OMB No. 0938-1378
Expires: 02/28/2029

2027 को Medicare Advantage योजना (पार्ट C) मा दर्ताका लागि व्यक्तिगत आवेदन फाराम

Wellcare With pa health & wellness

✓ आफ्नो आवेदनको स्थिति यहाँ हेर्नुहोस्:
wellcare.com/applicationtracker

यो फाराम कसले प्रयोग गर्न सक्छन्?

Medicare Advantage योजनामा सहभागी हुन चाहने Medicare सुविधा लिइरहेका व्यक्तिहरू

योजनामा सहभागी हुन तपाईंले निम्न मापदण्डहरू पूरा गर्नु पर्ने हुन्छ:

- तपाईं अमेरिकी नागरिक वा कानुनी रूपमा अमेरिकामा बसोबास गरिरहेको व्यक्ति हुनु पर्छ
- तपाईं योजनाको सेवा क्षेत्रभित्र बसोबास गरेको हुनु पर्छ

महत्त्वपूर्ण जानकारी: Medicare Advantage योजनामा जोडिन तपाईंसँग यी दुवै हुनु अनिवार्य छ:

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

यो फाराम कहिले प्रयोग गर्ने?

तपाईं निम्न समयमा योजनामा सहभागी हुन सक्नुहुन्छ:

- प्रत्येक वर्ष अक्टोबर 15 देखि डिसेम्बर 7 को बिचमा (जनवरी 1 देखि लागू हुने कभरेजका लागि)
- पहिलो पटक Medicare पाएको 3 महिनाभित्र
- योजना परिवर्तन गर्न वा नयाँ योजनामा सामेल हुन छुट दिइएका विशेष परिस्थितिहरूमा

योजनामा दर्ता हुने समयका बारेमा थप जान्न **Medicare.gov** मा जानुहोस्।

यो फाराम भर्न के-के चाहिन्छ?

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

ध्यान दिनु पर्ने कुरा: खण्ड 1 मा रहेका सबै विवरणहरू भर्नु अनिवार्य छ। खण्ड 2 मा रहेका विवरणहरू ऐच्छिक हुन्। यी विवरणहरू नभरेकै कारण तपाईंलाई कभरेज लिनबाट वञ्चित गरिने छैन।

घरबारविहीन व्यक्तिहरूका हकमा

- तपाईं योजनामा सामेल हुन चाहनुहुन्छ तर स्थायी ठेगाना छैन भने पोस्ट अफिस बक्स, कुनै आश्रय स्थल वा क्लिनिकको ठेगाना वा तपाईंले पत्राचार प्राप्त गर्ने ठेगाना (जस्तै: सामाजिक सुरक्षा चेक प्राप्त गर्ने ठेगाना) लाई नै स्थायी ठेगाना मान्न सकिन्छ।

तपाईंले कागजी फाराम भर्नुको सटो **go.wellcare.com/PA** मा गएर दर्ता गर्ने बारे सोच्नुभएको छ? यो छिटो, सुरक्षित र सजिलो माध्यम हो।

याद राखनु पर्ने कुराहरू:

- तपाईं शरद ऋतुको खुला दर्ता अवधि (अक्टोबर 15–डिसेम्बर 7) मा कुनै योजनामा सहभागी हुन चाहनुहुन्छ भने तपाईंले फाराम भरेर डिसेम्बर 7 भित्र उक्त योजनाको कार्यालयमा बुझाइसक्नु पर्ने हुन्छ।
- तपाईंको योजनाले तपाईंलाई प्रिमियमको बिल पठाउने छ। तपाईंले आफ्नो बैंक खाता वा मासिक सामाजिक सुरक्षा (वा रेलरोड रिटायर्मेन्ट बोर्ड) भत्ताबाट सोझै प्रिमियम काटिने व्यवस्था पनि रोज्न सक्नुहुन्छ।

यसपछि के हुन्छ?

आफूले भरेर हस्ताक्षर गरेको फाराम यस ठेगानामा पठाउनुहोस्:

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

तपाईंको दर्ता निवेदन प्रक्रियामा गएपछि उनीहरूले तपाईंलाई सम्पर्क गर्ने छन्।

यो फाराम भर्न सहयोग कसरी लिने?

Wellcare With PA Health & Wellness लाई 1-844-480-0680 मा फोन गर्नुहोस्। TTY प्रयोगकर्ताले 711 मा फोन गर्न सक्नुहुन्छ। वा दिनको 24 घण्टा, हप्ताको 7 दिन जुनसुकै बेला Medicare लाई 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) मा कल गर्नुहोस्।
TTY प्रयोगकर्ताहरूले 1-877-486-2048 मा कल गर्न सक्नुहुन्छ।

©Wellcare 2026

महत्त्वपूर्ण जानकारी
यो फाराम वा आफ्ना व्यक्तिगत विवरणहरू (जस्तै: दाबी, भुक्तानी, मेडिकल रेकर्ड आदि) भएको कुनै पनि सामग्री PRA को रिपोर्ट्स क्लियरेन्स कार्यालयमा नपठाउनुहोस्। मा नपठाउनुहोस्। यो फाराम सुधार गर्ने वा यसको भार कम गर्ने (OMB 0938-1378 मा उल्लेख गरिएअनुसार) विषयबाहेक अन्य विषयमा प्राप्त हुने सबै सामग्री नष्ट गरिने छन्। ती सामग्री राखिने छैन, तिनको समीक्षा पनि गरिने छैन र ती सामग्री उक्त योजनाको कार्यालयमा पठाइने छैन। आफूले भरेको फाराम पठाउने तरिकाका बारेमा जानकारी प्राप्त गर्न यो पृष्ठको आगाडिपट्टि रहेको "यसपछि के हुन्छ?" खण्ड हेर्नुहोस्।

