

Fomu ya Ombi la Kujiandikisha Kibinafsi ya Mwaka 2027 ili Kujiunga na Medicare Advantage Plan (Sehemu ya C)

OMB No. 0938-1378

Expires: 02/28/2029



With 
**pa health
& wellness.**

✓ Angalia hali ya ombi lako hapa:
[wellcare.com/applicationtracker](https://www.wellcare.com/applicationtracker)

Je, ni nani anayeweza kutumia fomu hii?

Watu wenye Medicare ambao wanataka kujiunga na Medicare Advantage Plan

Ili kujiunga na mpango, lazima:

- Uwe raia wa Marekani au uwepo kisheria nchini Marekani.
- Uishi katika eneo la huduma za mpango

Muhimu: Ili kujiunga na Medicare Advantage Plan, 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 bima inayoanza Januari 1)
- Ndani ya miezi 3 ya kwanza kupata Medicare
- Katika hali fulani ambapo unaruhusiwa kujiunga au kubadilisha mipango

Tembelea **Medicare.gov** ili kupata maelezo 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 ujaze 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.

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

Vikumbusho:

- Ikiwa ungependa kujiunga na mpango wakati wa kujiandikisha wakati wa msimu wa vuli (Oktoba 15–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).

Ni nini kitafanyika baadaye?

Tuma fomu yako iliyojazwa na iliyotiwa sahihi kwa:

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

Baada ya kushughulikia ombi lako la kujiunga, watawasiliana nawe.

Je, ninaweza kupataje usaidizi kuhusu fomu hii?

Pigia simu Wellcare With PA Health & Wellness kwa 1-844-480-0680. Watumiaji wa TTY wanaweza kupigia simu 711. Au, upigie simu Medicare ukitumia 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24/7.

Watumiaji wa TTY wanaweza kupigia simu kwa 1-877-486-2048.



MUHIMU

Usitumie fomu hii wala kipengee chochote kikiwa na taarifa zako binafsi (kama vile madai, malipo, rekodi za matibabu, nk.) kwenye Ofisi ya Kuidhinisha Ripoti za PRA. Bidhaa zozote tutakazopokea ambazo hazihusu jinsi ya kuboresha fomu hii au ukusanyaji wake (kama ilivyoainishwa katika OMB 0938-1378) zitaharibiwa. Haitawekwa, kukaguliwa, au kutumwa kwenye mpango huo. Angalia “Je, ni nini kitakachotokea baadaye?” kwenye ukurasa huu ili kutuma fomu yako iliyojazwa kwa mpango husika.

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 tuma barua kwa: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

TAARIFA YA SHERIA YA FARAGHA

Vituo vya Huduma za Medicare na Medicaid (CMS) hucusanya taarifa kutoka kwenye mipango ya Medicare ili kufuatilia usajili wa wanufaika katika mipango ya Medicare Advantage Plans (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.

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

Chagua mpango unaotaka kujiunga nao:

Wellcare PA Health & Wellness Dual Liberty Sync (HMO-POS D-SNP)¹ –ni pamoja na bima ya dawa
zilizoagizwa

☐ **H2915-002-000**

\$0 kwa mwezi

Wellcare PA Health & Wellness Dual Liberty Sync (HMO-POS D-SNP)¹ –ni pamoja na bima ya dawa
zilizoagizwa

☐ **H2915-018-000**

\$0 kwa mwezi

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



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

Jina la kwanza Jina la mwisho La hiari:
Kifupisho cha jina la kati

Tarehe ya kuzaliwa: Jinsia Nambari ya simu Aina ya simu
____ / ____ / ____ ☐ Kiume ☐ Kike (____) ____ - ____ ☐ Nyumbani ☐ Rununu
MM / DD / YYYY Si lazima: Nambari Mbadala ya Simu Aina ya simu
(____) ____ - ____ ☐ Nyumbani ☐ Rununu

Si lazima: Anwani ya barua pepe: _____

Si lazima: Je, unahisi salama kutumia intaneti, barua pepe, au kutuma arafa mwenyewe?
☐ Ndiyo ☐ Hapana

Si lazima: Mbinu unayopendelea ya mawasiliano: ☐ Rununu ☐ Ujumbe wa Maandishi ☐ Barua pepe
**Tafadhali fahamu kwamba mawasiliano yanaweza kutumwa nje ya 'Mbinu ya mawasiliano unayopendelea'.*

Tunataka ufurahie kuwa mwanachama na kuelewa mpango wako. Tafadhali toa 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.

