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক হতে হবে অথবা আইনত যুক্তরাষ্ট্রে থাকতে হবে

- পরিকল্পনার পরিষেবা এলাকায় থাকতে হবে

গুরুত্বপূর্ণ: Medicare Advantage প্লানে যোগদানের জন্য, আপনার অবশ্যই উভয়ই থাকতে হবে:

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

আমি কখন এই ফর্মটি ব্যবহার করব?

আপনি একটি পরিকল্পনায় যোগ দিতে পারবেন:

- 15 অক্টোবর থেকে 7 ডিসেম্বর প্রতি বছর (যার কভারেজ 1 জানুয়ারি থেকে শুরু হচ্ছে)
- প্রথম Medicare পাওয়ার 3 মাসের মধ্যে
- কিছু কিছু ক্ষেত্রে যেখানে আপনার যোগদান দেওয়ার বা পরিকল্পনা পরিবর্তন করার অনুমতি রয়েছে 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 নম্বরটি)
- আপনার স্থায়ী ঠিকানা এবং ফোন নম্বর

মনে রাখবেন: 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 ব্যক্তিরা

- 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।

আপনি কি কখনো [go.wellcare.com/PA](https://www.go.wellcare.com/PA)-এ নথিভুক্তির কথা ভেবেছেন? 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 পরিকল্পনার কাছে 7 ডিসেম্বরের মধ্যে আপনার পূরণ করা ফর্মটি পৌঁছতে 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 রিটার্নমেন্ট বোর্ড) সুবিধার জন্য আপনি সাইন আপ করতে পারেন।

এরপর কী হবে?

আপনার পূরণ করা এবং স্বাক্ষরিত ফর্মটি এখানে পাঠান:

Wellcare With PA Health & Wellness
PO Box 10420
Van Nuys, CA
91410-0420

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

এই ফর্মের জন্য আমি কীভাবে সাহায্য পাব?

Wellcare-এর সাথে PA Health & Wellness-এ 1-844-480-0680 নম্বরে কল করুন। TTY ব্যবহারকারীরা 711 নম্বরে কল করতে পারেন। Medicare-এ কল করুন 1-800-MEDICARE (1-800- 633-4227), দিনে 24 ঘণ্টা, সপ্তাহে 7 দিন। TTY ব্যবহারকারীদের 1-877-486-2048 নম্বরে কল করা উচিত।



গুরুত্বপূর্ণ

এই ফর্মটি বা অন্য কিছু পাঠানোর সময় আপনার ব্যক্তিগত তথ্য (যেমন দাবি, অর্থপ্রদান, চিকিৎসা রেকর্ড ইত্যাদি) PR 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। এই পৃষ্ঠার সামনে থাকা “পরবর্তীতে কী হবে?” দেখুন এবং আপনার পূরণ করা ফর্মটি প্ল্যানে পাঠান।

1995 সালের পেপারওয়ার্ক রিডাকশন অ্যাক্ট অনুসারে, কোনো ব্যক্তি তথ্য সংগ্রহের প্রতিক্রিয়া জানাতে বাধ্য নন যদি না এটিতে কার্যকর OMB নিয়ন্ত্রণ নম্বর দেখানো থাকে। 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 সময়ের অনুমান(গুলো) সম্পর্কে যথার্থতা নিয়ে আপনার কোনো মন্তব্য থাকে অথবা এই ফর্মের উন্নতির জন্য কোনো পরামর্শ থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে লিখুন: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

গোপনীয়তা আইন সংক্রান্ত বিবৃতি

Medicare Advantage (MA) প্ল্যানে 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। CMS সিস্টেম অফ রেকর্ডস নোটিশ (SORN) "Medicare Advantage প্রেসক্রিপশন ড্রাগ (MARx)", সিস্টেম নং 09-70-0588 এ যেমন উল্লেখ করা রয়েছে সেই অনুসারে Medicare সুবিধাভোগীদের তালিকাভুক্তির তথ্য ব্যবহার, প্রকাশ এবং বিনিময় করতে পারে। এই ফর্মের প্রতি আপনার প্রতিক্রিয়া স্বেচ্ছামূলক। তবে, সাড়া দিতে ব্যর্থতা পরিকল্পনায় তালিকাভুক্তির উপর প্রভাব ফেলতে পারে।