1995 को कागजी कार्य न्यूनीकरण ऐन अनुसार, कुनै पनि जानकारी सङ्कलन फाराममा मान्य OMB नियन्त्रण नम्बर उल्लेख नभएसम्म कोही पनि व्यक्ति त्यसको जवाफ दिन बाध्य हुने छैनन्। यस जानकारी सङ्कलनका लागि वैध OMB नियन्त्रण नम्बर 0938-1378 हो। यो जानकारी सङ्कलन गर्न लाग्ने समय प्रति जवाफ औसतमा 20 मिनेट लाग्ने अनुमान गरिएको छ; जसमा निर्देशनहरूको समीक्षा गर्ने, तथ्याङ्कका विद्यमान स्रोतहरू खोज्ने, आवश्यक तथ्याङ्क सङ्कलन गर्ने र जानकारी सङ्कलन गर्ने कार्य पूरा गर्ने तथा त्यसको समीक्षा गर्ने समय समावेश छ। जानकारी सङ्कलन गर्न लाग्ने अनुमानित समयको सटीकताका सम्बन्धमा तपाईंसँग कुनै टिप्पणीहरू छन् वा यो फारामको सुधारका लागि कुनै सुझावहरू छन् भने कृपया यस ठेगानामा पत्राचार गर्नुहोस्: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850।

गोपनीयता ऐनसम्बन्धी विवरण
Medicare Advantage (MA) योजनाहरूमा सेवाग्राहीहरूको दर्ता निगरानी गर्न, स्वास्थ्य सेवामा सुधार ल्याउन र Medicare का सुविधाहरूको भुक्तानी व्यवस्थित गर्नका लागि Medicare र Medicaid सेवाका केन्द्रहरू (CMS) ले Medicare योजनाहरूबाट विवरणहरू सङ्कलन गर्छ। सामाजिक सुरक्षा ऐनको दफा 1851 र 1860D-1 तथा 42 CFR §§ 422.50 र 422.60 ले यो जानकारी सङ्कलन गर्ने अधिकार प्रदान गर्दछ। CMS ले सिस्टम अफ रेकर्ड्स नोटिस (SORN) "Medicare Advantage प्रेस्क्रिप्सन ड्रग (MARx)", सिस्टम नं. 09-70-0588 मा निर्दिष्ट गरिएअनुसार Medicare लाभग्राहीहरूको दर्तासम्बन्धी विवरण प्रयोग, खुलासा वा आदानप्रदान गर्न सक्ने छ। यो फाराममा विवरणहरू भर्नु ऐच्छिक हो। तर तपाईंले यो फाराममा विवरण नभरेका खण्डमा यो योजनामा दर्ता हुने प्रक्रियामा असर पर्न सक्छ।

खण्ड 1 – यो पृष्ठमा सबै विवरण भर्नु पर्छ (ऐच्छिक भनिएका बाहेक)

तपाईं सहभागी हुन चाहनुभएको योजना छनोट गर्नुहोस्:

Wellcare PA Health & Wellness Dual Liberty Sync (HMO-POS D-SNP)[1] –प्रिस्क्रिप्सन औषधिको कभरेज समावेश भएको

☐ **H2915-002-000** प्रति महिना $0

Wellcare PA Health & Wellness Dual Select (HMO-POS D-SNP)[1] –प्रिस्क्रिप्सन औषधिको कभरेज समावेश भएको

☐ **H2915-018-000** प्रति महिना $0

[1] यो योजनामा सहभागी हुन तपाईंले योग्यताका निश्चित मापदण्डहरू पूरा गर्नु पर्छ।

©Wellcare 2026

खण्ड 1 – यो पृष्ठमा सबै विवरण भर्नु पर्छ (ऐच्छिक भनिएका बाहेक)

पहिलो नाम

थर

ऐच्छिक: बीचको नामको पहिलो अक्षर

जन्म मिति: ____ / ____ / ______ M M / D D / Y Y Y Y

लिङ्ग ☐ पुरुष ☐ महिला

फोन नम्बर (_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _

फोन नम्बरको प्रकार ☐ घर ☐ मोबाइल

ऐच्छिक: दोस्रो फोन नम्बर (_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _

फोन नम्बरको प्रकार ☐ घर ☐ मोबाइल

ऐच्छिक: इमेल ठेगाना:

ऐच्छिक: तपाईं आफै इन्टरनेट प्रयोग गर्न, इमेल पठाउन वा टेक्स्ट म्यासेज (सन्देश) पठाउन सहज महसुस गर्नुहुन्छ?

☐ हो ☐ होइन

ऐच्छिक: रोजाइको सम्पर्क विधि: ☐ फोन कल ☐ टेक्स्ट म्यासेज ☐ इमेल

**कृपया 'रोजाइको सम्पर्क विधि' बाहेक अन्य विधिमार्फत पनि सम्पर्क गर्न सकिन्छ भन्ने कुरा ख्याल गर्नुहोस्।*

हामी तपाईंले हाम्रो सदस्यका रूपमा आफ्नो योजनाको पूर्ण लाभ लिनुहोस् र आफ्नो योजना स्पष्टसँग बुझ्नुहोस् भन्ने चाहन्छौँ। तपाईंको आवेदनको स्थितिबारे जानकारी गराउन सकियोस् भन्नाका लागि कृपया आफ्नो फोन नम्बर (हरू) र इमेल उपलब्ध गराउनुहोला। सदस्य भइसकेपछि, हामी तपाईंलाई के-कस्ता कुराको अपेक्षा गर्ने, कसरी स्वस्थ रहने, थप सुविधाहरू कसरी प्रयोग गर्ने, चिकित्सक कसरी खोज्ने, हाम्रो सदस्य पोर्टल कसरी चलाउने र अन्य महत्त्वपूर्ण विषयहरूका बारेमा उपयोगी जानकारी दिने छौँ। तपाईंलाई यी विषयमा चासो छैन भने तपाईं केही म्यासेज वा इमेलहरू प्राप्त नगर्ने विकल्प छान्न सक्नुहुन्छ।