(Usiweke PO Box. Kumbuka: Kwa watu wasio na makao, PO Box inaweza kuchukuliwa kama anwani yako ya makao ya kudumu). ☐ Kukosa Makao

Anwani ya barabara ya makazi ya kudumu

Jiji Si lazima: Kaunti Jimbo Msimbo wa Posta

Anwani ya barua, Ikiwa ungependa barua yako itumwe kwenye anwani tofauti au kwa mwakilishi aliyeidhinishwa, tafadhali toa taarifa hizo hapa. (PO Box inaruhusiwa)

Anwani ya barabara

Jiji Jimbo Msimbo wa Posta



Taarifa zako za Medicare:

Nambari ya Medicare:

Ana haki ya: Tarehe ya Kuanza Kufanya Kazi (MM/DD/YYYY):

Hospitali (Sehemu ya A) ____ / ____ / ____

Matibabu (Sehemu ya B) ____ / ____ / ____

Jibu maswali haya muhimu:

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

☐ Ndiyo ☐ Hapana

Jina la bima nyingine

Nambari ya mshirika ya bima hii

Nambari ya kikundi cha bima hii

2. Ikiwa unajiandikisha katika D-SNP Plan, tafadhali toa:

Nambari ya Programu ya Medicaid ya Jimbo: _____

Tafadhali jumuisha nambari ya Medicaid kwa 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 Plan, 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 Jimbo 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

Sahihi

____/____/____
MM/DD/YYYY

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

Jina

Anwani

Nambari ya simu

(____) _____ - _____

Uhusiano na anayejiandikisha



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 ☐ Kikrioli cha Ufaransa ☐ Kifaransa ☐ Kirusi
☐ Kiswahili ☐ Kitamili ☐ Kivietnamu

Chagua moja ikiwa ungependa tukutumie taarifa katika muundo unaokufaa zaidi.

☐ Breli ☐ Herufi 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 kati ya Oktoba 1 na Desemba 15, wawakilishi wanapatikana Jumapili hadi Jumamosi, saa 8 asubuhi hadi saa 8 usiku. Kati ya Desemba 16 na Septemba 30, wawakilishi wanapatikana Jumatatu hadi Jumamosi, saa 8 asubuhi hadi saa 8 usiku.

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 Posta

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:

Mgonjwa wa sasa? ☐ Ndiyo ☐ Hapana

☐ Nisingependa kuchagua PCP, ningependa Wellcare inichagulie PCP wangu. Ninaelewa kwamba ninaweza kubadilisha PCP wangu wakati wowote kwa kupiga nambari ya huduma kwa wateja iliyo kwenye kadi ya ID changu cha Mshirika wa Wellcare.

Ikiwa PCP halali aliye kwenye Mtandao hajachaguliwa au kisanduku cha kuteua cha utoaji kiotomatiki wa PCP hakijateuliwa, PCP wa Mtandao atapewa mnufaishwa. Utoaji wa PCP unaweza kubadilishwa wakati wowote kwa kupiga simu nambari ya huduma kwa wateja iliyo kwenye kadi ya ID cha Mshirika



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 (Part 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). USILPE Wellcare Part D-IRMAA.

