OMB No. 0938-1378

만료일: 2024/7/31

**별첨 1: Medicare 처방약 플랜(파트 D) 가입을 위한 모델 개별 가입 신청 양식**

# 양식을 작성할 수 있는 대상

Medicare 처방약 플랜에 가입을 원하는 Medicare 가입자

**플랜에 가입하시려면 다음 조건을 만족해야 합니다.**

* 미국 시민이거나 미국에 합법적으로 거주
* 플랜의 서비스 지역에 거주

**중요:** Medicare 처방약 플랜에 가입하시려면 다음 중 하나 또는 두 가지 모두에 가입되어 있어야 합니다.

* Medicare 파트 A(병원 보험)
* Medicare 파트 B(의료 보험)

# 이 양식을 작성할 수 있는 시기

플랜에 가입할 수 있는 시기는 다음과 같습니다.

* 매년 10월 15일~12월 7일(1월 1일부터 보장)
* Medicare 최초 가입 후 3개월 이내
* 플랜에 가입하거나 플랜을 변경할 수 있는 특수한 경우

[Medicare.gov](https://www.medicare.gov/)에서 플랜 가입 시기에 대해 자세히 알아보십시오.

# 양식에 작성해야 하는 사항

* 가입자의 Medicare 번호(빨간색, 흰색, 파란색 Medicare 카드에 적힌 번호)
* 거주지 주소 및 전화번호

**참고:** 섹션 1의 항목을 모두 작성해야 합니다. 섹션 2의 항목은 선택 사항입니다. 작성하지 않았다고 해서 가입이 거부되지 않습니다.

# 알림 사항:

* 가을 공개 가입 기간(10월 15일~12월 7일) 중에 플랜에 가입하려면 12월 7일까지 귀하가 작성한 양식을 보험사에 전달해야 합니다.
* 보험사에서 귀하에게 플랜 보험료 청구서를 보내드릴 것입니다. 보험료 납부는 은행 계좌 또는 매월 사회 보장국(또는 철도 은퇴 위원회) 보조금에서 공제되도록 등록할 수 있습니다.

# 이후 절차

작성한 후 서명한 양식을 다음 주소로 보내십시오.

<Plan Name>

<Plan address>

<Plan address>

<Plan address>

가입 요청이 처리되면 연락을 드릴 것입니다.

# 양식에 대해 도움을 받을 수 있는 방법

<phone number>(으)로 <Plan Name>에 전화해 주십시오. TTY 사용자는 < phone number >(으)로 연락하실 수 있습니다.

또는 Medicare에 1-800-MEDICARE   
(1-800-633-4227)로 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 연락하실 수 있습니다.

**En español:** Llame a <Plan Name> al <phone number/TTY> o medicare gratis al 1-800-633-4227 y o medicarea el 2 para asistencia en español y un representstará disponible para asistirle.

# 거주지가 없는 경우

* 플랜에 가입하려고 하지만 거주지가 없는 경우 우편 사서함 주소, 보호소 또는 진료소 주소, 우편물(예: 사회 보장 연금 수표)을 받는 주소가 거주지 주소로 간주될 수 있습니다.

1995년 문서감축법(Paperwork Reduction Act)에 따라 유효한 OMB 관리 번호가 표시되지 않는 한 정보 수집에 응답할 필요가 없습니다. 이 정보 수집에 해당하는 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1378입니다. 이 정보를 작성하는 데 필요한 시간은 지침 확인, 기존 데이터 리소스 검색, 필요한 데이터 수집, 정보 수집 완료 및 검토 시간을 포함하여 응답 당 평균 20분으로 예상됩니다. 예상 시간의 정확성 또는 이 양식 개선을 위한 제안 사항에 대한 의견이 있으시면 다음으로 서신을 보내주십시오. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