हामी तपाईंलाई आफ्नो Wellcare योजना मन परोस् भन्ने चाहन्छौँ। पछि तपाईंको आवश्यकता बदलिँदै जाँदा तपाईंका लागि अझ उपयुक्त हुने योजनाहरू उपलब्ध भएमा हामी तिनका बारेमा जानकारी गराउनेछौँ। हामी हाम्रा आफ्नै योजनाहरूको मात्र चर्चा गर्ने छौँ।

(पि. ओ. बक्स नहाल्नुहोस्। ध्यान दिनु पर्ने कुरा: घरबारविहीन व्यक्तिहरूका हकमा पि. ओ. बक्सलाई नै स्थायी बसोबासको ठेगाना मान्न सकिने छ)। ☐ घरबारविहीन

स्थायी बसोबासको सडक ठेगाना

सहर

ऐच्छिक: काउन्टी

राज्य

ZIP कोड

पत्राचार ठेगाना, तपाईं आफ्नो चिट्ठी-पत्र अर्कै ठेगानामा वा आफूले अधिकार दिएको व्यक्ति (प्रतिनिधि) कहाँ प्राप्त गर्न चाहनुहुन्छ भने कृपया यहाँ त्यो विवरण भर्नुहोला। (पि. ओ. बक्स उपलब्ध गराउन पाइन्छ)

सडक ठेगाना

सहर

राज्य

ZIP कोड

©Wellcare 2026

तपाईंको Medicare जानकारी:

Medicare नम्बर:	निम्न कुराको हकदार हुनुहुन्छ:	लागू हुने मिति (MM/DD/YYYY):
__ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __	अस्पताल (पार्ट A)	____ / ____ / ______
	चिकित्सा (पार्ट B)	____ / ____ / ______

यी महत्त्वपूर्ण प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस्:

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

☐ हो ☐ होइन

अन्य कभरेजको नाम

यस कभरेजको सदस्य नम्बर

यस कभरेजको ग्रुप नम्बर

2. D-SNP योजनामा दर्ता गर्दै हुनुहुन्छ भने कृपया निम्न विवरण उपलब्ध गराउनुहोस्:

स्टेट Medicaid प्रोग्राम नम्बर: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

कृपया D-SNP योजनाहरूका लागि Medicaid नम्बर समावेश गर्नुहोस्। Medicaid नम्बर समावेश नगरेका खण्डमा आवेदनको प्रक्रिया अगाडि बढाउन ढिलाइ हुन सक्छ र आवेदन अस्वीकृत पनि हुन सक्छ।

महत्त्वपूर्ण: कृपया तल दिएको विवरण पढ्नुहोस् र हस्ताक्षर गर्नुहोस्:

- Wellcare मा कायमै रहनका लागि मैले अस्पताल (पार्ट A) र चिकित्सा (पार्ट B) दुवै कभरेज निरन्तर कायम राख्नु पर्छ।
- म यस Medicare Advantage योजनामा सहभागी भएँ भने Wellcare ले मेरा विवरणहरू Medicare लाई दिने छ भन्ने कुरा म स्वीकार गर्दछु। Medicareले ती विवरण मेरो दर्ता प्रक्रिया ट्र्याक गर्न, भुक्तानीहरू गर्न र यो जानकारी सङ्कलन गर्न अनुमति दिने सङ्घीय कानुनले तोकेका अन्य प्रयोजनका लागि प्रयोग गर्न सक्ने छ (तलको गोपनीयता ऐन सम्बन्धी विवरण हेर्नुहोस्)। यो फाराममा विवरणहरू भर्नु ऐच्छिक हो। तर तपाईंले यो फाराममा विवरण नभरेका खण्डमा यो योजनामा दर्ता हुने प्रक्रियामा असर पर्न सक्छ।
- म एक पटकमा एउटा मात्र MA वा पार्ट D योजनामा सहभागी हुन पाउँछु र यो योजनामा सहभागी हुनासाथ मेरो अघिल्लो MA वा पार्ट D योजना स्वतः रद्द हुने छ भन्ने मलाई थाहा छ (MA PFFS र MA MSA प्लानमा भने यो नियम लागू हुँदैन)।
- मेरो वेलकेयर Wellcare सुरु भएपछि, मैले स्वास्थ्य र औषधिसम्बन्धी सबै सुविधा Wellcare बाटै लिनु पर्छ भन्ने कुरा मैले बुझेको छु। Wellcare ले प्रदान गर्ने तथा मेरो "कभरेजको प्रमाण" (Evidence of Coverage) कागजातमा लेखिएका सुविधा तथा सेवाहरू मात्र पाइने छ। त्यो कागजातमा नभएका सुविधाहरूको खर्च Medicare वा Wellcare कसैले पनि तिर्ने छैन।
- मैले यो फाराममा भरेका सबै विवरणहरू मलाई थाहा भएसम्म सही छन्। मैले यो फाराममा जानीजानी झुटो विवरण भरेको पाइएमा मलाई यो योजनाबाट हटाइने छ भन्ने कुरा मैले बुझेको छु।
- यो आवेदनमा मेरो (वा मेरो तर्फबाट अधिकार पाएको व्यक्तिको) हस्ताक्षर हुनुको अर्थ मैले यो आवेदमा उल्लिखित सबै कुरा पढेर बुझेको छु भन्ने हो। अधिकृत प्रतिनिधिले हस्ताक्षर गर्नुभएको हो भने यसले निम्न कुरा पुष्टि गर्छ:

