

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE NECESIDADES ESPECIALES DE DOBLE ELEGIBILIDAD (D-SNP)

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare y Medi-Cal que quieren inscribirse a un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad

Para inscribirse en un plan, debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o tener una condición migratoria legal en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para inscribirse en un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP), también debe tener:

- Parte A de Medicare (seguro de hospital)
- Parte B de Medicare (seguro médico)
- Medicaid de alcance completo (Medi-Cal)
- 21 años cumplidos en el momento de la inscripción

¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para tener cobertura a partir del 1 de enero)
- En un plazo de 3 meses después de obtener Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones, en las que le permiten inscribirse o cambiar de plan

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono
- Su número de Medi-Cal

Tenga en cuenta: debe completar todos los puntos de la sección 1. Los puntos de la sección

2 son opcionales: no le pueden negar la cobertura por no completarlos.

Recordatorios:

- Si quiere inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completo y firmado a:
Santa Clara Family Health Plan
Attention: Enrollment Department
PO Box 18880
San Jose, CA 95158

Correo electrónico:

MedicareOutreach@scfhp.com

Cuando procesen su solicitud para inscribirse, se comunicarán con usted.

¿Cómo puedo recibir ayuda con este formulario?

Llame a DualConnect de Santa Clara Family Health Plan (HMO D-SNP) al 1-888-202-3353. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

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

Personas sin vivienda

- Si quiere inscribirse en un plan pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe el correo (p. ej., cuentas del seguro social) podrían considerarse su dirección de residencia permanente.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún documento con su información personal (como reclamos, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Se destruirá cualquier documento que recibamos que no se trate de cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrito en OMB 0938-1378). No se guardará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario completado al plan.

**Sección 1: todos los campos de esta página son obligatorios
(a menos que se marquen como opcionales)**

Elija el plan al que quiere inscribirse:

DualConnect de Santa Clara Family Health Plan (HMO D-SNP): \$0 por mes

Nombre:

Apellido:

Inicial del segundo nombre
(opcional):

Fecha de nacimiento:
(MM/DD/AAAA)

Sexo:

Masculino Femenino

Número de teléfono de su casa:

Número de teléfono celular:

Sí, autorizo a DualConnect de SCFHP a enviarme un mensaje de texto con información sobre mi plan

Correo electrónico:

Sí, autorizo a DualConnect de SCFHP a enviarme un correo electrónico con información sobre mi plan

Dirección de residencia permanente (no escriba un apartado postal):

Ciudad:

Condado (opcional):

Estado:

Código postal:

Dirección de correo, si es diferente a su dirección permanente (se permite un apartado postal):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Su información de Medicare:

Número de Medicare:

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de Santa Clara Family Health Plan? Sí No

Nombre de la otra cobertura:

Número de miembro para esta cobertura:

Número de grupo para esta cobertura:

¿Está inscrito en el programa de Medicaid (Medi-Cal) de su estado? Sí No

Si la respuesta es "Sí", escriba su número de 9 dígitos de Medicaid (número de identificación del cliente [CIN]):

Este formulario sigue en la página siguiente

IMPORTANTE: lea y firme abajo:

- Debo conservar la cobertura de hospital (Parte A) y médica (Parte B) de Medicare y Medi-Cal para permanecer en Santa Clara Family Health Plan.
- Inscribiéndome en este plan Medicare Advantage, reconozco que Santa Clara Family Health Plan compartirá mi información con Medicare, que podría usarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, pagar y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información (consulte la declaración de la Ley de privacidad abajo). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no lo responde podría afectar a la inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).
- Entiendo que cuando empiece mi cobertura de Santa Clara Family Health Plan, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Santa Clara Family Health Plan. Se cubrirán los beneficios y servicios que presta Santa Clara Family Health Plan y que están en mi documento de "Evidencia de Cobertura" de Santa Clara Family Health Plan (también llamado contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni Santa Clara Family Health Plan pagarán los beneficios o servicios que no tengan cobertura.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si doy información falsa en este formulario de manera intencional, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que leí y entiendo el contenido de esta solicitud. Si la firma un representante autorizado (como se especifica arriba), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y
 - 2) La documentación de esta autorización está disponible si la pide a Medicare.

Firma:

Fecha de hoy:

Si es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación con la persona inscrita:

SOLO PARA USO DEL REPRESENTANTE

Nombre del representante:

Fecha:

NPN:

Fecha de entrada en vigor:

Este formulario sigue en la página siguiente

Sección 2: todos los campos de esta sección son opcionales

Responder a estas preguntas es su elección. No le pueden negar la cobertura por no completarlos.

¿Es hispano, latino o de origen español? Elija todas las opciones que correspondan.

- No, no soy de origen hispano, latino o español
- Sí, soy puertorriqueño
- Sí, soy de otro origen hispano, latino o español
- Prefiero no responder.**
- Sí, soy mexicanoamericano, chicano
- Sí, soy cubano

¿Cuál es su raza? Elija todas las opciones que correspondan.

- Indio americano o nativo de Alaska
- Chino
- Japonés
- De otro país asiático
- Vietnamita
- Prefiero no responder.**
- Indio asiático
- Filipino
- Coreano
- De otra isla del Pacífico
- Blanco
- Negro o afroamericano
- Guameño o chamorro
- Nativo de Hawái
- Samoano

Elija una opción si quiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

- Español
- Vietnamita
- Chino simplificado
- Tagalo

Elija una opción si quiere que le enviemos información en un formato accesible.

- Braille
- Letra grande
- CD de audio

Comuníquese con DualConnect de Santa Clara Family Health Plan (HMO D-SNP) al 1-877-723-4795 si necesita información en un formato accesible que no sea los que se mencionan arriba. Nuestro horario de atención es los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Trabaja? Sí No

¿Trabaja su cónyuge? Sí No

Indique su proveedor de atención primaria (PCP), clínica o centro médico:

Dirección del PCP/clínica:

NPI (código del PCP/clínica):

DualConnect de Santa Clara Family Health Plan es un HMO D-SNP con un contrato con Medicare y Medi-Cal. La inscripción en DualConnect depende de la renovación del contrato.

Santa Clara Family Health Plan DualConnect cumple las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo.

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.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y pagar los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y los artículos 422.50 y 422.60 del título 42 del CFR autorizan la recopilación de esta información. Los CMS podrían usar, revelar e intercambiar información de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso de sistemas de registros (SORN) "Medicamentos con receta de Medicare Advantage (MARx)", número de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no lo responde podría afectar a la inscripción en el plan.

Según la Ley de Simplificación de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número válido de control de la OMB. El número válido de control de la OMB para esta recopilación de información es 0938-NEW. El tiempo necesario para completar esta información se calcula en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de información existente, recopilar la información necesaria y completar y revisar la recopilación de la información. Si tiene algún comentario sobre la precisión del cálculo de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.