

## MẪU ĐƠN ĐĂNG KÝ CHƯƠNG TRÌNH NHU CẦU ĐẶC BIỆT KÉP (D-SNP)

### Ai có thể sử dụng mẫu đơn này?

Đối tượng đã đăng ký Medicare và Medi-Cal muốn tham gia Chương trình nhu cầu đặc biệt kép

### Để tham gia chương trình, quý vị phải:

- Là công dân hoặc lưu trú hợp pháp tại Hoa Kỳ
- Sống trong khu vực phục vụ của chương trình

**Quan trọng:** Để tham gia Chương trình nhu cầu đặc biệt kép (D-SNP), quý vị cũng phải có:

- Medicare Phần A (Bảo hiểm bệnh viện)
- Medicare Phần B (Bảo hiểm y tế)
- Medicaid toàn phần (Medi-Cal)
- Đủ 21 tuổi vào thời điểm đăng ký

### Khi nào tôi được phép sử dụng mẫu đơn này?

Quý vị có thể tham gia chương trình:

- Từ ngày 15 tháng 10 tới ngày 7 tháng 12 mỗi năm (đối với chương trình bảo hiểm bắt đầu từ ngày 1 tháng 1)
- Trong vòng 3 tháng kể từ lần đầu tiên đăng ký thành công Medicare
- Trong một số tình huống mà quý vị được phép tham gia hoặc thay đổi chương trình

Vui lòng truy cập vào [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) để tìm hiểu thêm thông tin về thời điểm quý vị có thể đăng ký tham gia chương trình.

### Tôi cần những thông tin gì để hoàn thành mẫu đơn này?

- Mã số Medicare của quý vị (dãy số nằm trên thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh dương)
- Địa chỉ thường trú và số điện thoại của quý vị
- Số Medi-Cal của quý vị

**Lưu ý:** Quý vị phải hoàn thành tất cả các mục trong Phần 1. Các mục trong Phần 2 là tùy chọn nên quý vị sẽ không bị từ chối bảo hiểm nếu không điền chúng.

### Nhắc nhở:

- Nếu quý vị muốn tham gia chương trình trong giai đoạn mở đăng ký vào mùa thu (từ ngày 15 tháng 10 tới ngày 7 tháng 12) thì thời hạn chậm nhất để quý vị gửi mẫu đơn đã điền đầy đủ cho chương trình là vào ngày 7 tháng 12.

### Quy trình tiếp theo là gì?

Vui lòng gửi mẫu đơn đã điền đầy đủ, có chữ ký đến:

Santa Clara Family Health Plan  
Attention: Enrollment Department  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158

Email: [MedicareOutreach@scfhp.com](mailto:MedicareOutreach@scfhp.com)

Sau khi xử lý yêu cầu đăng ký của quý vị, họ sẽ liên hệ với quý vị.

### Tôi yêu cầu giúp đỡ điền mẫu đơn bằng cách nào?

Hãy gọi cho Santa Clara Family Health Plan DualConnect (Chương trình bảo hiểm cho gia đình Santa Clara DualConnect) (HMO D-SNP) theo số 1-888-202-3353. Người dùng TTY có thể gọi 711. Hoặc gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

**En español:** Llame a Santa Clara Family Health Plan DualConnect (HMO D-SNP) al 1-888-202-3353 / TTY 711. O a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un agente estará disponible para asistirle.

### Dành cho đối tượng vô gia cư

- Nếu quý vị muốn tham gia chương trình nhưng không có hộ khẩu thường trú thì Hộp thư bưu điện, địa chỉ tạm trú hoặc trạm xá, hay địa chỉ nhận thư (ví dụ: séc an sinh xã hội) đều có thể được xem là địa chỉ thường trú của quý vị.

