OMB No. 0938-1378
失效日期：*2024年7月31日*

KAISER PERMANENTE®

個人計劃

Kaiser Permanente Senior Advantage (HMO) 或
Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal Plan (HMO D-SNP)

2024年入保申請表

北加州或南加州地區個人計劃

哪些人可以使用本表？

擁有Medicare且想加入Medicare Advantage計劃的人士

如欲加入某項計劃，您必須：

- 是美國公民或美國合法居民
- 居住在計劃的服務區

重要事項：如欲加入Medicare Advantage計劃，您還必須同時擁有：

- Medicare A部分（醫院保險）
- Medicare B部分（醫療保險）

本人何時該使用本表？

您可以在下述時間加入計劃：

- 每年的10月15日至12月7日（針對1月1日生效的保險）
- 首次取得Medicare的3個月內
- 在您獲准可以加入或轉換計劃的特定情況

請造訪Medicare.gov以進一步瞭解您可以在哪些情況下註冊參加某項計劃。

本人在填寫本表時需要哪些資訊？

- 您的Medicare號碼（紅白藍Medicare卡上的號碼）
- 您的永久住所地址和電話號碼

注意：您必須填寫第1部分的所有項目。第2部分的項目為選填——您不會因為沒有填寫這部分的資訊而遭到拒保。

提醒事項：

- 如果您想在秋天的開放入保期（10月15日至12月7日）加入某項計劃，該計劃必須在12月7日之前收到您填妥的表格。

您是否曾考慮改用**kp.org/enrollonline**（英文）網站申請入保？此申請方式快速、安全並且簡單。

- 一般而言，您的保險生效日期將以我們收到您的入保申請時間為準。若選擇郵寄，請注意，郵戳日期將不視為計劃收到申請的日期，也不構成您的保險生效日期。Kaiser Permanente必須在生效日期前一個月的最後一天前收到符合下月1日生效條件的入保申請。
- 我們將會寄送該計劃的保費帳單給您。您可以進行註冊以選擇從銀行帳戶或您每月的社會安全局（或鐵路退休委員會）福利金扣繳保費款項。

接下來的流程是什麼？

請將經填妥並簽名的表格寄送至：

Kaiser Permanente – Medicare Unit
P.O. Box 232400
San Diego, CA 92193-2400

您也可透過傳真或電子郵件提交填妥的表格：
傳真號碼：**1-855-355-5334**
電子郵箱：**KPMedicareEnrollments@kp.org**

- 我們將會審查您提交的表格，確保表格已完整填寫。
- 我們會通知Medicare您已申請Senior Advantage的事宜。
- 在Medicare確認您符合入保資格後的10個日曆日內，我們將會告知您保險的生效日期。接著，我們會寄給您一張Kaiser Permanente會員卡以及新晉會員資料。
- 您可在線上查詢您的申請進度，網址為**kp.org/medicare/applicationstatus**。

Y0043_N00036167_CA_CH_C
H8794_N00036167_CA_CH_C
1062977512 (10/2023)

本人該如何獲得填寫本表格的協助？

請致電**1-800-443-0815**與Kaiser Permanente聯絡。TTY使用者請撥打**711**。

En español: Llame a Kaiser Permanente al **1-800-443-0815**/TTY **711**.

經歷無家可歸的個人

- 如果您想加入某項計劃，但沒有永久性住所和郵政信箱，那麼庇護所或診所地址或您的郵件接收地址（如社會安全支票）可能會視為您的永久性住址。

Y0043_N00036167_CA_CH_C
H8794_N00036167_CA_CH_C
1062977512 (10/2023)

姓名

Kaiser Permanente醫療／健康記錄號碼（針對當前或前會員）

第1部分——本部分的所有欄位均為必填（除非有標示選填）

請選擇您想加入的計劃：
某些計劃的服務區不包含整個郡縣。請參閱《福利概要》以瞭解計劃服務區的詳情。

南加州（HMO計劃）：

- ☐ Senior Advantage Inland Empire (HMO)——每月$0
- ☐ Senior Advantage Inland Empire - **Value** (HMO)——每月$0
- ☐ Senior Advantage Kern County - **Basic** (HMO)——每月$0
- ☐ Senior Advantage Kern County - **Enhanced** (HMO)——每月$29
- ☐ Senior Advantage Los Angeles and Orange Counties (HMO)——每月$0
- ☐ Senior Advantage Los Angeles and Orange Counties - **Value** (HMO)——每月$0
- ☐ Senior Advantage San Diego County (HMO)——每月$0
- ☐ Senior Advantage San Diego County - **Value** (HMO)——每月$0
- ☐ Senior Advantage Ventura County (HMO)——每月$0
- ☐ Senior Advantage Ventura County - **Value** (HMO)——每月$0