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

আপনি যে প্ল্যানটিতে যোগ দিতে চান তা নির্বাচন করুন:

Wellcare PA Health & Wellness Dual Liberty Sync (HMO-POS D-SNP)¹ – প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজ
অন্তর্ভুক্ত

☐ **H2915-002-000**

প্রতি মাসে \$0

Wellcare PA Health & Wellness Dual Select (HMO-POS D-SNP)¹ – প্রেসক্রিপশন ওষুধের কভারেজ
অন্তর্ভুক্ত

☐ **H2915-018-000**

প্রতি মাসে \$0

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



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

নাম 	পদবী 	ঐচ্ছিক: নামের মধ্যাংশ
-----------------------------	------------------------------	--

জন্ম তারিখ: ____/____/____ MM/DD/YYYY	লিঙ্গ পরিচয় ☐ পুরুষ ☐ নারী	ফোন নম্বর (____) ____ - ____ ঐচ্ছিক: বিকল্প ফোন নম্বর (____) ____ - ____	ফোনের ধরন ☐ বাড়ি ☐ মোবাইল ফোনের ধরন ☐ বাড়ি ☐ মোবাইল
---	--	---	--

ঐচ্ছিক: ই মেইল অ্যাড্রেস:

ঐচ্ছিক: আপনি কি নিজে নিজে ইন্টারনেট, ইমেল, অথবা টেক্সট মেসেজিং ব্যবহার করতে স্বাচ্ছন্দ্য বোধ করেন?
☐ হ্যাঁ ☐ না

ঐচ্ছিক: পছন্দের যোগাযোগের পদ্ধতি: ☐ ফোন ☐ টেক্সট ☐ ইমেইল

*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 বুঝুন। আপনার আবেদনের স্থিতি সম্পর্কে জানাতে আপনার ফোন নম্বর এবং ইমেইল ঠিকানা দিন। একজন সদস্য হিসেবে, আপনি কী আশা করবেন, আপনার সুস্থ থাকা, অতিরিক্ত সুবিধা ব্যবহার, ডাক্তার খুঁজে বের করা, আমাদের সদস্য পোর্টাল এবং অন্যান্য গুরুত্বপূর্ণ বিষয়ের মতো সহায়ক তথ্য আমরা 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।

(PO বক্স দেবেন না। দ্রষ্টব্য: গৃহহীনতার সম্মুখীন ব্যক্তির স্থায়ী বসবাসরত ঠিকানা হিসেবে একটি PO বক্স নম্বর দিতে পারেন। ☐ গৃহহীনতার সম্মুখীন ব্যক্তির স্থায়ী ঠিকানার রাস্তার ঠিকানা

স্থায়ী ঠিকানার রাস্তার ঠিকানা

শহর 	ঐচ্ছিক: কাউন্টি 	স্টেট 	ZIP কোড
-----------------------------	---	-------------------------------	---------------------------------

ডাকযোগাযোগের ঠিকানা, আপনি যদি আপনার মেইল অন্য কোনো ঠিকানায় বা আপনার অনুমোদিত কাউকে পাঠাতে চান, তাহলে অনুগ্রহ করে সেই ঠিকানা এখানে দিন। (PO বক্স দেওয়া যাবে)

রাস্তার ঠিকানা

শহর 	স্টেট 	ZIP কোড
-----------------------------	-------------------------------	---------------------------------



আপনার Medicare তথ্য:

Medicare নম্বর:

এর এই অধিকার রয়েছে: কার্যকর তারিখ (MM/DD/YYYY):

