OMB 編號 0938-1378

有效期至：7/31/2024

**附表 1：Medicare 處方藥計劃（D 部分）個人參保申請表範本**

# 此表格適用於什麼人士？

適用於享有 Medicare 且想加入 Medicare 處方藥計劃的人士

**若要加入一項計劃，您必須：**

* 屬於美國公民或在美國合法居留
* 居住在計劃的服務區域內

**重要提示：**若要加入 Medicare 處方藥計劃，您必須擁有或同時擁有：

* A 部分（住院保險）
* B 部分（醫療保險）

# 我在何時使用此表格？

您可以加入一項計劃的條件為：

* 每年 10 月 15 日 – 12 月 7 日期間（保險生效時間為次年 1 月 1 日）
* 首次參保 Medicare 的 3 個月內
* 允許您加入或更換計劃的特定情況

請瀏覽 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov/)，進一步瞭解有關何時您可以註冊參加計劃的資訊。

# 我需要為填寫此表格準備什麼？

* 您的 Medicare 編號（您的紅白藍 Medicare 卡上的號碼）
* 您的永久住址和電話號碼

**註：**您必須填寫第 1 部分的所有項目。您可自願選擇是否填寫第 2 部分的項目，即便您選擇不填寫，也不會被拒絕參保。

# 在此提醒您：

* 如果您想要在秋季開放參保期（10 月 15 日 – 12 月 7 日）加入一項計劃，則該計劃必須在 12 月 7 日之前收到您填好的表格。
* 您的計劃將向您發出該計劃保費的賬單。您可以選擇進行註冊，以便從您的銀行賬號或您的每月社會安全局（或鐵路退休委員會）福利金中扣繳您的保費。

# 接下來會如何？

將填妥並已簽名的表格郵寄至：

<Plan Name>

<Plan address>

<Plan address>

<Plan address>

他們在處理完您加入計劃的申請後便會聯絡您。

# 如何獲取填寫此表格的幫助？

請致電 <Plan Name>，電話 <phone number>。聽障人士可致電< phone number >。

或者致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障人士可致電 1-877-486-2048。

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

# 無家可歸者

* 如果您想加入計劃但沒有永久住址，則郵政信箱、庇護所或診所的地址或您接收郵件（例如社會安全支票）的地址可視為您的永久住址。

根據 1995 年的「文書削減法案」(Paperwork Reduction Act)，任何人皆無須對資訊收集作出回應，除非其顯示了有效的 OMB 控制號碼。此資訊收集的有效 OMB   
控制號碼為 0938-1378。完成此資訊所需的時間預計平均為 20 分鐘（每次回應），包含瀏覽說明、搜尋現有資料資源、收集所需資料，以及完成並檢查該資訊收集的時間。如果您對預估時間的準確性有任何意見，或有改善此表格的建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn:PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop   
C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

**重要提示**

**請勿將此表格或帶有您個人資訊（如賠付申請、付款、醫療記錄等）的任何項目寄送到 PRA Reports Clearance Office。我們將銷毀與改進此表格或收款無關的任何項目（如 OMB 0938-1378 中所述）。對於這些項目，我們不會保留、審查或將其轉寄至計劃。請參見此頁面中的「接下來會如何？」以將填妥的表格寄送至計劃。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **第 1 部分 – 本頁中的所有欄位均為必填欄位（除非標記為選填項）** | | | | | |
| **選擇您想要加入的計劃：**  產品 ABC – 每月 $XX 產品 XYZ – 每月 $XX | | | | | |
| 名字： 姓氏： [選填：中間名縮寫]： | | | | | |
| 出生日期：（月月/日日日日/年年年年）  (\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_) | 性別：  男 女 | | 電話號碼：  ( ) | | |
| 永久居住街道地址（不要填寫郵政信箱號）： | | | | | |
| 城市： | [選填：縣]： | | | 州： | 郵遞區號： |
| 郵寄地址（僅在與您的永久居住地址不同時才需填寫）（可填寫郵政信箱號）：  街地道址： 市： 州： 郵遞區號： | | | | | |
| **您的 Medicare 資訊：** | | | | | |
| **Medicare 編號： \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_** | | | | | |
| **回答以下重要問題：** | | | | | |
| [*PDPs insert:*  除了 <Plan> 之外，您還有其他處方藥保險（如 VA、TRICARE）嗎？ 是 否  其他保險名稱： 此保險的會員編號： 此保險的團體編號  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| *[Special Needs Plans] insert question(s) regarding the required special needs criteria]* | | | | | |
| **重要提示：閱讀並簽署以下內容：** | | | | | |
| * [*Part D plans insert:*我必須保留住院保險（A 部分）或醫療保險（B 部分）才能繼續參保 <Plan Name>。] * 加入此 Medicare 處方藥計劃，即表示我確認 <Plan Name> 將與 Medicare 分享我的資訊，Medicare 可能會使用這些資訊來追蹤我的參保、付款，以及聯邦法律允許的用於授權收集此類資訊的其他目的（請參見下文的《隱私法聲明》）。您填寫此表格純屬自願。但如果您不填寫，可能會影響您參保此計劃。 * 我瞭解我每次只能參保一個 D 部分計劃，並且參保此計劃將自動結束我對另一個 D 部分的參保。 * [*MA-PD plans insert:*我瞭解，當我的 <Plan Name> 保險生效後，我所有的醫療和處方藥福利皆須自 <Plan Name> 取得。<Plan Name> 提供及 <Plan Name>《承保範圍說明書》文件（亦稱為會員合約或保戶協議）中承保的所有福利和服務皆在承保範圍內。對於不在承保範圍內的福利或服務，Medicare 和 <Plan Name> 均不會支付相關費用。] * 就我所知，本參保表上的資訊正確無誤。我理解，如果我故意在本表中提供虛假資訊，我將從本計劃中退保。 * 我理解，我（或取得合法授權代表我行事的個人）在此申請表上簽名即表示本人已閱讀並瞭解此申請表的內容。如由授權代表簽署（如上所述），此簽名確認：   1. 此人在州政府法律下經授權填寫此參保表格，且   2. 在 Medicare 要求時可提供該授權之證明文件。 | | | | | |
| **簽名：** | | **今天的日期：** | | | |
| 若您是授權代表，請在上方簽名並填寫以下資訊： | | | | | |
| 姓名： | | 地址： | | | |
| 電話號碼： | | 與參保者的關係： | | | |