南加州（HMO D-SNP計劃）：
特殊需求計劃 (Special Needs Plan, SNP)——針對同時享有Medicare和**州Medicaid**福利**之會員**

- ☐ Senior Advantage Medicare Medi-Cal SCAL P1 (HMO D-SNP)——服務地區：Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego 縣——每月$0
- ☐ Senior Advantage Medicare Medi-Cal SCAL P5 (HMO D-SNP)——服務地區：Kern, Ventura 縣——每月$0

姓名

Kaiser Permanente醫療／健康記錄號碼（針對當前或前會員）

北加州（HMO計劃）：

- ☐ Senior Advantage Alameda County - **Basic** (HMO)——每月$0
- ☐ Senior Advantage Alameda, Napa, and SF Counties (HMO)——每月$70
- ☐ Senior Advantage Contra Costa County - **Basic** (HMO)——每月$0
- ☐ Senior Advantage Contra Costa County - **Enhanced** (HMO)——每月$65
- ☐ Senior Advantage Greater Fresno Area - **Basic** (HMO)——每月$0
- ☐ Senior Advantage Greater Fresno Area - **Enhanced** (HMO)——每月$70
- ☐ Senior Advantage Greater Sac & Sonoma County - **Basic** (HMO)——每月$0
- ☐ Senior Advantage Greater Sac & Sonoma County - **Enhanced** (HMO)——每月$65
- ☐ Senior Advantage Marin County - **Basic** (HMO)——每月$0
- ☐ Senior Advantage Marin and San Mateo Counties - **Enhanced** (HMO)——每月$70
- ☐ Senior Advantage San Francisco County - **Basic** (HMO)——每月$0
- ☐ Senior Advantage San Joaquin County - **Basic**(HMO)——每月$0
- ☐ Senior Advantage San Joaquin County - **Enhanced** (HMO) ——每月$60
- ☐ Senior Advantage San Mateo County - **Basic** (HMO)——每月$0
- ☐ Senior Advantage Santa Clara County - **Basic** (HMO)——每月$0
- ☐ Senior Advantage Santa Clara County - **Enhanced** (HMO)——每月$65
- ☐ Senior Advantage Santa Cruz County (HMO)——每月$65
- ☐ Senior Advantage Solano County - **Basic** (HMO)——每月$0
- ☐ Senior Advantage Solano County - **Enhanced** (HMO)——每月$65
- ☐ Senior Advantage Stanislaus County - **Basic** (HMO)——每月$0
- ☐ Senior Advantage Stanislaus County - **Enhanced** (HMO) ——每月$65

北加州（HMO D-SNP計劃）：

Special Needs Plan (SNP)——針對同時享有Medicare和**州Medicaid**福利**之會員**

- ☐ Senior Advantage Medicare Medi-Cal NCAL P2 (HMO D-SNP)——服務地區：Fresno, Kings, Madera, Santa Clara, San Mateo, Sacramento 縣——每月$0
- ☐ Senior Advantage Medicare Medi-Cal NCAL P4 (HMO D-SNP)——服務地區：Alameda, Amador, Contra Costa, El Dorado, Marin, Mariposa, Napa, Placer, San Francisco, San Joaquin, Santa Cruz, Solano, Sonoma, Stanislaus, Tulare, Yolo, Yuba 縣——每月$0

姓名

Advantage Plus（自選補充福利組合）：
您是否想新增Advantage Plus至您的Kaiser Permanente Senior Advantage計劃？Advantage Plus組合是可選的。每月額外支付**$21**，您就可以獲得更多福利（綜合牙科、健康、聽力和視力承保）。Advantage Plus的月保費將計入您的Kaiser Permanente Senior Advantage月保費。注意：該方案不適用於Senior Advantage Medicare Medi-Cal (HMO D-SNP) 計劃。

