

双资格特殊需求计划 (D-SNP) 参保申请表

此表针对哪类人群？

拥有 Medicare 和 Medi-Cal 且希望加入双资格特殊需求计划的人

要加入计划，您必须：

- 为美国公民或合法居住在美国。
- 居住在该计划的服务区

重要须知：要加入双资格特殊需求计划 (D-SNP)，您还必须拥有：

- Medicare A 部分（医院保险）
- Medicare B 部分（医疗保险）
- 全范围 Medicaid (Medi-Cal)
- 参保时年满 21 周岁

何时使用此表？

可加入计划的时间如下：

- 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日（适用于从 1 月 1 日开始的保险）
- 首次获得 Medicare 后 3 个月内
- 在某些您可以加入或更改计划的情况下

访问 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) 以了解何时可以参保计划的更多信息。

填写此表需要哪些信息？

- 您的 Medicare 编号（您的红色、白色和蓝色 Medicare 卡上的编号）
- 您的永久地址和电话号码
- 您的 Medi-Cal 编号

注意：您必须填写第 1 部分中的所有项目。第 2 部分中的项目为选填项目，您不会因没有填写这些项目而被拒绝参保。

温馨提示：

- 如果您想在秋季开放参保期间（10 月 15 日至 12 月 7 日）加入计划，则必须在 12 月 7 日之前将您填写好的表格提交给该计划。

接下来会怎么样？

将您填写并签名的表格发送至：

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

电子邮箱：MedicareOutreach@scfhp.com

处理了您的加入申请后，相关人员将与您联系。

如何获得有关此表的帮助？

请致电 1-888-202-3353 联系 Santa Clara Family Health Plan DualConnect (HMO D-SNP)。TTY 用户可致电 711。或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 联系 Medicare。TTY 用户可致电 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 representante estará disponible para asistirle.

无家可归者

如果您想加入计划但没有永久居住地，邮政信箱、收容所或诊所地址或邮件接收地址（例如，社会安全支票）可视为您的永久居住地址。

重要须知

请勿将本表格或任何包含您个人信息的物品（如理赔、付款、医疗记录等）寄给 PRA 报告审批办公室 (PRA Reports Clearance Office)。对于所收到的任何与如何改进本表格或其收集责任 (OMB 0938-1378 中有相关概述) 无关的项目，我们将予以销毁。这些物品不会被保留、审查或转发给此计划。请参见本页的“接下来会怎么样？”，将填妥的表格寄给此计划。

第 1 部分 - 本页上的所有字段均为必填字段（除非标记为选填）

选择要加入的计划：

Santa Clara Family Health Plan DualConnect (HMO D-SNP) - 每月 \$0

名字：	姓氏：	中间名首字母（选填）：
出生日期：（年/月/日）	性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住宅电话：

手机：	<input type="checkbox"/> 是的，我授权 SCFHP DualConnect 向我发送有关计划的短信
-----	---

电子邮箱：	<input type="checkbox"/> 是的，我授权 SCFHP DualConnect 通过电子邮件向我发送有关计划的信息
-------	---

永久居住街道地址（请勿输入邮政信箱）：

城市： 县（选填）： 州： 邮政编码：

邮寄地址，如果与您的永久地址不同（允许填写邮政信箱）：

街道地址： 城市： 州： 邮政编码：

您的 Medicare 信息：

Medicare 编号：

回答以下重要问题：

除 Santa Clara Family Health Plan 外，您是否还有其他处方药保险（如 VA、TRICARE）？

是 否

其他保险名称：	该保险的会员编号：	该保险的组编号：
---------	-----------	----------

您是否参保了州 Medicaid (Medi-Cal) 计划？ 是 否

若为“是”，请提供您的 Medicaid 9 位数编号（客户索引编号 (CIN)）：

接下页

重要须知：阅读并在下方签名：

本人必须拥有医院（A 部分）和医疗（B 部分）Medicare 保险以及 Medi-Cal，才能留在 Santa Clara Family Health Plan 中。