    1) उहाँ राज्यको कानुनअनुसार यो फाराम भर्न पाउने अधिकारप्राप्त व्यक्ति हुन्, र

    2) Medicare ले मागेका खण्डमा यो अधिकारसम्बन्धी प्रमाण उपलब्ध गराइने छ।

©Wellcare 2026

म यो कागजातमा हस्ताक्षर गरेर मैले प्रदान गरेका सबै विवरणहरू मलाई थाहा भएसम्म साँचो, पूर्ण र सही छन् भनी घोषणा गर्छु। मैले प्रदान गरेका विवरण गलत भएको पाइएमा मलाई योजनाबाट निकाल्न सकिने छ भन्ने म बुझ्छु।

आजको मिति

____
हस्ताक्षर

____ / ____ / ______
M M / D D / Y Y Y Y

तपाईं अधिकृत प्रतिनिधि हुनुहुन्छ भने माथि हस्ताक्षर गरेर तलका विवरण भर्नुहोस्:

नाम

ठेगाना

फोन नम्बर

(__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __

आवेदकसँगको नाता

©Wellcare 2026

खण्ड 2 – यस खण्डका सबै विवरणहरू ऐच्छिक हुन्

यी प्रश्नहरूको जवाफ दिने नदिने तपाईंको इच्छामा भर पर्छ। यी विवरण नभरेका कारणले तपाईंलाई कभरेजबाट वञ्चित गरिने छैन।

तपाईं अङ्ग्रेजीबाहेक अन्य भाषामा जानकारी प्राप्त गर्न चाहनुहुन्छ भने एउटा छनोट गर्नुहोस्।

☐ स्पेनिस ☐ अरबी ☐ बङ्गाली ☐ चिनियाँ ☐ फ्रेन्च क्रियोल ☐ फ्रेन्च ☐ रसियन
☐ स्वाहिली ☐ तमिल ☐ भियतनामी

तपाईं कुनै पहुँचयुक्त ढाँचामा जानकारी प्राप्त गर्न चाहनुहुन्छ भने एउटा छान्नुहोस्।

☐ ब्रेल ☐ ठूला अक्षर ☐ अडियो CD ☐ डेटा CD

माथिका बाहेक अन्य कुनै ढाँचामा जानकारी चाहिएमा कृपया Wellcare लाई 1-844-480-0680 मा कल गर्नुहोस् (TTY प्रयोगकर्ताहरू 711 मा कल गर्न सक्नुहुन्छ)। अक्टोबर 1 देखि डिसेम्बर 15 सम्म हाम्रो कार्यालय समय आइतबारदेखि शनिबार, बिहान 8 बजे देखि बेलुकी 8 बजे सम्म रहने छ। डिसेम्बर 16 देखि सेप्टेम्बर 30 सम्म, प्रतिनिधिहरू सोमबारदेखि शनिबार, बिहान 8 बजे देखि बेलुकी 8 बजे सम्म उपलब्ध हुने छन्।

---

1. तपाईं काम गर्नुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन
2. तपाईंको श्रीमान/श्रीमती काम गर्नुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन
3. तपाईं नर्सिङ होम जस्ता दीर्घकालीन स्याहार केन्द्रमा बस्नुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन
   यदि "हो" भने कृपया निम्न जानकारी प्रदान गर्नुहोस्:

संस्थाको नाम: ____________________

संस्थाको ठेगाना (नम्बर र सडक): ____________________

सहर	राज्य	ZIP कोड	फोन नम्बर
			(__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __

तपाईंको नेटवर्कभित्रको प्राथमिक उपचार चिकित्सक (PCP), क्लिनिक वा स्वास्थ्य केन्द्रको नाम उल्लेख गर्नुहोस्:

तपाईं wellcarefindaprovider.com मा गई स्वास्थ्य सेवा प्रदायक खोज्न सक्नुहुन्छ।

____

HMO योजनाहरूका लागि स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको विवरण:

PCP NPI: ____________________ PPG ID: ____________________

हालको बिरामी हो? ☐ हो ☐ होइन

☐ म PCP छनोट गर्न चाहन्नँ, Wellcare ले नै मेरा लागि PCP छनोट गरिदेओस् भन्ने चाहन्छु। म मेरो Wellcare सदस्य ID कार्डमा रहेको सदस्य सेवाको नम्बरमा फोन गरेर जुनसुकै बेला आफ्नो PCP फेर्न सक्छु भन्ने कुरा मैले बुझेको छु।

नेटवर्कभित्रको मान्य PCP छनोट गरिएको छैन वा PCP स्वतः तोकियोस् भनी जनाउने चेकबक्समा ठिक चिन्ह लगाइएको छैन भने लाभग्राहीलाई नेटवर्कभित्रको PCP स्वतः तोकिने छ। सदस्य ID कार्डमा रहेको सदस्य सेवाको नम्बरमा फोन गरेर जुनसुकै बेला तोकिएको PCP परिवर्तन गर्न सकिने छ।