হাসপাতাল (পার্ট A) ____ / ____ / ____

চিকিৎসাগত (পার্ট B) ____ / ____ / ____

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 জন্য মেম্বার নম্বর

এই কভারেজের জন্য গ্রুপ নম্বর

2. D-SNP কোনো প্লানে নথিভুক্তির সময়, অনুগ্রহ করে এগুলো দিন:

রাজ্যের Medicaid কার্যক্রমের নম্বর: _____

D-SNP প্লানের জন্য অনুগ্রহ করে Medicaid নম্বরটি দিন। Medicaid নম্বর না থাকলে আবেদন প্রক্রিয়াকরণে বিলম্ব হতে পারে এবং সম্ভবত আবেদন প্রত্যাখ্যান করা হতে পারে।

গুরুত্বপূর্ণ: পড়ুন ও নিচে স্বাক্ষর করুন:

- Wellcare-এর থাকার জন্য আমাকে হাসপাতাল (পার্ট A) এবং মেডিকেল (পার্ট B) উভয়ই রাখতে হবে।
- এই Medicare Advantage প্লানে 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 প্লানে নথিভুক্ত হতে পারব - এবং এই প্লানে নথিভুক্তির ফলে অন্য MA বা পার্ট D প্লানে আমার নথিভুক্তি স্বয়ংক্রিয়ভাবে শেষ হয়ে যাবে (MA PFFS, MA MSA প্লানের 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 নির্ভুল। আমি বুঝতে পারছি যে যদি এই তথ্যটি ভুল বলে প্রমাণিত হয়, তাহলে আমাকে তালিকা থেকে বাদ দেওয়া হতে পারে।

আজকের তারিখ

___ / ___ / ___
MM/DD/YYYY

স্বাক্ষর

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

নাম

ঠিকানা

ফোন নম্বর

(___) ___ - ____

তালিকাভুক্ত ব্যক্তির সাথে সম্পর্ক



বিভাগ 2 - এই বিভাগের সমস্ত ক্ষেত্র ঐচ্ছিক

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

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

☐ স্প্যানিশ ☐ আরবি ☐ বাংলা ☐ চীনা ☐ ফরাসি ক্রিয়োল ☐ ফরাসি ☐ রুশ
☐ সোয়াহিলি ☐ তামিল ☐ ভিয়েতনামী

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

☐ ব্রেইল ☐ বড় প্রিন্ট ☐ 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 অফিস খোলার সময়: 1 অক্টোবর থেকে 15 ডিসেম্বরের মধ্যে প্রতিনিধির সাথে যোগাযোগের সময় হলো রবিবার থেকে শনিবার, 8 a.m. থেকে 8 p.m. পর্যন্ত। 16 ডিসেম্বর থেকে 30 সেপ্টেম্বরের মধ্যে প্রতিনিধির সাথে যোগাযোগের সময় হলো সোমবার থেকে শনিবার, 8 a.m. থেকে 8 p.m. পর্যন্ত।

1. আপনি কি কর্মরত? ☐ হ্যাঁ ☐ না
2. আপনার জীবনসঙ্গী কি কাজ করেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না
3. আপনি কি দীর্ঘমেয়াদী যত্ন কেন্দ্রের বাসিন্দা, যেমন নার্সিং হোম? ☐ হ্যাঁ ☐ না
“হ্যাঁ” হলে এই তথ্য দিন:

সুবিধা কেন্দ্রের নাম:

সুবিধা কেন্দ্রের ঠিকানা (নম্বর ও রাস্তা):

শহর

স্টেট

জিপ কোড

ফোন নম্বর

(____) ____ - ____

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

আপনি wellcarefindaprovider.com-এ একটি প্রদানকারী খুঁজে পেতে পারেন।

HMO পরিকল্পনার জন্য সরবরাহকারীর তথ্য:

PCP NPI:

PPG ID:

বর্তমানে রোগী? ☐ হ্যাঁ ☐ না

☐ আমি নিজে PCP বেছে নিতে চাই না, আমি চাই Wellcare আমার PCP নির্বাচন করুক। আমি বুঝতে পারছি যে, আমার Wellcare মেম্বার ID কার্ডে থাকা মেম্বার সার্ভিস নম্বরে কল করে আমি যেকোনো সময় আমার PCP পরিবর্তন করতে পারব।