|  |
| --- |
| **第 2 部分 – 此頁所有欄位均為選填項** |
| **您可以選擇性地回答以下問題。即便您選擇不填寫，也不會被拒絕參保。** |
| 您是西班牙語裔、拉丁裔或有西班牙血統嗎？請選擇所有適用項。  不，不是西班牙語裔、拉丁裔或沒有西班牙血統 是，墨西哥裔、墨西哥裔美國人，奇卡諾人  是，波多黎各人 是，古巴裔  是，其他西班牙語裔、拉丁裔或西班牙血統  **我選擇不回答。** |
| 您的種族是什麼？請選擇所有適用項。  美洲印第安人或阿拉斯加原住民 亞洲印度人 黑人或非裔美國人  華人 菲律賓裔 關島人或查莫羅人  日本裔 韓國裔 夏威夷原住民  其他亞裔 其他太平洋島民 薩摩亞人  越南裔 白人  **我選擇不回答。** |
| 若您希望我們給您寄送非英文版的資訊，請選擇以下的一個方框。  *[ Plans insert the languages required in your service area.]* |
| 如果您希望我們向您寄送無障礙格式的資訊，請選擇以下的一個方框。  盲文 大字版 錄音 CD  除了以上格式之外，如果您需要其他無障礙格式的資訊，請致電 <phone number> 聯絡 <plan name>。服務時間為 <insert days and hours of operation>。聽障人士可致電 <TTY number>。 |
| 您是否有工作？ 是 否 您的配偶是否有工作？ 是 否 |
| 請列出您的初級保健醫生 (PCP)、診所或健康中心： |
| 我想透過電子郵件獲取以下資料。您可選擇一項或多項。  [*Plans may list those types or categories of materials that are available for electronic delivery]*  電子郵件地址： |
| **支付您的計劃保費**  *[Plans with premiums insert*:您每月可以透過郵寄<*insert optional methods*:「電子資金轉賬 (EFT)」、「信用卡」>來支付您的月繳<*insert optional intervals, if applicable, for example*「或季度」>計劃保費[*MA-PD plans with premiums insert:*（包含您目前應付或可能積欠的所有逾期參保罰金）。**您也可以選擇每月透過社會安全局或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利金自動扣繳保費。**]  [*PDPs with premiums insert:***如您需支付 D 部分按收入每月調整保費（D 部分 IRMAA），除了計劃保費，您還必須額外繳納這筆金額。**請勿向[*insert appropriate plan and/or organization name]*支付 D 部分 IRMAA。] |

**隱私法聲明**

Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 從 Medicare 計劃收集資訊以跟進受益人參保 Medicare Advantage (MA) 計劃、改進護理和支付 Medicare 福利等事宜。《社會安全法》第 1860D-1 條以及 42 CFR§§第 423.30 條和第 423.32 條均授權收集該資訊。CMS 可根據系統記錄通告 (SORN)「Medicare Advantage 處方藥 (MARx)」（系統編號 09-70-0588）中的規定使用、披露和交換來自 Medicare 受益人的參保資料。您填寫此表格純屬自願。但如果您不填寫，可能會影響您參保此計劃。