### QUAN TRỌNG

Không gửi mẫu này hoặc bất kỳ giấy tờ nào có thông tin cá nhân của quý vị (chẳng hạn như yêu cầu bồi thường, thanh toán, hồ sơ y tế, v.v.) đến Văn Phòng Thông Quan Báo Cáo PRA. Chúng tôi sẽ tiêu hủy mọi giấy tờ không liên quan đến cách cải thiện mẫu này hoặc nghĩa vụ thu thập thông tin (được nêu trong OMB 0938-1378) mà chúng tôi nhận được. Những giấy tờ này sẽ không được giữ lại, xem xét hay gửi đến chương trình. Xem phần “Chuyện gì sẽ xảy ra tiếp theo?” ở trang này để biết cách gửi mẫu hoàn chỉnh của quý vị đến chương trình.

<b>Phần 1–Tất cả các trường trên trang này đều là bắt buộc (trừ khi được đánh dấu là tùy chọn)</b>		
<b>Chọn chương trình mà quý vị muốn tham gia:</b>		
<input type="checkbox"/> Santa Clara Family Health Plan DualConnect (HMO D-SNP) - \$0 mỗi tháng		
Tên RIÊNG:	Tên HỌ:	Tên đệm viết tắt (Tùy chọn):
Ngày sinh: (MM/DD/YYYY)	Giới Tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Số điện thoại bàn:
Số điện thoại di động:	<input type="checkbox"/> Có, tôi cho phép SCFHP DualConnect nhấn tin thông báo cho tôi thông tin về chương trình mà tôi tham gia	
Email:	<input type="checkbox"/> Có, tôi cho phép SCFHP DualConnect gửi thông tin về chương trình mà tôi tham gia qua email	
Địa chỉ thường trú (Không nhập Địa chỉ hộp thư bưu điện):		
Thành phố:	Quận (Tùy chọn):	Tiểu bang:
		Mã bưu chính:
Địa chỉ gửi thư, trong trường hợp khác với địa chỉ thường trú của quý vị (cho phép sử dụng địa chỉ Hộp thư bưu điện):		
Địa chỉ cơ sở:	Thành phố:	Tiểu bang:
		Mã bưu chính:
<b>Thông tin Medicare của quý vị:</b>		
Số Medicare:		
<b>Hãy trả lời những câu hỏi quan trọng sau:</b>		
Quý vị có đăng ký bảo hiểm thuốc theo toa khác (như VA, TRICARE) ngoài Santa Clara Family Health Plan không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Tên của bảo hiểm khác:	Số thành viên của bảo hiểm này:	Số hiệu nhóm của bảo hiểm này:
Quý vị có được ghi danh tham gia chương trình Medicaid tiểu bang (Medi-Cal) không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Nếu “có”, vui lòng cung cấp dãy số Medicaid gồm 9 chữ số (Số định danh khách hàng (CIN)) của quý vị:		

**Xem tiếp ở trang sau**

**QUAN TRỌNG: Hãy đọc kỹ rồi ký tên dưới đây:**

- Tôi phải tiếp tục duy trì bảo hiểm Medicare của Bệnh Viện (Phần A) và Y Tế (Phần B), cũng như Medi-Cal để tiếp tục tham gia Santa Clara Family Health Plan.
- Bằng việc tham gia Medicare Advantage Plan, tôi xác nhận rằng Santa Clara Family Health Plan có thể chia sẻ thông tin của tôi với Medicare, và Medicare có thể sử dụng thông tin đó để theo dõi việc đăng ký của tôi, thực hiện thanh toán cũng như dùng cho những mục đích khác được luật Liên Bang cho phép để thu thập thông tin này (xem Tuyên Bố về Đạo Luật Quyền Riêng Tư bên dưới). Phản hồi của quý vị về mẫu này là hoàn toàn tự nguyện. Tuy nhiên, việc không phản hồi có thể ảnh hưởng tới quy trình đăng ký tham gia chương trình.
- Tôi hiểu rằng tôi chỉ có thể đăng ký vào một chương trình MA tại một thời điểm - và việc đăng ký vào chương trình này sẽ tự động kết thúc việc đăng ký của tôi trong một chương trình MA khác (các trường hợp ngoại lệ áp dụng cho các chương trình MA PFFS, MA MSA).
- Tôi hiểu rằng khi bảo hiểm Santa Clara Family Health Plan của tôi có hiệu lực, tôi sẽ được quyền nhận tất cả các quyền lợi y tế và thuốc theo toa của mình từ Santa Clara Family Health Plan. Các quyền lợi và dịch vụ do Santa Clara Family Health Plan cung cấp và có trong tài liệu “Chứng Từ Bảo Hiểm” của Santa Clara Family Health Plan (còn được gọi là hợp đồng với hội viên hoặc thỏa thuận đăng ký) sẽ được đài thọ. Cả Medicare lẫn Santa Clara Family Health Plan đều sẽ không thanh toán cho những quyền lợi hoặc dịch vụ không được đài thọ.
- Thông tin trong mẫu đăng ký này là chính xác dựa trên sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai trong mẫu này, thì tôi sẽ bị hủy bỏ tư cách tham gia chương trình.
- Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người được ủy quyền hợp pháp thay mặt tôi) trên mẫu này đại diện cho việc tôi đã đọc và hiểu nội dung của mẫu. Nếu được ký bởi người đại diện có thẩm quyền (như mô tả ở trên), thì chữ ký này xác nhận rằng:
  - 1) Người này được ủy quyền theo luật Tiểu Bang để hoàn thành việc đăng ký này cũng như
  - 2) Tài liệu được ủy quyền này sẽ được cung cấp theo yêu cầu của Medicare.