যদি কোনো বৈধ ইন-নেটওয়ার্ক PCP বেছে নেওয়া না হয় অথবা PCP স্বয়ংক্রিয় বরাদ্দের ঘরটিতে টিক চিহ্ন দেওয়া না থাকে, তবে সুবিধাভোগীর জন্য ইন-নেটওয়ার্ক PCP নিয়োগ করে দেওয়া হবে। মেম্বার ID কার্ডে থাকা মেম্বার সার্ভিস নম্বরে কল করে যেকোনো সময় এই PCP পরিবর্তন করা যেতে পারে।



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।

সীমিত আয়ের লোকজন তাদের প্রেসক্রিপশনের ওষুধের ব্যয়ের জন্য অর্থ প্রদানের জন্য অতিরিক্ত সহায়তা (Extra Help) পাওয়ার যোগ্যতা অর্জন করতে পারেন। অতিরিক্ত সহায়তা এখন থাকলেও আপনাকে সার্টিফিকেশনের জন্য আবার আবেদন করতে হবে। অনেকে এই সাশ্রয়ের জন্য যোগ্য হলেও, এ বিষয়ে অবগত নয়। এই অতিরিক্ত সহায়তা সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য, আপনার স্থানীয় সামাজিক নিরাপত্তা অফিসে যোগাযোগ করুন, অথবা 1-800-772-1213 নম্বরে সামাজিক নিরাপত্তায় কল করুন। TTY ব্যবহারকারীদের 1-800-325-0778 নম্বরে কল করা উচিত। এছাড়াও আপনি <https://www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help>-এ অনলাইনে অতিরিক্ত সহায়তার জন্য আবেদন করতে পারেন।

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 রেলরোড রিটায়ারমেন্ট বোর্ড (RRB) সুবিধার চেক থেকে স্বয়ংক্রিয়ভাবে কর্তন। আমি: ☐ সামাজিক নিরাপত্তা ☐ রেলপথ অবসর বোর্ড (RRB) থেকে মাসিক সুবিধা পাই।

সামাজিক নিরাপত্তা বা রেলরোড রিটায়ারমেন্ট বোর্ড (RRB) থেকে প্রিমিয়াম স্বয়ংক্রিয়ভাবে কাটার প্রক্রিয়া শুরু হতে, সামাজিক নিরাপত্তা বা রেলরোড রিটায়ারমেন্ট বোর্ড (RRB) আপনার প্রিমিয়াম কাটার আবেদন মঞ্জুর হওয়ার পর দুই বা তার বেশি মাস সময় লাগতে পারে। বেশিরভাগ ক্ষেত্রে, যদি সামাজিক নিরাপত্তা বা রেলরোড রিটায়ারমেন্ট বোর্ড (RRB) আপনার টাকা স্বয়ংক্রিয়ভাবে কাটার আবেদন গ্রহণ করে, তবে আপনার সামাজিক নিরাপত্তা বা রেলরোড রিটায়ারমেন্ট বোর্ড (RRB) বেনিফিট চেক থেকে প্রথমবারের মতো টাকা কাটার সময়, তালিকাভুক্তির কার্যকরের তারিখ থেকে শুরু করে জমাকৃত সমস্ত মাসের মোট প্রিমিয়াম একসাথে কেটে নেওয়া হবে। যদি সামাজিক নিরাপত্তা বা রেলরোড রিটায়ারমেন্ট বোর্ড (RRB) আপনার স্বয়ংক্রিয় প্রিমিয়াম কাটার অনুরোধ অনুমোদন না করে, তবে আমরা আপনাকে মাসিক প্রিমিয়াম জমা দেওয়ার জন্য কাগজের বিল ডাকযোগে পাঠাব।

শুধুমাত্র এই ফর্মটি পূরণ করতে তালিকাভুক্ত 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 সঙ্গে সম্পর্ক: _____

স্বাক্ষর: _____ জাতীয় নির্মাতা নম্বর (শুধুমাত্র এজেন্ট/ব্রোকার): _____



শুধুমাত্র অফিসের 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):

পরিচালনা ID #: কভারেজের কার্যকর তারিখ: ____/____/____ (MM/DD/YYYY)