☐是 ☐否

姓氏：

性別：
☐ 男 ☐ 女

名字：

中間名首字母：

出生日期：（月/日/年）

住家電話號碼：

手機電話號碼：

永久居所街道地址（不接受郵政信箱）：

城市：

縣：

州：

郵遞區號：

郵寄地址，與永久居所地址相同者，此欄不填（接受郵政信箱地址）
街道地址：

城市：

州：

郵遞區號：

電子郵件地址：

您的Medicare資訊：

Medicare號碼：

姓名

請回答下列重要問題：

1. 除了Kaiser Permanente，您是否會有其他處方藥保險（如VA、TRICARE）？
   ☐是 ☐否
   如果「是」，請列出其他保險的名稱以及該保險的保險卡 (ID) 號碼：

   其他保險的名稱：

   該保險的ID號碼：　　該保險的團體號碼：

2. 您目前是否已入保所在州政府出資設立的Medicaid計劃？ ☐是 ☐否
   如果「是」，請提供您的Medicaid號碼：

注意 請閱讀下列重要資訊

如果您目前有雇主或工會提供的健康保險，則加入Kaiser Permanente後，您的雇主或工會健康福利可能會受影響。如果您加入Kaiser Permanente Senior Advantage，可能會喪失您的雇主或工會健康保險。 請閱讀雇主或工會提供給您的資料。如有疑問，請瀏覽雇主或工會的網站，或與雇主或工會通訊資料中所列的辦公室聯絡。如果您沒有任何聯絡人的資訊，您可向福利管理員或負責解答保險相關問題的辦公室求助。

ADVANTAGE PLUS自選補充福利入保條件

如果您在第3頁的加保Advantage Plus自選補充福利組合勾選了「是」，請閱讀以下資訊。

填寫如下入保申請表即表示：

- 我同意額外入保Advantage Plus可選補充福利組合，每月支付**$21**保費後，該組合可提供綜合牙科、健康、聽力和額外承保。上述保費是Medicare和Kaiser Permanente Senior Advantage保費以外的額外費用。
- 本人瞭解，該自選補充福利組合可為本人提供Kaiser Permanente Senior Advantage的補充保險福利，且需遵守Kaiser Permanente Senior Advantage**《承保範圍說明書》**所述的條款與條件。
- 本人瞭解Advantage Plus自選補充福利組合僅適用於入保Kaiser Permanente Senior Advantage 個人計劃的會員。
- 本人瞭解，本人隨時可以退出Advantage Plus保險。如果本人退出保險，在以下時間之前本人將沒有資格再次入保： 1) 10月15日至12月31日之間（針對1月1日生效的保險）；2) 1月1日至3月31日之間；或 3) 在本人在其他特殊入保期更換Kaiser Permanente Senior Advantage計劃後的30天內（針對在收到申請後的次月第一天生效的保險）。

姓名

重要提示：請閱讀後在下面簽字：

- Kaiser Permanente Senior Advantage是一項Medicare Advantage計劃且與聯邦政府簽有合約。本人必須同時保有醫院（A部分）和醫療（B部分）保險才能留在Kaiser Permanente Senior Advantage中。
- 本人加入該Medicare Advantage Prescription Drug Plan，即表示瞭解Kaiser Permanente將與Medicare分享本人的資訊，Medicare可能會使用該等資訊來追蹤記錄本人的入保、進行給付，並用於屬於聯邦法律授權之此資訊收集許可範圍的其他用途（請參閱後文的隱私法聲明）。您在本表格的作答純屬自願。但若不作答，可能會對您入保計劃造成影響。
- 本人瞭解，本人一次僅能入保一項Medicare Advantage (MA) 計劃，並且入保該計劃將自動終結本人入保其他MA計劃的資格（MA PFFS和MA MSA計劃除外）。
- 本人瞭解，在Kaiser Permanente Senior Advantage保險開始生效之後，Kaiser Permanente保險計劃內醫生及附屬網絡保健業者將成為本人獲得醫療和處方藥福利的主要來源。這意味着當本人的Kaiser Permanente Senior Advantage保險開始生效後，除急診服務或急需的服務**或區外透析服務**外，本人的所有健康護理都須由Kaiser Permanente Senior Advantage網絡內保健業者提供或安排，除非本人的計劃具有**《承保範圍說明書》**（亦稱為會員合約或投保人協議）文件中所述的網絡外福利或組成部分。由Kaiser Permanente提供且包含在Kaiser Permanente Senior Advantage**《承保範圍說明書》**文件中的福利和服務均可獲得承保。Medicare和Kaiser Permanente均不會給付不屬於承保範圍的福利或服務。
- 就本人所知，本入保申請表中的資訊均正確無誤。本人瞭解，如果本人蓄意在本申請表中提供不實資訊，本人將會遭到計劃退保。
- 本人瞭解，本人（或是獲得法律授權代表本人行事之人士）在本申請表上簽名，即代表本人已閱讀並瞭解本申請表中的內容。如果係由授權代表簽字（如上文所述），則該簽字表示：
  1. 該人士已獲得州法律授權得以填寫本入保申請表；且
  2. 如Medicare要求，可提供此項授權的證明文件。