©Wellcare 2026

तपाईंको योजनाको प्रिमियम भुक्तानी गर्ने तरिका

तपाईं आफ्नो मासिक योजनाको प्रिमियम (हाल रहेको वा पछि पर्न सक्ने ढिलो दर्ता जरिवानासहित) प्रत्येक महिना हुलाक, इलेक्ट्रोनिक फण्ड ट्रान्सफर (EFT) वा क्रेडिट कार्डमार्फत भुक्तानी गर्न सक्नुहुन्छ। **साथै, तपाईं आफ्नो सामाजिक सुरक्षा वा रेलरोड रिटायरमेन्ट बोर्ड (RRB) को मासिक भत्ताबाट स्वतः कट्टी हुने गरी पनि प्रिमियम भुक्तानी गर्ने विकल्प रोज्न सक्नुहुन्छ।**

तपाईंले पार्ट D-आयसँग सम्बन्धित मासिक समायोजन रकम (पार्ट D-IRMAA) भुक्तानी गर्नु पर्ने छ भने यो अतिरिक्त रकम तपाईंको योजनाको प्रिमियमको अतिरिक्त छुट्टै तिर्नु पर्ने हुन्छ। यो रकम सामान्यतया तपाईंको सामाजिक सुरक्षा भत्ताबाट काटिन्छ वा Medicare (वा RRB) ले तपाईंलाई बिल पठाउन सक्छ। भाग D-IRMAA को रकम Wellcare लाई भुक्तानी नगर्नुहोस्।

सीमित आय भएका मान्छेहरू प्रिस्क्रिप्सन औषधिको पैसा तिर्नका लागि अतिरिक्त सहाायताा (Extra Help) प्राप्त गर्न योग्य हुन सक्छन्। तपाईं हाल अतिरिक्त सहायता पाइरहनुभएको छ भने पनि तपाईंले पुनः प्रमाणीकरणका लागि पुनः आवेदन दिनु पर्ने हुन सक्छ। धेरै मान्छेहरू यो छुटका लागि योग्य हुन्छन् तर उनीहरूलाई यसबारे थाहा नै हुँदैन। स अतिरिक्त सहायताका बारेमा थप जानकारी प्राप्त गर्न आफ्नो स्थानीय सामाजिक सुरक्षा कार्यालयमा सम्पर्क गर्नुहोस् वा सामाजिक सुरक्षालाई 1-800-772-1213 मा फोन गर्नुहोस्। TTY प्रयोगकर्ताले 1-800-325-0778 मा फोन गर्नु पर्छ। तपाईं इन्टरनेट प्रयोग गरी https://www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help मा गएर पनि अतिरिक्त सहायताका लागि आवेदन दिन सक्नुहुन्छ।

तपाईंले भुक्तानीको कुनै विकल्प छनौट गर्नुभएन भने तपाईंलाई प्रत्येक महिना बिल पठाइने छ।

कृपया प्रिमियम भुक्तानीको विकल्प छनौट गर्नुहोस्:

☐ बिल प्राप्त गर्ने
☐ तपाईंको मासिक सामाजिक सुरक्षा वा रेलरोड रिटायरमेन्ट बोर्ड (RRB) भत्ताको चेकबाट स्वतः कट्टी गर्ने। म निम्न संस्थाबाट मासिक भत्ता प्राप्त गर्छु: ☐ सामाजिक सुरक्षा ☐ RRB
(सामाजिक सुरक्षा वा RRB ले स्वीकृति दिएपछि मात्र प्रिमियमको रकम कट्टी गर्न थालिने छ र यसो गर्न दुई वा सोभन्दा बढी महिना लाग्न सक्छ। धेरै जसो अवस्थामा, सामाजिक सुरक्षा वा RRB ले स्वतः कट्टीको अनुरोध स्वीकृत गरेमा पहिलो कट्टीमा तपाईंको दर्ता लागू भएको मितिदेखि कट्टी सुरु नभएसम्मको सम्पूर्ण बाँकी प्रिमियम समावेश हुने छ। सामाजिक सुरक्षा वा RRB ले स्वतः कट्टीको अनुरोध स्वीकृत गरेन भने हामी तपाईंलाई मासिक प्रिमियमको कागजी बिल पठाउने छौँ।)

आवेदकहरूलाई यो फाराम भर्न सहयोग गर्ने व्यक्तिहरूका लागि मात्र

तपाईं आवेदकलाई यो फाराम भर्न सहयोग गर्ने व्यक्ति (जस्तै: एजेन्ट, ब्रोकर, SHIP परामर्शदाता, परिवारको सदस्य वा अन्य तेस्रो पक्ष) हुनुहुन्छ भने यो खण्ड पूरा गर्नुहोस्।

नाम: ____________________________ आवेदकसँगको नाता: ______________________________________

हस्ताक्षर: _________________________ नेसनल प्रोड्युसर नम्बर (एजेन्ट/ब्रोकरका लागि मात्र): _______________

कार्यालयको प्रयोजनका लागि मात्र:

म यो कागजातमा हस्ताक्षर गरी यसलाई पेस गरेर मैले यसमा प्रदान गरेका विवरणहरू मलाई थाहा भएसम्म सत्य, पूर्ण र सही छन् भन्ने कुरा प्रमाणित गर्छु। कुनै गलत विवरण दिएको वा कुरा लुकाएको पाइएमा ममाथि अनुशासनात्मक कारबाही हुन सक्छ र मेरो अपोइन्टमेन्ट तथा प्रोड्युसर सम्झौता रद्दसम्म हुन सक्छ भन्ने कुरा म बुझ्छु।