Wellcare বিক্রয় প্রতিনিধি/অনুমোদিত এজেন্ট

(পৃথক বিক্রয় প্রতিনিধি / এজেন্ট যিনি আবেদনটি সম্পন্ন করেছেন)

এজেন্টের ধরন (একটি বেছে নিন): ☐ অনুমোদিত এজেন্ট ☐ Wellcare কর্মী

নিচের অংশ সম্পূর্ণ করুন:

বিক্রয় প্রতিনিধির নাম/এজেন্টের নাম:

বিক্রয় প্রতিনিধি/এজেন্ট NPN #:

এজেন্সি/FMO অধিভুক্তি (যদি প্রযোজ্য হয়):

এই তথ্য অবশ্যই আপনার অনুমোদিত Wellcare লাইসেন্সিং রেকর্ডের সাথে মিলবে।

এজেন্টের ফোন নম্বর #: (____) ____ - ____

ইমেইল:

এজেন্সি/FMO ফোন # (যদি প্রযোজ্য হয়): (____) ____ - ____

বিক্রয় প্রতিনিধি/অনুমোদিত এজেন্টের কাছ থেকে আবেদন পাওয়ার তারিখ: ____/____/____
(MM/DD/YYYY)

(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 1-844-222-3180 নম্বরে ফ্যাক্স করতে হবে।



তালিকাভুক্তির সময়কালের জন্য যোগ্যতার প্রত্যয়ন

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

অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত বিবৃতিগুলি মনোযোগ সহকারে পড়ুন এবং বিবৃতিটি আপনার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য কি না, তা বাক্সে টিক দিন। নিচের যেকোনো বাক্সে 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 নিচের সমস্ত বিবৃতি পড়ুন। MM/DD/YYYY হিসেবে তারিখের তালিকা দিন।

- ☐ 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 পেয়েছেন।
*যদি আপনার নিয়োগকর্তার কভারেজ সম্প্রতি শেষ হয়ে যায়, এবং আপনি প্রথমবার Medicare ব্যবহার করছেন, তাহলে অনুগ্রহ করে নিচের "আমি আমার নিয়োগকর্তা বা ইউনিয়ন থেকে কভারেজ ছেড়েছি" SEP নির্বাচন করুন।
- ☐ বার্ষিক তালিকাভুক্তির সময়কাল (AEP) 15 অক্টোবর থেকে 7 ডিসেম্বর পর্যন্ত।
- ☐ আমার আগে থেকেই পার্ট A (হাসপাতাল বিমা) ছিল এবং আমি সম্প্রতি প্রথমবার পার্ট B (চিকিৎসা বিমা)-এর জন্য নাম লিখিয়েছি। আমি Medicare Advantage প্লানে যোগ দিতে চাই।
- ☐ আমার পার্ট A এবং/অথবা পার্ট B বিমার সুবিধা শুরু হওয়ার পর আমাকে Medicare পাওয়ার বিষয়টি জানানো হয়েছিল। আমাকে (তারিখ লিখুন) তারিখে জানানো হয়েছিল। ____/____/____
- ☐ আমার আগে Medicare ছিল, তবে আমার বয়স এখন 65 হবে।
- ☐ আমি একটি Medicare Advantage প্লানে 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 এসেছি এবং এই পরিকল্পনাটি আমার জন্য একটি নতুন বিকল্প। আমি (তারিখ লিখুন) তারিখে চলে গেছি। ____/____/____
- ☐ দেশের বাইরে থাকার পর আমি যুক্তরাষ্ট্রে ফিরে আসি (তারিখ লিখুন)। ____/____/____
- ☐ আমি জেল থেকে ছাড়া পাই। আমাকে (তারিখ লিখুন) তারিখে মুক্তি দেওয়া হয়েছিল। ____/____/____
- ☐ আমি সম্প্রতি যুক্তরাষ্ট্রে বৈধভাবে থাকার অনুমতি পেয়েছি। আমি (তারিখ লিখুন) তারিখে এই অনুমতি পেয়েছি। ____/____/____
- ☐ আমি দীর্ঘমেয়াদী যত্নের মতো সুবিধাকেন্দ্রে থাকি, যেমন কোনো নার্সিং হোম বা পুনর্বাসন হাসপাতালে।
*মনে রাখবেন: দীর্ঘমেয়াদী যত্ন সুবিধার তথ্য ফর্মে পূরণ করতে হবে।
- ☐ আমি সম্প্রতি দীর্ঘমেয়াদী যত্ন সুবিধা, যেমন নার্সিং হোম বা পুনর্বাসন হাসপাতাল থেকে বেরিয়ে এসেছি।
*মনে রাখবেন: দীর্ঘমেয়াদী যত্ন সুবিধার তথ্য ফর্মে পূরণ করতে হবে।
আমি (তারিখ লিখুন) তারিখে সুবিধা থেকে বেরিয়ে এসেছি। ____/____/____