簽名： **當天日期：**

若您為入保人的授權代表，即您證明根據州法律（授權書、法院判決的法定監護人等），您已獲得合法授權，以代表入保人完成此次入保申請，請在上面簽名並在下方提供您的資訊：

名稱：

地址：

電話號碼：

與入保人的關係：

如今後您有與會員資格相關的問詢或申請，您可隨時將授權代表文件寄送至Kaiser Permanente - Medicare Unit P.O. Box 232400 San Diego, CA 92193-2400，或透過傳真：**1-855-355-5334**，或發送電子郵件至：**KPMedicareEnrollments@kp.org**。填寫此入保申請不需要提供授權代表文件副本。

姓名

第2部分——本部分所有欄位均為選填

您可自行選擇是否要回答這些問題。您不會因為沒有填寫這些欄位而遭到拒保。

您是否為西班牙裔、拉丁裔或西班牙本土人？請選擇所有適用選項

☐ 否，並非西班牙裔、拉丁裔或西班牙本土人
☐ 是，墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾人
☐ 是，波多黎各人
☐ 是，古巴人
☐ 是，其他西班牙裔、拉丁裔或西班牙本土人
☐ **選擇不作答**

您的人種為何？請選擇所有適用選項

☐ 美洲原住民或阿拉斯加原住民
☐ 黑人或非裔美國人

亞裔：
- ☐ 亞洲印度裔
- ☐ 中國人
- ☐ 菲律賓人
- ☐ 日本人
- ☐ 韓國人
- ☐ 越南人
- ☐ 其他亞洲人

夏威夷原住民或其他太平洋島民：
- ☐ 關島人或查莫羅人
- ☐ 夏威夷原住民
- ☐ 薩摩亞人
- ☐ 其他太平洋島民

☐ 白人
☐ **不願作答**

如果您希望我們寄送其他語言版本（英文除外）的資訊給您，請勾選一項。

☐ 西班牙文 ☐ 中文

如果您希望我們為您提供無障礙格式的資訊，請勾選一項。

☐ 盲文版 ☐ 大字版 ☐ 音訊光碟

如果您需要無障礙格式的資訊但該格式未在上方列出，請聯絡Kaiser Permanente，電話是**1-800-443-0815**。我們的服務時間為每週7天，每天上午8:00至晚上8:00。TTY使用者應撥打**711**。

您有工作嗎？ ☐是 ☐否 您的配偶有工作嗎？ ☐是 ☐否 ☐不適用

姓名

支付計劃保費

您可以每月透過郵件、電話或線上等方式支付您的計劃月保費（包括任何目前需要支付或可能拖欠的遲延入保罰款）。**您也可以選擇透過每月從社會安全局或鐵路退休委員會 (RRB) 發給您的福利金自動扣繳您的保費。**

如果您需繳納D部分收入相關月調整金 (Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, Part D-IRMAA)，除您的計劃保費之外，您還必須支付這筆額外的費用。此費用通常是從您的社會安全局福利金中扣繳，或者您可能會收到Medicare（或RRB）的帳單。請勿將Part D-IRMAA支付給Kaiser Permanente。

請選擇保費支付方式：如果您未選擇支付方式，您將會每月收到帳單。

☐ 收到保費帳單

收到第一份帳單後，您可以選擇其他的付款方式。

- 您可以選擇每月從您的銀行帳戶自動扣繳保費。如欲索取Medicare自動付款選擇申請表，或者如果您有任何疑問，請撥打**1-888-236-4490** (TTY **711**) 聯絡我們。
- 如選擇透過信用卡或簽帳金融卡支付，請瀏覽**kp.org/payonline**或撥打**1-888-236-4490** (TTY **711**) 聯絡我們。您將需使用帳單上的帳戶資訊來進行付款。