- 加入此 Medicare Advantage 计划，即表示本人获悉 Santa Clara Family Health Plan 将与 Medicare 共享本人的信息，Medicare 可以使用这些信息来跟踪本人的参保情况、付款，以及用于授权收集这些信息的联邦法律（见下文的“隐私法案声明”）所允许的其他目的。您对本表格的回复属自愿性质。但是，不予回答可能会影响您参加计划。
- 本人明白，本人一次仅能参加一项 MA 计划，参加此计划将自动结束本人参与的另一项 MA 计划（例外情况适用于 MA PFFS、MA MSA 计划）。
- 本人明白，当本人的 Santa Clara Family Health Plan 保险开始生效时，本人必须通过 Santa Clara Family Health Plan 获取所有医疗和处方药福利。承保范围包括 Santa Clara Family Health Plan 提供的以及本人的 Santa Clara Family Health Plan“承保证书”文件（也称为会员合同或用户协议）中所包含的福利和服务。Medicare 和 Santa Clara Family Health Plan 均不支付不在承保范围内的福利或服务。
- 据本人所知，本参保表上的信息正确无误。本人明白，如果本人故意在本表格上提供虚假信息，本人将被取消参加计划的资格。
- 本人明白，在本申请表上签名（或由代本人行事的法定授权代表签名），即表明本人已阅读并理解本申请表上的内容。如由授权代表（如上所述）签署，此签名证明：
 - 1) 根据州法律，此人已获得授权可填写此参保表，并且
 - 2) 此授权文件可应 Medicare 的要求提供。

签名：

今天的日期：

如果您是授权代表，请在上方签名并填写以下字段：

姓名：

地址：

电话号码：

与参保人的关系：

仅供代理人填写

代理人姓名：

日期：

NPN：

生效日期：

接下页

第 2 部分 - 本部分中的所有字段均为选填字段

您可以选择是否回答这些问题。您不会因没有填写这些问题而被拒绝参保。

您是否为西班牙裔、拉美裔或有西班牙血统？选择所有适用的选项。

- 否，并非为西班牙裔、拉美裔或有西班牙血统
- 是，为墨西哥裔美国人
- 是，为古巴人
- 是，为波多黎各人
- 是，为其他西班牙裔、拉美裔或有其他西班牙血统
- 选择不回答。

您属于哪个种族？选择所有适用的选项。

- 美洲印第安人或阿拉斯加原住民
- 亚裔印第安人
- 黑人或非裔美国人
- 华裔
- 菲律宾裔
- 关岛裔或查莫罗裔
- 日本裔
- 韩裔
- 夏威夷原住民
- 其他亚裔
- 其他太平洋岛民
- 萨摩亚裔
- 越南裔
- 白人
- 选择不回答。

如果您希望我们以英语以外的语言向您发送信息，请选择一种。

- 西班牙语
- 越南语
- 简体中文
- 他加禄语

如果您希望我们以无障碍格式向您发送信息，请选择一种。

- 盲文
- 大字版
- 音频 CD

如需以上述以外的其他可用格式获取信息，请致电 1-877-723-4795 联系 Santa Clara Family Health Plan DualConnect (HMO D-SNP)。我们的服务时间为每周 7 天、每天早上 8 点至晚上 8 点。TTY 用户可致电 711。

您是否在职？ 是 否

您的配偶是否在职？ 是 否

列出您的初级护理提供者 (PCP)、诊所或健康中心：

PCP/诊所地址：

NPI (PCP/诊所代码)：

Santa Clara Family Health Plan DualConnect 是一项与 Medicare 和 Medi-Cal 签约的 HMO D-SNP 计划。DualConnect 参保资格取决于合同续签情况。

Santa Clara Family Health Plan DualConnect 遵守适用的联邦民权法律，不因种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别而歧视任何人。

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.

隐私法声明

Medicare & Medicaid 服务中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) 从 Medicare 计划收集信息，以跟踪 Medicare Advantage (MA) 计划中的受益人参保情况、改善护理和支付 Medicare 福利。《社会安全法案》(Social Security Act) 第 1851 和 1860D-1 节以及 42 CFR 第 422.50 和 422.60 条授权收集此信息。CMS 可使用、披露和交换记录系统通知 (SORN) “Medicare Advantage 处方药 (MARx)” (系统编号 09-70-0588) 中规定的 Medicare 受益人的参保数据。您对本表的回复属自愿性质。但未能回复可能会影响您参保计划。

根据《1995 年文书削减法案》(Paperwork Reduction Act of 1995)，除非显示有效的 OMB 控制编号，否则无需对信息采集做出回应。此次信息采集的有效 OMB 控制编号为 0938-NEW。完成此次信息采集所需时间预计为每个回应平均 20 分钟，包括审阅说明、查询现有数据资源、收集所需数据，以及完成并审查采集的信息。如对预计时间的准确性有任何意见，或有改善本表格的建议，请写信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。