**Chữ ký:**

**Ngày tháng:**

Nếu quý vị là đại diện được ủy quyền, hãy ký tên ở trên và điền vào các trường sau:

Tên:

Địa Chỉ:

Số điện thoại:

Mối quan hệ với người đăng ký:

**CHỈ DÀNH CHO CHUYÊN VIÊN**

Tên chuyên viên:

Ngày:

NPN:

Ngày có hiệu lực:

**Xem tiếp ở trang sau**

## Phần 2 – Tất cả các trường trong phần này đều không bắt buộc

Việc trả lời những câu hỏi sau được xem là tự nguyện. Quý vị sẽ không bị từ chối bảo hiểm nếu không điền các trường này.

Quý vị có phải người Mỹ gốc Tây Ban Nha và Bồ Đào Nha, người Mỹ gốc Latinh hoặc người gốc Tây Ban Nha không? Hãy chọn tất cả các đáp án phù hợp.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Không, không phải người Mỹ gốc Tây Ban Nha và Bồ Đào Nha, người Mỹ gốc Latinh hay người gốc Tây Ban Nha | <input type="checkbox"/> Phải, người Mỹ gốc Mexico, Chicano |
| <input type="checkbox"/> Phải, người Puerto Rico   | <input type="checkbox"/> Phải, người Cuba                   |
| <input type="checkbox"/> Phải, là người Mỹ gốc Tây Ban Nha và Bồ Đào Nha, người Mỹ gốc Latinh hoặc gốc Tây Ban Nha khác          |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Chọn không trả lời.</b>  |   |

Quý vị thuộc dân tộc nào? Hãy chọn tất cả các đáp án phù hợp.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Người Mỹ bản địa hoặc Thổ dân Alaska | <input type="checkbox"/> Người Ấn Độ gốc Châu Á               | <input type="checkbox"/> Người Mỹ da đen hoặc Mỹ gốc Phi        |
| <input type="checkbox"/> Người Trung Quốc                     | <input type="checkbox"/> Người Philippines                    | <input type="checkbox"/> Người Guam hoặc thuộc văn hóa Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Người Nhật Bản                       | <input type="checkbox"/> Người Hàn Quốc                       | <input type="checkbox"/> Người Hawaii bản địa                   |
| <input type="checkbox"/> Người Châu Á khác                    | <input type="checkbox"/> Cư dân quần đảo Thái Bình Dương khác | <input type="checkbox"/> Người Samoa                            |
| <input type="checkbox"/> Người Việt Nam                       | <input type="checkbox"/> Người da trắng                       |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Chọn không trả lời.</b>           |   |   |

Chọn một phương án nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin cho quý vị bằng ngôn ngữ khác tiếng Anh.

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tiếng Tây Ban Nha | <input type="checkbox"/> Tiếng Việt Nam | <input type="checkbox"/> Tiếng Trung Giản thể | <input type="checkbox"/> Tiếng Tagalog |
|--|---|---|--|

Hãy chọn một phương án nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin cho quý vị bằng định dạng quý vị có thể dễ dàng tiếp cận.