Watu walio na mapato kidogo wanaweza kustahiki Usaidizi wa Ziada (Extra Help) ili kulipia gharama zao za dawa za maagizo. Hata ikiwa una Usaidizi wa Ziada sasa unaweza kutuma tena ombi kwa uthibitishaji mwingine. Watu wengi wanastahiki akiba hizi na hata hawazijui. Kwa maelezo zaidi kuhusu Usaidizi huu wa Ziada, wasiliana na ofisi ya Hifadhi ya Jamii iliyo katika eneo lako, au piga simu kwa Hifadhi ya Jamii kwa 1-800-772-1213. Watumiaji wa TTY wanapaswa kupiga 1-800-325-0778. Pia unaweza kutuma ombi la Usaidizi wa Ziada mtandaoni kupitia <https://www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help>.

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). Ninapata manufaa ya kila mwezi kutoka: ☐ 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. Mara nyingi, ikiwa Hifadhi ya Jamii au RRB itakubali ombi lako kwa ajili ya makato ya kiotomatiki, makato ya kwanza kutoka kwenye hundi yako ya Hifadhi ya Jamii au RRB yatajumuishwa ada zote za bima zinazohitajika kutoka kwenye tarehe ya kuanza kwa uandikishaji wako hadi pale uzuiaji unapoanza. Ikiwa Hifadhi ya Jamii au RRB haitaidhinisha ombi lako la makato ya kiotomatiki, tutakutumia bili ya karatasi ya ada zako za bima 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 aliyeandikishwa: _____

Sahihi: _____ Nambari ya National Producer (Mawakala/Madalali pekee): _____



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 miadi yangu na makubaliano yangu kama mmwakilishi.

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

ID ya Mpango #:

Tarehe ya bima kuanza kufanya kazi: ____/____/____
(MM/DD/YYYY)

Mwakilishi/Wakala aliyeidhinishwa wa mauzo wa Wellcare

(mwakilishi/wakala wa mauzo wa binafsi aliyejaza ombi)

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

Kamilisha sehemu iliyo hapa chini:

Jina la mwakilishi/Wakala wa mauzo:

NPN # ya Mwakilishi/Wakala wa Mauzo:

Ushirika wa Wakala/FMO (ikiwa inatumika):

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

Nambari ya wakala : (____) ____ - ____

Barua pepe:

Simu ya shirika/FMO (ikiwa inafaa): (____) ____ - ____

Tarehe ya kupokea ombi la mwakilishi/wakala aliyeidhinishwa wa mauzo: ____/____/____
(MM / D D /Y YYYY)

(Ni lazima maombi yapokewe na Wellcare ndani ya siku 1 ya kalenda baada ya tarehe hii.)

Eneo la kupokea ombi: ☐ Miadi ☐ Tukio la mauzo ☐ Kuingia bila miadi

☐ Nyingine (bainisha):

Mawasilisho ya Ombi la Dalali: Lazima mwakilishi/Wakala wa mauzo atume kwa faksi Upeo wa Fomu za Miadi na Uandikishaji kwa 1-844-222-3180.



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 Kipindi cha Kujiandikisha. Iwapo tutabaini baadaye kuwa maelezo haya si sahihi, usajili wako unaweza kuondolewa.

Tafadhali soma taarifa zote hapa chini kabla ya kuchagua. Orodhesha tarehe kama MM/DD/YYYY.

☐ Mimi ni mgeni kwa 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 Des 7 kila mwaka.

☐ Tayari nina Sehemu ya A (Bima ya Hospitali) na hivi majuzi nilijisajili kwa Sehemu ya B (Bima ya Matibabu) kwa mara ya kwanza sasa. Ninataka kujiunga na Medicare Advantage Plan.

☐ Niliarifiwa kuhusu kupata Medicare baada ya bima yangu ya Sehemu ya A na/au Sehemu ya B kuanza. Niliarifiwa mnamo (weka tarehe). _____ / _____ / _____

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

☐ Nimejiandikisha katika Medicare Advantage Plan 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). _____ / _____ / _____

☐ Nilirudi Marekani baada ya kuishi nje ya nchi mnamo (weka tarehe). _____ / _____ / _____

☐ Nilifunguliwa kutoka jela. Niliachiliwa mnamo (weka tarehe). _____ / _____ / _____

☐ Nilipata hali ya uwepo halali nchini Marekani, Nilipata hali hii mnamo (andika tarehe). _____ / _____ / _____

☐ Ninaishi katika kituo cha malezi ya muda mrefu, kama makao ya utunzaji au hospitali ya urekebishaji.