सहयोग गर्ने कर्मचारी/एजेन्ट/ब्रोकरको नाम: ______

योजना ID #: ______ **कभरेज सुरु हुने मिति :** ___ /___ /____ (MM/DD/YYYY)

Wellcare बिक्री प्रतिनिधि/अधिकृत एजेन्ट

(आवेदन फाराम भर्ने बिक्री प्रतिनिधि/एजेन्ट)

एजेन्टको प्रकार (एउटा छनौट गर्नुहोस्): ☐ अधिकृत एजेन्ट ☐ Wellcare का कर्मचारी

तलको खण्ड भर्नुहोस्:

बिक्री प्रतिनिधि/एजेन्टको नाम: ______

बिक्री प्रतिनिधि/एजेन्टको NPN #: ______

एजेन्सी/FMO सम्बद्धता (भएमा): ______

यो विवरण तपाईंको स्वीकृत Wellcare लाइसेन्सिङ रेकर्डसँग मिल्नु पर्छ।

एजेन्टको फोन नम्बर: (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __

इमेल: ______

एजेन्सी/FMO फोन नम्बर (लागू हुने भएमा): (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __

बिक्री प्रतिनिधि/अधिकृत एजेन्टले आवेदन प्राप्त गरेको मिति: ____ /____ /_____ (MM / D D / YYYY)

(यो मितिको 1 पात्रो दिनभित्र उक्त आवेदन Wellcare मा प्राप्त भइसक्नु पर्छ।)

आवेदन प्राप्त भएको स्थान: ☐ अपोइन्टमेन्ट ☐ बिक्री कार्यक्रम ☐ कार्यालयमै आएर

☐ अन्य (उल्लेख गर्नुहोस्): ______

ब्रोकरले फाराम बुझाउने तरिका: बिक्री प्रतिनिधि/एजेन्टले अपोइन्टमेन्टको दायरा र दर्ता फारामहरू 1-844-222-3180 मा फ्याक्स गर्नु पर्छ।

©Wellcare 2026

दर्ता अवधिका लागि योग्यताको स्व-घोषणा

सामान्यतया, तपाईं प्रत्येक वर्ष अक्टोबर 15 देखि डिसेम्बर 7 सम्मको वार्षिक दर्ता अवधिमा मात्र Medicare Advantage योजनामा दर्ता हुन सक्नुहुन्छ। तर केही अपवादहरू छन् जसले तपाईंलाई यस अवधिबाहेक अन्य समयमा पनि Medicare Advantage योजनामा दर्ता हुने अनुमति दिन्छ। तपाईं पहिलो पटक Medicare का सुविधाहरू प्रयोग गर्दै हुनुहुन्छ र तपाईंको उमेर 65 वर्ष पुगेको 90 दिनभन्दा बढी भइसकेको छ भने, "म Medicare मा नयाँ हुँ।" भन्ने SEP लागू हुँदैन। त्यसैले कृपया तल दिइएका मध्ये उपयुक्त SEP छनौट गर्नुहोस्।

कृपया निम्न कथनहरू ध्यानपूर्वक पढ्नुहोस् र आफूलाई लागू हुने बाकसमा ठिक चिन्ह लगाउनुहोस्। तपाईंले निम्नमध्ये कुनै पनि बाकसमा ठिक चिन्ह लगाउनुभयो भने तपाईं आफूलाई थाहा भएअनुसार दर्ता अवधिका लागि योग्य हुनुहुन्छ भनी प्रमाणित गर्नुहुन्छ भन्ने अर्थ लाग्छ। पछि यो जानकारी गलत ठहरिएमा तपाईंलाई योजनाबाट हटाइन सक्छ।

छनौट गर्नुअघि कृपया तलका सबै कथनहरू पढ्नुहोस्। मितिहरू MM/DD/YYYY ढाँचामा उल्लेख गर्नुहोस्।

☐ म Medicare मा नयाँ हुँ।
*निम्न अवस्थामा मात्र यो विकल्प छान्नुहोस्: 1. तपाईं भर्खरै हकदार हुनुभएको छ; 2. तपाईं 65 वर्ष पुग्न 90 दिन वा सो सभन्दा कम समय बाँकी छ वा तपाईं 65 वर्ष पुगेको 90 दिन कटिसकेको छैन; 3. तपाईं सुविधाहरूको नयाँ प्रापक हुनुहुन्छ; 4. तपाईंले पहिले अपाङ्गतामार्फत मात्र Medicare पाउनुभएको थियो तर भर्खरै योग्य हुनुभएको छ।
*तपाईंको रोजगारदाताको कभरेज भर्खरै समाप्त भएको हो र तपाईं पहिलो पटक Medicare प्रयोग गर्दै हुनुहुन्छ भने कृपया तलको "मैले मेरो रोजगारदाता वा युनियनले प्रदान गर्ने कभरेज छोडेको छु" भन्ने SEP छान्नुहोस्।

☐ वार्षिक दर्ता अवधि (AEP): प्रत्येक वर्ष अक्टोबर 15 देखि डिसेम्बर 7 सम्म।

☐ मसँग पहिले नै पार्ट A (अस्पताल बिमा) छ र भर्खरै पहिलो पटक पार्ट B (चिकित्सा बिमा) का लागि दर्ता भएको छु। म Medicare Advantage योजनामा सामेल हुन चाहन्छु।

☐ मेरो पार्ट A र/वा पार्ट B कभरेज सुरु भएपछि मलाई Medicare पाउनेबारे सूचित गरिएको थियो। मलाई (मिति लेख्नुहोस्) मा सूचित गरिएको थियो। ____ /____ /______

