OMB Số 0938-1378

Hết hạn: 7/31/2024

**Phụ mục 1: MẪU YÊU CẦU GHI DANH CÁ NHÂN MẪU ĐỂ GHI DANH VÀO MỘT CHƯƠNG TRÌNH THUỐC THEO TOA MEDICARE (PHẦN D)**

# Ai có thể sử dụng mẫu này?

Những người có Medicare muốn tham gia Chương trình Thuốc Kê toa của Medicare

**Để tham gia một chương trình, quý vị phải:**

* Là công dân Hoa Kỳ hoặc có mặt hợp pháp tại Hoa Kỳ
* Sống trong khu vực dịch vụ của chương trình

**Quan trọng:** Để tham gia Chương trình Thuốc Kê toa của Medicare, quý vị cũng phải có một trong hai, hoặc cả hai:

* Medicare Phần A (Bảo hiểm Bệnh viện)
* Medicare Phần B (Bảo hiểm Y tế)

# Khi nào tôi sử dụng mẫu này?

Quý vị có thể tham gia một chương trình:

* Từ ngày 15 Tháng Mười đến ngày 7 Tháng Mười Hai hàng năm (đối với bảo hiểm bắt đầu từ ngày 1 Tháng Một)
* Trong vòng 3 tháng kể từ khi nhận Medicare đầu tiên
* Trong một số tình huống nhất định mà quý vị được phép tham gia hoặc đổi chương trình

Truy cập [Medicare.gov](https://www.medicare.gov/) để tìm hiểu thêm về thời điểm quý vị có thể đăng ký một chương trình.

# Tôi cần những gì để điền vào mẫu này?

* Số Medicare của quý vị (số trên thẻ Medicare đỏ, trắng và xanh)
* Địa chỉ thường trú và số điện thoại của quý vị

**Lưu ý:** Quý vị phải hoàn thành tất cả các mục trong Phần 1. Các mục trong Phần 2 là tùy chọn — quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm vì quý vị không điền các mục đó.

# Nhắc nhở:

* Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình trong thời gian ghi danh mở mùa thu (từ ngày 15 Tháng Mười đến ngày 7 Tháng Mười Hai), chương trình phải nhận được mẫu đơn đã điền của quý vị trước ngày 7 Tháng Mười Hai.
* Chương trình của quý vị sẽ gửi cho quý vị hóa đơn phí bảo hiểm của chương trình. Quý vị có thể chọn đăng ký để khấu trừ các khoản thanh toán phí bảo hiểm từ tài khoản ngân hàng của mình hoặc quyền lợi An Sinh Xã Hội hàng tháng   
  (hoặc Hội đồng Hưu trí ngành Hỏa xa).

# Điều gì xảy ra tiếp theo?

Gửi biểu mẫu đã điền và có chữ ký của quý vị đến:

<Plan Name>

<Plan address>

<Plan address>

<Plan address>

Sau khi họ xử lý yêu cầu tham gia của quý vị, họ sẽ liên hệ với quý vị.

# Làm cách nào để tôi yêu cầu trợ giúp về biểu mẫu này?

Gọi <Plan Name> theo số <phone number>.   
Người dùng TTY có thể gọi <phone number>.

Hoặc, hãy gọi cho Medicare theo số   
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).   
Người dùng TTY có thể gọi 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.

# Người vô gia cư

* Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình nhưng không có nơi thường trú, thì một Hộp Thư Bưu Điện, địa chỉ của nơi tạm trú hoặc phòng khám hoặc địa chỉ nơi quý vị nhận được thư   
  (ví dụ: chi phiếu an sinh xã hội) có thể được coi là địa chỉ thường trú của quý vị.

Theo Đạo Luật Giảm Thủ Tục Giấy Tờ năm 1995, không người nào phải trả lời một bản thu thập thông tin trừ khi trên bản đó có số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ của bản thu thập thông tin này là 0938-1378. Thời gian cần thiết để hoàn thành thông tin này ước tính trung bình là 20 phút cho mỗi bản trả lời, bao gồm thời gian xem hướng dẫn, tìm kiếm các nguồn dữ liệu hiện có, thu thập dữ liệu cần thiết, và hoàn thành và xem xét lại việc thu thập thông tin. Nếu quý vị có bất kỳ nhận xét nào về tính chính xác của ước lượng thời gian hoặc các gợi ý để cải thiện mẫu này, vui lòng gửi thư tới: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