☐ 每月從您的社會安全局或鐵路退休委員會 (RRB) 福利金支票上自動扣繳。

本人從以下部門領取月福利金： ☐ **社會安全局** ☐ **RRB**

隱私法聲明

Medicare與Medicaid服務中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) 透過Medicare計劃收集資訊，以追蹤記錄受益人入保Medicare Advantage (MA) 計劃的資訊、改善醫療護理並給付Medicare福利。《社會安全法案》第1851節以及CFR第42篇第422.50及422.60節授權此類資訊收集。CMS可使用、披露和交換記錄系統通知 (System of Records Notice, SORN)「Medicare Advantage處方藥 (MARx)」系統編號09-70-0588中所列的Medicare受益人入保資料。您在本表格的作答純屬自願。但若不作答，可能會對您入保計劃造成影響。

Office Use Only （僅限辦公室使用）：

Name of staff member/agent/broker (if assisted in enrollment):

Plan ID #: Effective Date of Coverage:

ICEP/IEP: AEP: SEP (type):

姓名 _____

符合入保期入保資格保證書

在一般情況下，您僅可在每年10月15日至12月7日年度入保期期間入保Medicare Advantage計劃。 但有一些例外情況可能可以讓您在此期間以外的時間入保Medicare Advantage計劃。

請仔細閱讀下列陳述，並對適用於您的陳述勾選相應的方框。勾選下列任何方框即代表您證實就您所知，您符合使用入保期的資格。如果我們日後認定該資訊不正確，則您可能被退保。

☐ 本人是Medicare的新晉會員。

☐ 本人已入保Medicare Advantage計劃並希望在Medicare Advantage開放入保期 (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP) 進行變更。

☐ 本人最近搬離了當前計劃的服務區或最近搬家了。本計劃對本人是新的選擇。
搬家日期是（提供日期） _____ 。

☐ 本人最近被釋放出獄。釋放日期是（提供日期） _____ 。

☐ 本人在國外長期居住以後最近回到美國。本人返回美國的日期是
（提供日期） _____ 。

☐ 本人剛取得美國的合法居住權。取得合法居住權的日期是（提供日期） _____ 。

☐ 本人的Medicaid近期發生變更（新加入Medicaid、Medicaid補助水準有變更或失去Medicaid），
日期是（提供日期） _____ 。

☐ 本人的Medicare處方藥保險費用額外補助近期發生變更（新獲得額外補助、
額外補助水準變更或失去額外補助），日期是（提供日期） _____ 。

☐ 本人同時享有Medicare和Medicaid（或州政府補助本人的Medicare保費）或本人獲得Medicare處方藥保險費用額外補助，但尚未發生變更。

☐ 本人正要搬入、目前住在或最近搬出了一間長期護理設施（例如護理院或長期護理
設施）。本人已搬出／將搬入／將搬出設施的日期是（提供日期） _____ 。

☐ 本人最近退出了一項長者全面護理計劃 (PACE) 計劃，日期是
（提供日期） _____ 。

☐ 本人最近被強制退出了可抵免（承保範圍與Medicare同等）的處方藥保險。本人退出藥物
保險的日期是（提供日期） _____ 。

☐ 本人將要退出雇主或工會提供的保險，日期是（提供日期） _____ 。

姓名

☐ 本人已加入一項州提供的藥房補助計劃。

☐ 本人的計劃將要終止與Medicare的合約，或Medicare將要終止與本人計劃的合約。

☐ 本人已透過Medicare（或所在州政府）入保了一項計劃而本人希望選擇其他計劃。本人於以下日期開始入保該計劃（提供日期） 。

☐ 本人入保了Special Needs Plan (SNP)，但失去了續保該計劃所需的特殊需求資格。本人退出SNP的日期是（提供日期） 。

☐ 本人受到緊急情況或重大災害的影響（如聯邦緊急事務管理署 [FEMA] 或聯邦、州或地方政府機構所宣布）。此處其他陳述中的某一項適用於本人，但本人因發生災害而無法入保。

☐ 本人所參加的計劃最近由於財務問題而被州政府接管。本人想更換其他計劃。

☐ 本人所參加的計劃最近3年的星級評等均少於3顆星。本人想加入星級評等達到3顆星以上的計劃。

若您有資格參與上述未列出的投保期，您可以繼續投保，無需進行選擇。若您的入保期不明確，Kaiser Permanente可能將與您聯絡，以核實您的入保期。若您不確定您的入保期時間或有關於入保期的疑問，請與Kaiser Permanente聯絡，電話是**1-800-443-0815**（TTY使用者應撥打**711**）以確認您是否有資格入保。我們的服務時間為每週7天，每天上午8:00至晚上8:00。