☐ मसँग पहिले पनि Medicare थियो। , तर अब म 65 वर्ष पुग्दै छु।

☐ म Medicare Advantage योजनामा दर्ता छु र Medicare Advantage खुला दर्ता अवधि (MA OEP) मा आफ्नो योजना परिवर्तन गर्न चाहन्छु।

☐ म मेरो हालको योजनाको सेवा क्षेत्रभन्दा बाहिर नयाँ ठेगानामा सरेको छु, वा म भर्खरै सरेको हुनाले यो योजना मेरो लागि नयाँ विकल्प हो। म (मिति लेख्नुहोस्) मा सरेको हुँ। ____ /____ /______

☐ म विदेशमा बसेपछि (मिति लेख्नुहोस्) मा अमेरिका फर्किएको हुँ। ____ /____ /______

☐ म कारागारबाट रिहा भएको हुँ। म (मिति लेख्नुहोस्) मा रिहा भएको थिएँ। ____ /____ /______

☐ मैले भर्खरै अमेरिकामा वैधानिक उपस्थितिको स्थिति प्राप्त गरेको छु। मैले यो स्थिति (मिति लेख्नुहोस्) मा प्राप्त गरेको हुँ। ____ /____ /______

☐ म नर्सिङ होम वा पुनर्स्थापना अस्पताल जस्तो दीर्घकालीन स्याहार केन्द्रमा बस्छु।
*ध्यान दिनु पर्ने कुरा: फाराममा दीर्घकालीन स्याहार केन्द्रको विवरण भर्नु पर्छ।

©Wellcare 2026

☐ म भर्खरै नर्सिङ होम वा पुनर्स्थापना अस्पताल जस्तो दीर्घकालीन स्याहार केन्द्रबाट सरेको हुँ।
*ध्यान दिनु पर्ने कुरा: फाराममा दीर्घकालीन स्याहार केन्द्रको विवरण भर्नु पर्छ।
म (मिति लेख्नुहोस्) मा दीर्घकालीन स्याहार केन्द्रबाट सरेको हुँ। ___ /___ /_____

☐ मैले (मिति लेख्नुहोस्) मा मेरो रोजगारदाता वा युनियनले प्रदान गर्ने कभरेज (COBRA कभरेजसहित) छाडेँ। ___ /___ /_____

☐ मैले Medicare को औषधी कभरेजसरहको अन्य गैर Medicare औषधी कभरेज (विश्वसनीय कभरेज) गुमाएँ वा मेरो अन्य गैर Medicare कभरेज परिवर्तन भएको छ र अब उक्त कभरेज विश्वसनीय मानिँदैन। मैले (मिति लेख्नुहोस्) मा आफ्नो कभरेज गुमाएँ। ___ /___ /_____

☐ मेरो हालको योजना आगामी सम्झौता वर्षका लागि नवीकरण हुँदैन।
*ध्यान दिनु पर्ने कुरा: यो SEP 12/8 देखि फेब्रुअरीको अन्तिम दिनसम्म मात्र मान्य हुने छ।

☐ Medicare ले मेरो योजनासँगको सम्झौता समाप्त गरेकाले मैले कभरेज गुमाएँ। Medicare ले मलाई अर्को योजनामा सामेल हुन सकिने भनी पत्र पठाएको छ। मेरो कभरेज (मिति लेख्नुहोस्) मा समाप्त भएको थियो। ___ /___ /_____

☐ मैले वृद्धहरूका लागि सर्व-समावेशी हेरचाह कार्यक्रम (PACE) योजनाको कभरेज छाडेको छु। म (मिति लेख्नुहोस्) मा उक्त कार्यक्रमबाट बाहिरिएको थिएँ। ___ /___ /_____

☐ मैले मेरो विशेष आवश्यकता योजना (SNP) गुमाएँ किनकि मसँग अब उक्त योजनाका लागि आवश्यक पर्ने विशेष आवश्यकता स्थिति छैन। मलाई SNP बाट हटाइने वा म SNP बाट हटेको मिति: (मिति लेख्नुहोस्) ___ /___ /_____

☐ म मेरो दीर्घकालीन रोग अनुकूलका सुविधाहरू भएको विशेष आवश्यकता योजना (SNP) मा सामेल हुन चाहन्छु।

☐ म मेरो CSNP योजनाका लागि अयोग्य ठहरिएकाले अर्को योजनामा सामेल हुन चाहन्छु। मलाई (मिति लेख्नुहोस्) मा सूचित गरिएको थियो। ___ /___ /_____

☐ मेरो Medicaid स्थिति (मिति लेख्नुहोस्) मा परिवर्तन भएको (भर्खरै Medicaid पाएको, Medicaid को तह फेरिएको वा Medicaid गुमेको) थियो। ___ /___ /_____

☐ मेरो औषधि खर्च भुक्तानी गर्न प्रयोग गर्न सकिने "अतिरिक्त सहायता" को स्थिति (मिति लेख्नुहोस्) मा परिवर्तन भएको (भर्खरै अतिरिक्त सहायता पाएको, अतिरिक्त सहायताको तह फेरिएको वा अतिरिक्त सहायता गुमेको) थियो। ___ /___ /_____

☐ मलाई Medicare (वा राज्य) ले कुनै योजनामा सामेल गराएको थियो र म अर्कै योजना छनौट गर्न चाहन्छु। म (मिति लेख्नुहोस्) मा उक्त योजनामा सामेल भएको थिएँ। ___ /___ /_____