- ☐ আমি আমার নিয়োগকর্তা বা ইউনিয়নের কাছ থেকে (COBRA কভারেজ সহ) কভারেজ (তারিখ লিখুন) তারিখে ছেড়ে দিয়েছি। _____/____/_____
- ☐ 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 (তারিখ লিখুন) তারিখে আমার কভারেজ হারিয়েছি। _____/____/_____
- ☐ আগামী চুক্তি বছরে আমার বর্তমান চুক্তিটি নবায়ন হবে না
*মনে রাখবেন: এই SEP শুধুমাত্র 12/8 থেকে ফেব্রুয়ারির শেষ দিন অবধি বৈধ থাকবে।
- ☐ 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 (তারিখ লিখুন) তারিখে শেষ হয়েছে। _____/____/_____
- ☐ আমি PACE (প্রবীণদের জন্য সর্ব-সমেত যত্নের প্রোগ্রাম) পরিকল্পনা থেকে আমার কভারেজ বাদ দিয়েছি। আমি প্রোগ্রামটি (তারিখ লিখুন) তারিখে ছেড়ে দিয়েছি। _____/____/_____
- ☐ 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। _____/____/_____
- ☐ 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 (তারিখ লিখুন) তারিখে জানানো হয়েছিল। _____/____/_____
- ☐ সম্প্রতি আমার Medicaid পরিবর্তন হয়েছে (সদ্য Medicaid পেয়েছি, Medicaid-এর স্তরে পরিবর্তন হয়েছে, অথবা (তারিখ লিখুন) তারিখে Medicaid হারিয়েছি। _____/____/_____
- ☐ সম্প্রতি আমার ওষুধের খরচ মেটাতে আমার অতিরিক্ত সাহায্যের পরিমাণ পরিবর্তন হয়েছে (নতুন অতিরিক্ত সাহায্য পেয়েছি, অতিরিক্ত সাহায্যের মাত্রা পরিবর্তন হয়েছে, অথবা (তারিখ লিখুন) তারিখে অতিরিক্ত সহায়তা হারিয়েছি। _____/____/_____
- ☐ আমি Medicare (অথবা আমার স্টেট) দ্বারা একটি পরিকল্পনায় নথিভুক্ত হয়েছি এবং আমি একটি ভিন্ন পরিকল্পনা বেছে নিতে চাই। সেই পরিকল্পনায় আমার নাম নথিভুক্তি (তারিখ লিখুন) তারিখে শুরু হয়েছিল। _____/____/_____
- ☐ আমি একটি প্রদেশ ফার্মাসিউটিক্যাল সহায়তা প্রোগ্রামে রয়েছি। এই স্টেটগুলোতে একটি যোগ্য SPAP আছে: Delaware, Indiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Jersey, New Mexico, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Texas, Vermont, Wisconsin.
- ☐ আমি একটি প্রদেশ ফার্মাসিউটিক্যাল সহায়তা প্রোগ্রামে রয়েছি। আমি (তারিখ লিখুন) তারিখে সহায়তা হারিয়েছি। _____/____/_____
- ☐ আমি, অথবা যার উপর আমি স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নিতে সাহায্য করার জন্য নির্ভর করি, তিনি জরুরি অবস্থা বা বড় ধরনের দুর্ঘটনের দ্বারা ক্ষতিগ্রস্ত (যেমন ফেডারেল জরুরি ব্যবস্থাপনা সংস্থা, অথবা ফেডারেল, আমার স্টেট 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-স্টার Medicare পরিকল্পনায় নথিভুক্ত হচ্ছি।