**QUAN TRỌNG**

**Không gửi biểu mẫu này hoặc bất kỳ thứ gì có thông tin cá nhân của quý vị (như yêu cầu thanh toán, thanh toán, hồ sơ y tế, v.v.) đến PRA Reports Clearance Office (Văn phòng Xử lý Báo cáo PRA). Bất kỳ nội dung nào mà chúng tôi nhận được mà không phải là về cách cải thiện biểu mẫu này hoặc các bản thu thập thông tin của nó (được nêu trong OMB 0938-1378) sẽ bị hủy. Chúng tôi sẽ không được giữ, xem xét hoặc chuyển tiếp cho chương trình. Xem phần “Điều gì xảy ra tiếp theo?” trên trang này để gửi biểu mẫu đã hoàn thành của quý vị đến chương trình.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Phần 1 – Bắt buộc đối với tất cả các trường trên trang này (trừ khi có đánh dấu tùy chọn)** | | | | | |
| **Chọn chương trình quý vị muốn tham gia:** | | | | | |
| □ Sản phẩm ABC – $XX mỗi tháng | | | □ Sản phẩm XYZ – $XX mỗi tháng | | |
| TÊN: HỌ: [Tùy chọn: Tên đệm Viết tắt]: | | | | | |
| Ngày sinh: (MM/DD/YYYY)  ( / / ) | Giới Tính:  □ Nam □ Nữ | | Số điện thoại:  ( ) | | |
| Địa chỉ đường thường trú (Không nhập PO Box): | | | | | |
| Thành phố: | [Tùy chọn: Quận]: | | | Tiểu Bang: | Mã Bưu Chính: |
| Địa chỉ nhận thư, nếu khác với địa chỉ thường trú của quý vị (cho phép PO Box):  Địa chỉ đường: Thành phố: Tiểu bang: Mã ZIP: | | | | | |
| **Thông tin Medicare của quý vị:** | | | | | |
| **Số Medicare: \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_** | | | | | |
| **Trả lời các câu hỏi quan trọng sau:** | | | | | |
| [*PDPs insert:*  Quý vị sẽ có bảo hiểm thuốc theo toa khác (như VA, TRICARE) ngoài <Plan> không? □ Có □ Không  Tên bảo hiểm khác: Mã số hội viên cho bảo hiểm này: Mã nhóm cho bảo hiểm này  ] | | | | | |
| *[Special Needs Plans] insert question(s) regarding the required special needs criteria]* | | | | | |
| **QUAN TRỌNG: Vui lòng đọc và ký vào bên dưới:** | | | | | |
| * [*Part D plans insert:* Tôi phải giữ Bảo hiểm Bệnh viện (Phần A) hoặc Bảo hiểm Y tế (Phần B) thì mới được tiếp tục <Plan Name>.] * Khi tham gia chương trình Bảo hiểm Thuốc Kê toa Medicare này, tôi xác nhận rằng <Plan Name> sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare, là bên có thể sử dụng thông tin này để theo dõi tình trạng ghi danh của tôi, để thanh toán và cho các mục đích khác được luật Liên bang cho phép thu thập thông tin này (xem Tuyên bố về Đạo luật Quyền Riêng tư bên dưới). Phản hồi của quý vị đối với mẫu này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không trả lời có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình. * Tôi hiểu rằng tôi chỉ có thể ghi danh vào một chương trình Phần D tại một thời điểm – và việc ghi danh vào chương trình này sẽ tự động chấm dứt việc ghi danh của tôi vào một chương trình Phần D khác. * [*MA-PD plans insert:* Tôi hiểu rằng khi bảo hiểm của <Plan Name> bắt đầu, tôi phải nhận được tất cả các quyền lợi y tế và thuốc theo toa của mình từ <Plan Name>. Các quyền lợi và dịch vụ được cung cấp bởi <Plan Name> và có trong tài liệu “Chứng từ Bảo hiểm” <Plan Name> của tôi (còn gọi là hợp đồng hội viên hoặc thỏa thuận người đăng ký) sẽ được đài thọ. Cả Medicare và <Plan Name> đều sẽ không thanh toán cho các quyền lợi hoặc dịch vụ không được đài thọ.] * Thông tin trong mẫu đăng ký này là đúng theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai lệch vào mẫu này, tôi sẽ bị hủy đăng ký khỏi chương trình. * Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người được ủy quyền thay mặt tôi) trong đơn này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu nội dung của đơn này. Nếu được ký bởi người đại diện được ủy quyền (như mô tả ở trên), chữ ký này xác nhận rằng:   1. Người này được pháp luật tiểu bang cho phép hoàn thành việc ghi danh này, và   2. Có giấy tờ ủy quyền theo yêu cầu của Medicare. | | | | | |
| **Chữ ký:** | | **Ngày hôm nay:** | | | |
| Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, hãy ký tên ở trên và điền vào các trường sau: | | | | | |
| Tên: | | Địa chỉ: | | | |
| Số điện thoại: | | Mối quan hệ với người ghi danh: | | | |