**중요**

**본 양식 또는 귀하의 개인 정보(청구, 납부, 의료 기록 등)가 포함된 항목을 PRA 보고서 정리 사무소로 보내지 마십시오. 이 양식 또는 수거 부담(OMB 0938-1378에 설명)을 개선하는 방법에 관한 내용이 아닌 모든 항목은 파기됩니다. 이 정보는 보관, 검토 또는 보험사에 전달되지 않습니다. 귀하가 작성한 양식을 보험사에 보내시려면 이 페이지의 "이후 절차"를 참조하십시오.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **섹션 1 – 이 페이지의 모든 필드는 필수입니다(선택 사항으로 표시되지 않은 한 모두 해당).** | | | | | |
| **가입할 플랜을 선택하십시오.**  □ 제품 ABC – 매월 $XX □ 제품 XYZ – 매월 $XX | | | | | |
| 이름: 성: [선택 사항: 중간 이름 이니셜]: | | | | | |
| 생년월일: (MM/DD/YYYY) ( / / ) | 성별:  □ 남성 □ 여성 | | 전화번호: ( ) | | |
| 거주지 상세 주소(사서함은 입력하지 마십시오): | | | | | |
| 시: | [선택 사항: 자치주]: | | | 주: | 우편번호: |
| 거주지 주소와 다른 경우 우편주소(사서함 허용):  도로명 주소: 시: 주: 우편번호: | | | | | |
| **가입자 Medicare 정보:** | | | | | |
| **Medicare 번호: \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_** | | | | | |
| **다음의 중요 질문에 답변해 주십시오.** | | | | | |
| [*PDPs insert:*  < Plan> 이외에도 다른 처방약 보장(VA, TRICARE 등)에 가입하실 예정입니까? □ 예 □ 아니오  다른 보장의 이름: 이 보장의 가입자 번호: 이 보장의 그룹 번호  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ] | | | | | |
| *[Special Needs Plans] insert question(s) regarding the required special needs criteria]* | | | | | |
| **중요: 아래의 내용을 읽고 서명하십시오.** | | | | | |
| * [*Part D plans insert:* <Plan Name>에 계속 가입하려면 병원(파트 A) 또는 의료(파트 B)를 유지해야 합니다.] * Medicare 처방약 플랜에 가입함으로써 <Plan Name>에서 본인의 정보를 Medicare와 공유할 것임을 인지합니다. Medicare는 이 정보를 조회하고, 납부를 위해, 그리고 이러한 정보 수집을 허가하는 연방법이 허용하는 기타 목적으로 이 정보를 사용할 수 있습니다(아래의 개인정보 보호법 성명서 참조). 이 양식에 대한 귀하의 답변은 자발적으로 이루어집니다. 하지만 응답하지 않을 경우 플랜 가입에 영향을 줄 수 있습니다. * 본인은 한 번에 하나의 파트 D 플랜에만 가입할 수 있으며 이 플랜에 가입하면 자동으로 다른 파트 D 플랜 가입이 종료된다는 점을 이해합니다. * [*MA-PD plans insert:* 본인은 <Plan Name>의 보장이 시작될 때 <Plan Name>을(를) 통해 모든 의료 및 처방약 혜택을 받아야 한다는 점을 이해합니다. <Plan Name>에서 제공하며 <Plan Name> "보장 증명서" 문서(가입자 계약서)에 포함된 혜택 및 서비스에 대해 보장을 받게 됩니다. Medicare 또는 <Plan Name>에서 보장되지 않는 혜택이나 서비스에 대해서는 비용을 지원하지 않습니다.] * 이 가입 양식에 기재된 사항은 본인이 알고 있는 한 정확한 정보입니다. 본인은 이 양식에 의도적으로 허위 정보를 제공할 경우 플랜 가입이 해지될 것이라는 점을 이해합니다. * 본인은 신청서에 본인이 서명(또는 법적으로 본인을 대리할 권한을 갖는 대리인이 서명)하는 경우, 이는 본인이 이 신청서의 내용을 읽고 이해했다는 것을 의미한다는 점을 이해합니다. 위에서 설명한 대로 권한을 위임받은 대리인이 서명한 경우 이 서명은 다음 사항을 증명합니다.   1. 이 사람은 주정부 법에 따라 이 등록을 작성할 권한이 있고   2. 이 권한에 대한 문서는 Medicare에서 요청 시 제공할 수 있습니다. | | | | | |
| **서명:** | | **오늘 날짜:** | | | |
| 권한을 부여받은 대리인인 경우, 위에 서명하고 다음 필드를 작성하십시오. | | | | | |
| 이름: | | 주소: | | | |
| 전화번호: | | 가입자와의 관계: | | | |