- |                                  |                                     |                                      |
|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chữ nổi | <input type="checkbox"/> Chữ in lớn | <input type="checkbox"/> CD âm thanh |
|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|

Vui lòng liên hệ với Santa Clara Family Health Plan DualConnect (HMO D-SNP) theo số 1-877-723-4795 nếu quý vị cần thông tin ở định dạng khác với định dạng được liệt kê ở trên. Khung giờ hành chính của chúng tôi là 7 ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Người dùng TTY có thể gọi 711.

Quý vị hiện có đang đi làm không?

- Có  Không

Nửa kia của quý vị hiện có đang đi làm không?

- Có  Không

Hãy liệt kê Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP), phòng khám hoặc trung tâm y tế của quý vị:

Địa chỉ PCP/Phòng khám:

NPI (PCP/Mã phòng khám):

---

Chương trình Santa Clara Family Health Plan DualConnect là chương trình HMO D-SNP có hợp đồng với Medicare và Medi-Cal. Việc đăng ký DualConnect sẽ phụ thuộc vào khả năng gia hạn hợp đồng.

Santa Clara Family Health Plan DualConnect tuân thủ luật dân sự hiện hành của Liên Bang và không phân biệt đối xử theo chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hay giới tính.

**ATTENTION:** If you need help in your language call 1-877-723-4795 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-877-723-4795 (TTY: 711). These services are free of charge.

**ATENCIÓN:** si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-877-723-4795 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-877-723-4795 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

**CHÚ Ý:** Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-877-723-4795 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-877-723-4795 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

**请注意:** 如果您需要以您的母语提供帮助, 请致电 1-877-723-4795 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务, 例如文盲和需要较大字体阅读, 也是方便取用的。请致电 1-877-723-4795 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

**ATENSIYON:** Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-877-723-4795 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-877-723-4795 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

### **TUYÊN BỐ VỀ ĐẠO LUẬT QUYỀN RIÊNG TƯ**

Trung tâm dịch vụ Medicare và Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) thu thập thông tin từ các chương trình Medicare để theo dõi việc đăng ký vào chương trình Medicare Advantage (MA) của người thụ hưởng, qua đó cải thiện chất lượng chăm sóc cũng như thanh toán các quyền lợi Medicare. Phần 1851 và 1860D-1 của Đạo luật An sinh xã hội và 42 CFR §§ 422.50 cũng như 422.60 cho phép tiến hành thu thập thông tin này. CMS có thể sử dụng, tiết lộ và trao đổi dữ liệu đăng ký từ những người thụ hưởng Medicare như được quy định trong Thông báo về Hệ thống lưu trữ hồ sơ (System of Records Notice, SORN) "Thuốc theo toa Medicare Advantage" (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx), Hệ thống số 09-70-0588. Phản hồi của quý vị về mẫu đơn này được xem là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không phản hồi có thể ảnh hưởng tới quy trình đăng ký tham gia chương trình.

Theo Đạo luật giảm bớt thủ tục giấy tờ năm 1995, không ai bị buộc phải trả lời yêu cầu thu thập thông tin trừ khi có số kiểm soát hợp lệ của Cục Quản lý hành chính và Ngân sách Hoa Kỳ (Office of Management and Budget, OMB). Số kiểm soát OMB hợp lệ cho phép thu thập thông tin này là 0938-NEW. Ước tính thời gian cần thiết để hoàn thành việc thu thập thông tin này trung bình là 20 phút cho mỗi phản hồi, bao gồm thời gian để xem lại hướng dẫn, tìm kiếm tài nguyên dữ liệu hiện có và thu thập dữ liệu cần thiết, hoàn thành cũng như xem lại toàn bộ thông tin. Nếu quý vị có ý kiến liên quan đến tính chính xác của (các) ước tính thời gian hoặc đề xuất cải thiện mẫu đơn này, xin vui lòng gửi thư đến: CMS, 7500 Security Boulevard, Gửi cho: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.