*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) _____ / _____ / _____



- ☐ Niliacha bima ya mwajiri wangu au chama cha wafanyakazi (pamoja na bima ya COBRA) mnamo (weka tarehe). _____ / _____ / _____
- ☐ 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). _____ / _____ / _____
- ☐ Mpango wangu uliopo si wa kujiandikisha upya kwa mwaka ujao wa *KUMBUKA: SEP hii inatumika tu kuanzia 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). _____ / _____ / _____
- ☐ Niliachana na bima yangu katika mpango wa PACE (Programu za Utunzaji Jumuishi kwa Wazee). Niliachana na mpango huo mnamo (weka tarehe) _____ / _____ / _____
- ☐ 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) _____ / _____ / _____
- ☐ 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). _____ / _____ / _____
- ☐ 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). _____ / _____ / _____
- ☐ 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). _____ / _____ / _____
- ☐ Niliandikishwa katika mpango na Medicare (au jimbo langu) na ninataka kuchagua mpango tofauti. Usajili wangu katika mpango huo ulianza mnamo (weka tarehe) _____ / _____ / _____
- ☐ Niko katika Programu ya Jimbo ya Usaidizi wa Dawa Majimbo yafuatayo yana SPAP stahiki: Delaware, Indiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Jersey, New Mexico, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Texas, Vermont, Wisconsin.
- ☐ Ninapoteza usaidizi kutoka katika Programu ya Jimbo ya Usaidizi wa Dawa. Nilipoteza usaidizi mnamo (weka tarehe). _____ / _____ / _____
- ☐ 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. Nilikosa Kipindi cha Uandikishaji cha: _____



- ☐ Ninajiandikisha katika mpango wa nyota 5 wa Medicare.
- ☐ 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 jimbo 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 wa kufikika nilioomba ulikuwa: _____
*Kumbuka: Miundo ya kufikika ni pamoja na lakini si tu Breli, CD ya Data, Herufi 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 Plan wenye bima ya dawa.
* Ukilipa ada ya bima ya Sehemu ya A na usajili kwa Sehemu ya B wakati wa Kipindi cha Uandikishaji wa Jumla, utakuwa na miezi 2 baada ya kujisajili kwa Sehemu ya B ili kujiunga kwenye mpango.
Nilijisajili mnamo (weka tarehe). _____ / _____ / _____
- ☐ 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. Nilijisajili mnamo (weka tarehe). _____ / _____ / _____
- ☐ Nina Medicare na upate manufaa kamili ya Medicaid. Ningependa kujiandikisha katika Fully Integrated Dual Eligible Special Needs Plan (FIDE SNP), Highly Integrated Dual Eligible Special Needs Plan (HIDE SNP), au Applicable Integrated Plan (AIP).
- ☐ Nina bima ya dawa ya Medicare (Sehemu ya D) kupitia mpango wa Medicare Advantage Plan. 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. Tunafanya kazi kati ya Oktoba 1 na Desemba 15, wawakilishi wanapatikana Jumapili hadi Jumamosi, saa 8 asubuhi hadi saa 8 usiku. Kati ya Desemba 16 na Septemba 30, wawakilishi wanapatikana Jumatatu hadi Jumamosi, saa 8 hadi saa 8 usiku.

Lazima uendeleo kulipa ada yako ya bima ya Medicare Part B. Hata hivyo, kwa wanufaishwa wa mipango miwili kamili, Jimbo litasimamia malipo yako ya Sehemu ya B almuradi umedumisha ustahiki wako wa Medicaid.