|  |
| --- |
| **섹션 2 – 이 페이지의 모든 필드는 선택 사항입니다.** |
| **질문에 답변하는 것은 귀하의 선택입니다. 작성하지 않았다고 해서 가입이 거부되지 않습니다.** |
| 히스패닉, 라틴계 또는 스페인 출신이십니까? 해당 사항을 모두 선택하십시오.  □ 아니요, 히스패닉, 라틴계 또는 스페인 출신이 아님 □ 예, 멕시코, 멕시코계 미국인, 치카노  □ 예, 푸에르토리코인 □ 예, 쿠바인  □ 예, 기타 히스패닉, 라틴계, 스페인 출신  □ **응답하지 않겠습니다.** |
| 귀하의 인종은 무엇입니까? 해당 사항을 모두 선택하십시오.  □ 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 □ 아시안 인디언 □ 흑인 또는 아프리카계  □ 미국인 중국인 □ 필리핀 □ 과마니아 또는 차모르족  □ 일본인 □ 한국인 □ 하와이 원주민  □ 기타 아시아인 □ 기타 태평양 섬 주민 □ 사모아인  □ 베트남인 □ 백인  □ **응답하지 않겠습니다.** |
| 영어 이외의 언어로 정보를 받으려면 선택하십시오.  *[*□ *Plans insert the languages required in your service area.]* |
| 인지할 수 있는 형식으로 정보를 받으려면 선택하십시오.  □ 점자 □ 큰 활자 인쇄 □ 오디오 CD  위에 제시된 것 외의 형식으로 정보가 필요한 경우 <phone number>을(를) 통해 <Plan Name>(으)로 문의해 주십시오. 당사의 영업 시간은 <insert days and hours of operation>입니다. TTY 사용자는 <TTY number.>(으)로 전화하실 수 있습니다. |
| 근로자이십니까? □ 예 □ 아니요 귀하의 배우자가 근로자이십니까? □ 예 □ 아니요 |
| 귀하의 일차 진료의(PCP), 클리닉 또는 보건소를 나열하십시오. |
| 다음의 자료를 이메일을 통해 받고 싶습니다. 하나 이상을 선택합니다.  □ [*Plans may list those types or categories of materials that are available for electronic delivery]*  이메일 주소: |
| **보험료 납부**  *[Plans with premiums insert*: 귀하는 월별 플랜 보험료[*MA-PD plans with premiums insert:* (including any late enrollment penalty that you currently have or may owe)]을(를) 우편을 통해 <*insert optional methods*: “Electronic Funds Transfer (EFT)”, “credit card”> 매월 <*insert optional intervals, if applicable, for example* “or quarterly”> 납부할 수 있습니다. **사회 보장국 또는 철도 은퇴 위원회(RRB) 혜택에서 매월 자동으로 공제되는 방식으로 보험료를 납부할 수도 있습니다.]**  [*PDPs with premiums insert:* **파트 D 소득 관련 월별 조정금(파트 D-IRMAA)을 납부해야 하는 경우, 보험료 이외에도 이러한 추가 금액을 납부해야 합니다.** 파트 D-IRMAA를 [*insert appropriate plan and/or organization name]*에 납부하지 마십시오.] |

**개인정보 보호법 성명서**

Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)는 Medicare Advantage(MA) 플랜의 수혜자 가입 내역을 조회하고, 진료를 개선하고, Medicare 혜택 납부를 위해 Medicare 보험사로부터 정보를 수집합니다. 사회보장법 1860D-1절 및 42 CFR §§ 423.30 및 423.32절에서 이러한 정보 수집을 승인합니다. CMS는 기록 통지 시스템(SORN) "Medicare Advantage 처방약(MARx)", 시스템 번호 09-70-0588에 명시된 바와 같이 Medicare 수혜자의 가입 데이터를 사용, 공개 및 교환할 수 있습니다. 이 양식에 대한 귀하의 답변은 자발적으로 이루어집니다. 하지만 응답하지 않을 경우 플랜 가입에 영향을 줄 수 있습니다.