

**FORM NG KAHILINGAN SA PAGPAPATALA PARA MAGPATALA SA DUAL
ELIGIBLE SPECIAL NEEDS PLAN (D-SNP)****Sino ang maaaring gumamit ng form na Mga Paalala:**

Mga may Medicare at Medi-Cal na gustong sumali sa isang Dual Eligible Special Needs Plan

Para makasali sa isang plano, dapat na:

- Mamamayan ka ng Estados Unidos o legal na naninirahan sa Estados Unidos.
- Nakatira sa lugar ng serbisyo ng plano

Mahalaga: Para makasali sa isang Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP), dapat mayroon ka ring:

- Medicare Part A (Insurance sa Ospital)
- Medicare Part B (Medikal na Insurance)
- Buong Saklaw ng Medicaid (Medi-Cal)
- Naging 21 taong gulang sa oras ng pagpapatala

Kailan ko gagamitin ang form na ito?

Maaari kang sumali sa isang plano:

- Sa pagitan ng Oktubre 15–Disyembre 7 bawat taon (para sa saklaw simula Enero 1)
- Sa loob ng 3 buwan ng unang pagkuha ng Medicare
- Sa ilang partikular na sitwasyon, kung saan pinapayagan kang sumali o lumipat ng mga plano

Bumisita sa [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) para matuto ng higit pa kung kailan ka makakapag-sign up para sa isang plano.

Ano ang kailangan ko para makumpleto ang form na ito?

- Ang iyong Medicare Number (ang numero sa iyong pula, puti, at asul na Medicare card)
- Ang iyong permanenteng address at numero ng telepono
- Ang iyong numero ng Medi-Cal

Paalala: Dapat mong kumpletuhin ang lahat ng mga aytem sa Seksyon 1. Ang mga aytem sa Seksyon 2 ay opsyonal—hindi ka maaaring tanggihan ng saklaw dahil hindi mo sila pinunan.

- Kung gusto mong sumali sa isang plano sa panahon ng bukás na pagpapatala sa taglagas (Oktubre 15–Disyembre 7), dapat makuha ng plano ang iyong kumpletong form bago ang Disyembre 7.

Ano ang susunod na mangyayari?

Ipadala ang iyong nakumpleto at pinirmahang form sa: Santa Clara Family Health Plan
Attention: Enrollment Department
PO Box 18880
San Jose, CA 95158

Email: MedicareOutreach@scfhp.com

Kapag naproseso na nila ang iyong kahilingang sumali, makikipag-ugnayan sila sa iyo.

Paano ako makakakuha ng tulong sa form na ito?

Tawagan ang Santa Clara Family Health Plan DualConnect (HMO D-SNP) sa 1-888-202-3353. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711. O tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

Sa Espanyol: 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.

Mga indibidwal na nakararanas ng kawalan ng tahanan

- Kung gusto mong sumali sa isang plano ngunit walang permanenteng tirahan, Post Office Box, address ng isang shelter o klinika, o ang address kung saan ka nakakatanggap ng sulat (hal., mga social security check) ay maaaring ituring na iyong address ng permanenteng tirahan.

MAHALAGA

Huwag ipadala ang form na ito o anumang aytem na may personal na impormasyon mo (tulad ng mga paghahabol, pagbabayad, medikal na rekord, atbp.) sa PRA Reports Clearance Office. Ang anumang aytem na matatanggap namin na hindi tungkol sa kung paano pabutihin ang form na ito o ang koleksyon ng imposisyon na ito (ibinabalangkas sa OMB 0938-1378) ay sisirain. Hindi ito itatago, susuriin, o ipapadala sa plano. Tingnan ang “Anong susunod na mangyayari?” sa pahinang ito para ipadala ang kinumpletong form mo sa plano.

**Seksyon 1–Ang lahat ng mga patlang sa pahinang ito ay kinakailangan
(maliban kung may markang opsyonal)**

Piliin ang planong gusto mong salihan:

☐ Santa Clara Family Health Plan DualConnect (HMO D-SNP) - \$0 bawat buwan

Pangalan:	Apelyido:	Gitnang Inisyal (Opsyonal):	
Petsa ng Kapanganakan: (MM/DD/YYYY)	Kasarian ☐ Lalaki ☐ Babae	Numero ng telepono sa tahanan:	
Numero ng Cellphone:		☐ Oo, pinapahintulutan ko ang SCFHP DualConnect na i-text sa akin ang impormasyon tungkol sa aking plano	
Email:		☐ Oo, pinapahintulutan ko ang SCFHP DualConnect na mag-email sa akin ng impormasyon tungkol sa aking plano	
Address ng kalye ng Permanenteng Tirahan (Huwag maglagay ng PO Box):			
Lungsod:	County (Opsyonal):	Estado:	ZIP Code:
Mailing address, kung iba sa iyong permanenteng address (Pinapayagan ang PO Box):			
Address ng Kalye:	Lungsod:	Estado:	ZIP Code:
Iyong impormasyon ng Medicare:			
Numero ng Medicare:			
Sagutin ang mga importanteng tanong na ito:			
Magkakaroon ka ba ng ibang saklaw ng inireresetang gamot (tulad ng VA, TRICARE) bilang karagdagan sa Santa Clara Family Health Plan? ☐ Oo ☐ Hindi			
Pangalan ng iba pang saklaw:	Numero ng miyembro para sa saklaw na ito:	Numero ng pangkat para sa saklaw na ito:	
Nakatala ka ba sa iyong programa sa Medicaid (Medi-Cal) ng estado? ☐ Oo ☐ Hindi Kung “oo,” mangyaring ibigay ang iyong 9-digit na numero ng Medicaid (Client Index Number (CIN)):			

Ipinagpapatuloy ang form na ito sa susunod na pahina

MAHALAGA: Basahin at lagdaan sa ibaba:

- Dapat kong panatilihin ang ospital (Bahagi A) at Medikal (Bahagi B) saklaw ng Medicare, at Medi-Cal upang manatili sa Santa Clara Family Health Plan.
- Sa pagsali sa Medicare Advantage Plan na ito, kinikilala ko na ang Santa Clara Family Health Plan ay magbabahagi ng aking impormasyon sa Medicare, na maaaring gumamit nito upang subaybayan ang aking pagpapatala, upang magbayad, at para sa iba pang mga layuning pinahihintulutan ng Pederal na batas na nagpapahintulot sa pagkolekta ng impormasyong ito. (tingnan ang Pahayag ng Batas sa Pagkapribado sa ibaba). Ang iyong tugon sa form na ito ay kusang-loob. Gayunpaman, ang pagkabigo na tumugon ay maaaring makaapekto sa pagpapatala sa plano.
- Nauunawaan ko na puwede lang ako magpatala sa iisang MA plano sa bawat pagkakataon – at awtomatikong wawakasan ng pagpapatala ko sa planong ito ang pagpapatala ko sa ibang MA plan (may mga pagbubukod na nalalapat para sa mga MA PFFS, MA, MSA plan).
- Naiintindihan ko na kapag nagsisimula ang aking saklaw ng Santa Clara Family Health Plan, dapat kong kunin ang lahat ng aking mga benepisyo sa medikal at iniresetang gamot mula sa Santa Clara Family Health Plan. Sasakupin ang mga benepisyo at serbisyong ibinigay ng Santa Clara Family Health Plan at nasa aking Santa Clara Family Health Plan na “Ebidensya ng Saklaw” na dokumento (kilala rin bilang kontrata ng miyembro o kasunduan sa subscriber). Ang Medicare o Santa Clara Family Health Plan ay hindi magbabayad para sa mga benepisyo o serbisyong hindi saklaw.
- Ang impormasyon sa form na ito ay tama sa abot ng aking kaalaman. Naiintindihan ko na kung sinasadya kong magbigay ng maling impormasyon sa form na ito, aalisin ako sa pagkakatala sa plano.
- Naiintindihan ko na ang aking lagda (o ang pirma ng taong ligal na awtorisado na kumilos para sa akin) sa aplikasyon na ito ay nangangahulugan na nabasa ko at naiintindihan ang mga nilalaman ng aplikasyon na ito. Kung pinirmahan ng isang awtorisadong kinatawan (tulad ng inilarawan sa itaas), ang lagdang ito ay nagpapatunay na:
 - 1) Ang taong ito ay awtorisado sa ilalim ng batas ng Estado na kumpletuhin ang pagpapatala na ito, at
 - 2) Ang dokumentasyon ng awtoridad na ito ay makukuha kapag hiniling ng Medicare.

Lagda:**Petsa Ngayon:**

Kung ikaw ang awtorisadong kinatawan, lumagda sa itaas at punan ang mga patlang na ito:

Pangalan:

Address:

Numero ng telepono:

Relasyon sa nagpapatala:

GAGAMITIN LANG NG AHENTE

Pangalan ng ahente:

Petsa:

NPN:

Petsa ng pagkakaroon ng bisa:

Seksyon 2 - Ang lahat ng mga patlang sa seksyong ito ay opsyonal

Pinili mong sagutan ang mga katanungang ito. Hindi ka maaaring tanggihan ng saklaw dahil hindi mo sila pinunan.

Ikaw ba ay Hispanic, Latino/a, o Espanyol ang pinanggalingan? Piliin ang lahat ng naaangkop.