|  |
| --- |
| **Phần 2 – Tất cả các trường trên trang này là tùy chọn** |
| **Việc trả lời những câu hỏi này là không bắt buộc. Quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm vì quý vị không điền các trường đó.** |
| Quý vị là người gốc Văn hóa Tây Ban Nha, La-tinh, hoặc nguồn gốc Tây Ban Nha? Chọn tất cả những câu phù hợp.   |  |  | | --- | --- | | □ Không, không phải gốc văn hóa Tây Ban Nha, La-tinh, hoặc Tây Ban Nha, | □ Có, Người Mexico, Mỹ gốc Mexico, Chicano/ | | □ Có, người Puerto Rico | □ Có, người Cuba | | □ Có, một gốc văn hóa Tây Ban Nha, La-tinh hoặc Tây  Ban Nha khác |  | | □ **Tôi chọn không trả lời.** |  | |
| Chủng tộc của quý vị là gì? Chọn tất cả những câu phù hợp.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | □ Thổ dân Mỹ hoặc Alaska Bản Địa | □ Ấn Độ | □ Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi, | | □ Người Hoa | □ Philippines | □ Guamanian hoặc Chamorro | | □ Người Nhật | □ Hàn Quốc | □ Hawaii Bản địa | | □ Người Châu Á Khác | □ Gốc Đảo Thái Bình Dương khác | □ Samoan | | □ Người Việt | □ Da Trắng |  | | □ **Tôi chọn không trả lời.** | | | |
| Chọn một ngôn ngữ nếu quý vị muốn chúng tôi gửi cho quý vị thông tin bằng ngôn ngữ khác tiếng Anh.  *[*□ *Plans insert the languages required in your service area.]* |
| Chọn một định dạng nếu quý vị muốn chúng tôi gửi cho quý vị thông tin ở định dạng phù hợp với người khuyết tật.  □ Chữ nổi Braille □ Bản In lớn □ Đĩa CD âm thành  Vui lòng liên lạc với <plan name> theo số <phone number> nếu quý vị cần thông tin ở định dạng dễ tiếp cận khác ngoài các định dạng được liệt kê ở trên. Giờ làm việc của chúng tôi là <insert days and hours of operation>. Người dùng TTY có thể gọi <TTY number.> |
| Quý vị có làm việc không? □ Có □ Không Vợ/chồng của quý vị có làm việc không? □ Có □ Không |
| Liệt kê Bác Sĩ Chăm Sóc Chính (PCP), phòng khám hoặc trung tâm sức khỏe của quý vị: |
| Tôi muốn có được các tài liệu sau đây qua email. Chọn một hoặc nhiều.  □ *[Plans may list those types or categories of materials that are available for electronic delivery]*  Địa chỉ e-mail: |
| **Trả phí bảo hiểm chương trình của quý vị**  *[Plans with premiums insert*: Quý vị có thể trả phí bảo hiểm chương trình hàng tháng [*MA-PD plans with premiums insert:* (bao gồm bất kỳ hình phạt ghi danh muộn nào mà quý vị hiện đang có hoặc có thể nợ)] qua thư <*insert optional methods*: “Chuyển tiền điện tử (EFT)”, “thẻ tín dụng”> mỗi tháng <*insert optional intervals, if applicable, for example* “hoặc hàng quý”>. **Quý vị cũng có thể chọn trả phí bảo hiểm của mình bằng cách trừ tự động từ quyền lợi An sinh Xã hội hoặc quyền lợi Hội đồng Hưu trí ngành Hỏa xa (RRB) mỗi tháng.**]  [*PDPs with premiums insert:* **Nếu quý vị phải trả một Số Tiền Điều Chỉnh Liên Quan Đến Thu Nhập Hàng Tháng Phần D (Phần D-IRMAA), quý vị phải trả phần phụ phí này ngoài phí bảo hiểm chương trình của quý vị.** KHÔNG trả [*insert appropriate plan and/or organization name]* Phần D-IRMAA.] |

**TUYÊN BỐ VỀ ĐẠO LUẬT QUYỀN RIÊNG TƯ**

Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) thu thập thông tin từ chương trình Medicare để theo dõi tình trạng ghi danh người thụ hưởng trong các chương trình Medicare Advantage (MA), cải thiện chăm sóc, và thanh toán các quyền lợi của Medicare. Mục 1860D-1 của Đạo Luật An Sinh Xã Hội và 42 CFR §§ 423.30 và 423.32 cho phép thu thập thông tin này. CMS có thể sử dụng, tiết lộ và trao đổi dữ liệu ghi danh từ những người thụ hưởng Medicare theo quy định trong Hệ thống Thông báo Hồ sơ (SORN) “Thuốc kê đơn Medicare Advantage (MARx)”, Mã số Hệ thống 09-70-0588. Phản hồi của quý vị đối với mẫu này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không trả lời có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.