- ☐ আমি এমন একটি পরিকল্পনায় আছি যার স্টার রেটিং গত 3 বছর ধরে 3 স্টারেরও কম রয়েছে। আমি 3 স্টার বা তার বেশি স্টার রেটিং থাকা পরিকল্পনায় যোগ দিতে চাই।
- ☐ আমি এমন একটি পরিকল্পনায় আছি যা সম্প্রতি আর্থিক সমস্যার (রিসিভারশিপ) কারণে রাষ্ট্র কর্তৃক অধিগ্রহণ করা হয়েছে। আমি অন্য পরিকল্পনায় যেতে চাই।
- ☐ আমি সহজলভ্য ফর্ম্যাটে উপকরণের অনুরোধ করেছিলাম এবং সময়মতো তা পাইনি। আমি এখন ভর্তি হতে চাই কারণ ভর্তির সিদ্ধান্ত নেওয়ার সময় আমার হাতে আছে।
আমি আগে যে অ্যাক্সেসযোগ্য ফর্ম্যাট অনুরোধ করেছিলাম: _____
*মনে রাখবেন: অ্যাক্সেসযোগ্য ফর্ম্যাটের মধ্যে যা যা রয়েছে এবং এর মধ্যেই সীমিত নয় তা হল ব্রেইল, ডেটা CD, বড় প্রিন্ট
- ☐ 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 প্লানে যোগ দিতে চাই যেখানে ওষুধের কভারেজ থাকবে।
* আপনি যদি পার্ট A-এর জন্য প্রিমিয়াম দেন এবং সাধারণ নথিভুক্তির সময়কালের মধ্যে পার্ট B-এর জন্য নাম লেখান, তবে পার্ট B-তে নাম লেখানোর পর কোনো পরিকল্পনায় যোগ দেওয়ার জন্য আপনি 2 মাস সময় পাবেন।
আমি (তারিখ লিখুন) তারখে সাইন আপ করেছিলাম। _____/____/_____
- ☐ 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 (তারিখ লিখুন) তারখে সাইন আপ করেছিলাম। _____/____/_____
- ☐ আমার Medicare আছে এবং সম্পূর্ণ Medicaid-এর সুবিধা পাই। আমি ফুলি ইন্টিগ্রেটেড ডুয়াল এলিজিবেল স্পেশাল নিডস প্ল্যান (FIDE SNP), হাইলি ইন্টিগ্রেটেড ডুয়াল এলিজিবেল স্পেশাল নিডস প্ল্যান (HIDE SNP), অথবা অ্যাপ্লিকেবল ইন্টিগ্রেটেড প্ল্যান (AIP)-এ নাম লেখাতে চাই।
- ☐ আমার Medicare Advantage প্লানের 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। *মনে রাখবেন: শুধুমাত্র MA-এর জন্য

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 কি না তা জানতে। 1 অক্টোবর থেকে 15 ডিসেম্বরের মধ্যে আমাদের অফিস খোলা থাকে; এ সময় রবিবার থেকে শনিবার, 8 a.m. থেকে 8 p.m. পর্যন্ত প্রতিনিধিদের সাথে যোগাযোগ করা যাবে। 16 ডিসেম্বর থেকে 30 সেপ্টেম্বরের মধ্যে সোমবার থেকে শনিবার, 8 a.m. থেকে 8 p.m. পর্যন্ত প্রতিনিধিরা সহায়তার জন্য থাকবেন।

আপনাকে অবশ্যই Medicare Part B প্রিমিয়াম দিয়ে যেতে হবে। তবে, পূর্ণ-দ্বৈত সুবিধাভোগীদের জন্য, যতক্ষণ আপনি আপনার Medicaid-এর যোগ্যতা বজায় রাখবেন ততক্ষণ পর্যন্ত সেট আপনার পার্ট B প্রিমিয়াম কভার করবে।