- | | |
|--|--|
| ☐ Hindi, hindi sa Hispanic, Latino/a, o Espanyol ang pinanggalingan | ☐ Oo, Mexican American, Chicano/a |
| ☐ Oo, Puerto Rican | ☐ Oo, Cuban |
| ☐ Oo, isa pang Hispanic, Latino/a, o Espanyol ang pinanggalingan | |
| ☐ Pinili kong hindi sagutin. | |

Ano ang iyong lahi? Piliin ang lahat ng naaangkop.

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Amerikanong Indiyano/Katutubo ng Alaska | ☐ Asyanong Indiyano | ☐ Itim o Aprikanong Amerikano |
| ☐ Tsino | ☐ Pilipino | ☐ Guamanian o Chamorro |
| ☐ Hapon | ☐ Koreano | ☐ Katutubong Hawaiian |
| ☐ Iba pang Asyano | ☐ Iba pang taga-isla ng Pasipiko | ☐ Samoan |
| ☐ Vietnamese | ☐ Puti | |
| ☐ Pinili kong hindi sagutin. | | |

Pumili ng isa kung nais mong padalhan ka namin ng impormasyon sa isang wika maliban sa Ingles.

- | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|---|----------------------------------|
| ☐ Espanyol | ☐ Vietnamese | ☐ Pinasimpleng Chinese | ☐ Tagalog |
|-----------------------------------|-------------------------------------|---|----------------------------------|

Pumili ng isa kung nais mo kaming magpadala sa iyo ng impormasyon sa isang naa-access na format.

- | | | |
|----------------------------------|---|-----------------------------------|
| ☐ Braille | ☐ Malaking sulat | ☐ Audio CD |
|----------------------------------|---|-----------------------------------|

Mangyaring makipag-ugnayan sa Santa Clara Family Health Plan DualConnect (HMO D-SNP) sa 1-877-723-4795 kung kailangan mo ng impormasyon sa isang naa-access na format maliban sa nakalista sa itaas. Ang aming mga oras ng opisina ay 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.

Nagtatrabaho ka ba? ☐ Oo ☐ Hindi	Nagtatrabaho ba ang iyong asawa? ☐ Oo ☐ Hindi
--	---

Ilista ang iyong Tagapagkaloob ng Pangunahing Pangangalaga (PCP), klinika, o sentrong pangkalusugan:

Address ng PCP/Klinika:

NPI (PCP/Klinika na Code):

Ang Santa Clara Family Health Plan DualConnect ay isang HMO D-SNP na may kontrata sa Medicare at Medi-Cal. Ang pagpapatala sa DualConnect ay nakadepende sa pag-renew ng kontrata.

Sumusunod ang Santa Clara Family Health Plan DualConnect sa mga naaangkop na Pederal na batas sa mga karapatang sibil at hindi ito nandiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan, o kasarian.

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.

Pahayag ng Batas sa Pagkapribado

Nangongolekta ang Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) ng impormasyon mula sa mga plano ng Medicare para subaybayan ang pagpapatala ng benepisyaryo sa Medicare Advantage (MA) Plans, pagbutihin ang pangangalaga, at para sa pagbabayad ng mga benepisyo ng Medicare. Ang mga seksyon 1851 at 1860D-1 ng Social Security Act at 42 CFR §§ 422.50 at 422.60 ay nagpapahintulot sa pagkolekta ng impormasyong ito. Ang CMS ay maaaring gumamit, magbunyag at makipagpalitan ng data sa pagpapatala mula sa mga benepisyaryo ng Medicare tulad ng tinukoy sa System of Records Notice (SORN) "Medicare Advantage Reseta Drug (MARX)", System No. 09-70-0588. Ang iyong tugon sa form na ito ay kusang-loob. Gayunpaman, ang pagkabigo na tumugon ay maaaring makaapekto sa pagpapatala sa plano.

Ayon sa Batas sa Paperwork Reduction ng 1995, hindi kinakailangang tumugon ng mga tao sa pangongolekta ng impormasyon maliban na lamang kung nagpapakita ito ng may-bisang OMB control number. Ang may-bisang OMB control number para sa pangangalap ng impormasyon na ito ay 0938-NEW. Ang kinakailangang oras upang makumpleto ang pangangalap ng impormasyon na ito ay tinatayang humigit-kumulang 20 minuto bawat tugon, kasama na ang oras upang pag-aralan ang mga tagubilin, maghanap ng mga dati nang mapagkukunan ng datos, kunin ang kinakailangang datos, at makumpleto at masuri ang pangangalap ng impormasyon. Kung mayroon kang anumang komento tungkol sa katiyakan ng (mga) estimasyon ng oras o suhestiyon para mapabuti ang form na ito, mangyaring sumulat sa: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.