☐ म राज्यको फर्मास्युटिकल सहायता कार्यक्रम (SPAP) मा आबद्ध छु। निम्न राज्यहरूमा योग्य SPAP छ: Delaware, Indiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Jersey, New Mexico, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Texas, Vermont, Wisconsin।

☐ म राज्यको फर्मास्युटिकल सहायता कार्यक्रमको सहयोग गुमाउँदै छु।
मैले (मिति लेख्नुहोस्) मा उक्त सहयोग गुमाएको थिएँ। ___ /___ /_____

☐ म वा मलाई स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी निर्णय लिन मद्दत गर्ने व्यक्ति संकट वा ठूलो विपद् (संघीय आपतकालीन व्यवस्थापन एजेन्सी वा संघीय, राज्य वा स्थानीय सरकारद्वारा घोषित) बाट प्रभावित भएका थियौँ। यस पृष्ठमा उल्लेखित अन्य कथनहरूमध्ये एक ममा लागू हुन्थ्यो तर विपद्का कारण म आफ्नो अनुरोध पेस गर्न असमर्थ भएँ।
त्यसैले मैले दर्ता अवधि छुटाएँ: ____________________

☐ म 5-स्टार Medicare योजनामा सामेल हुँदै छु।

☐ म विगत 3 वर्षदेखि 3 स्टारभन्दा कम रेटिङ भएको योजनामा छु। म 3 स्टार वा सोभन्दा बढी रेटिङ भएको योजनामा सामेल हुन चाहन्छु।

☐ मेरो योजना वित्तीय समस्याका कारण भर्खरै राज्यको नियन्त्रणमा गएको छ। त्यसकारण, म अर्को योजनामा सामेल हुन चाहन्छु।

☐ मैले पहुँचयुक्त ढाँचामा सामग्री माग गरेको थिएँ तर समयमै प्राप्त गरिनँ। अब निर्णय गर्ने समय पाएकाले दर्ता हुन चाहन्छु।
पहिले माग गरिएको ढाँचा: ____________________
*ध्यान दिनु पर्ने कुरा: पहुँचयुक्त ढाँचाहरूमा ब्रेल, डेटा CD, ठूलो अक्षरलगायतका ढाँचा पर्छन्

☐ म पार्ट A को प्रिमियम तिर्छु र साधारण दर्ता अवधि (जनवरी 1–मार्च 31) मा पार्ट B मा दर्ता भएको थिएँ। म Medicare औषधी योजना (पार्ट D) वा औषधी कभरेज भएको Medicare Advantage योजनामा सामेल हुन चाहन्छु।
* तपाईं पार्ट A को प्रिमियम तिर्नुहुन्छ र तपाईंले साधारण दर्ता अवमा पार्ट B का लागि दर्ता गर्नुभयो भने पार्ट B मा दर्ता भएपछि कुनै योजनामा सहभागी हुनका लागि तपाईंसँग 2 महिनाको समय हुने छ।
मैले (मिति लेख्नुहोस्) मा दर्ता गरेको थिएँ। ___ /___ /_____

☐ मैले विशेष परिस्थितिका कारण पाएको विशेष दर्ता अवधि (SEP) मा पार्ट A (अस्पताल बिमा) वा पार्ट B (चिकित्सा बिमा) को लागि दर्ता गरेको थिएँ। मैले (मिति लेख्नुहोस्) मा दर्ता गरेको थिएँ। ___ /___ /_____

☐ मसँग Medicare छ र म Medicaid का सबै सुविधाहरू पाउँछु। म फुल्ली इन्टिग्रेटेड डुअल एलिजिबल विशेष आवश्यकता योजना (FIDE SNP), हाइली इन्टिग्रेटेड डुअल एलिजिबल विशेष आवश्यकता योजना (HIDE SNP) वा एप्लिकेबल इन्टिग्रेटेड योजना (AIP) मा सामेल हुन चाहन्छु।

☐ मसँग Medicare Advantage योजनामार्फत Medicare औषधी कभरेज (पार्ट D) छ। म औषधी कभरेज नभएको अर्को Medicare स्वास्थ्य योजनामा सहभागी हुन चाहन्छु, ताकि म गैर Medicare विश्वसनीय औषधी कभरेजमा परिवर्तन गर्न सकूँ। *ध्यान दिनु पर्ने कुरा: MA मात्र

यीमध्ये कुनै पनि कथन तपाईंलाई लागू हुँदैन वा तपाईं निश्चित हुनुहुन्न भने तपाईं दर्ता गर्न योग्य हुनुहुन्छ वा हुनुहुन्न भन्ने कुरा थाहा पाउन कृपया Wellcare लाई 1-844-480-0680 मा सम्पर्क गर्नुहोस् (TTY प्रयोगकर्ताहरूले 711 मा फोन गर्नुहोला)। हाम्रो सेवा अक्टोबर 1 देखि डिसेम्बर 15 सम्म, आइतबारदेखि शनिबार बिहान 8 बजेदेखि बेलुका 8 बजेसम्म खुला रहने छ। डिसेम्बर 16 देखि सेप्टेम्बर 30 सम्म प्रतिनिधिहरू सोमबारदेखि शनिबार बिहान 8 बजेदेखि बेलुका 8 बजेसम्म उपलब्ध हुने छन्।

तपाईंले आफ्नो Medicare Part B को प्रिमियम भुक्तानी गर्न जारी राख्नु पर्ने हुन्छ। तर, पूर्ण दोहोरो लाभग्राहीहरूका हकमा तपाईंको Medicaid योग्यता कायमै भएसम्म राज्यले नै तपाईंको पार्ट B को प्रिमियम तिरिदिने छ।

©Wellcare 2026