

如果您為其他人填寫此表格，請填寫以下部分。您的簽名證明您已根據州法律獲得授權填寫此參與表格，並在Medicare要求時提供此授權的文件。

姓名：

地址 (街道, 城市, 州, 郵遞區號)

電話號碼：

與參與者的關係：

如何提交此表格

將填妥的表格提交至：

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

您也可以透過傳真或電子郵件將填妥的表格傳送至：

傳真：1-855-355-5334

電子郵件：KPMedicareEnrollments@kp.org

您也可以在此 kp.org/rx-paymentplan 線上填寫參與申請表，如果您位於Washington地區，請在 kp.org/rx-paymentplanwa 上填寫參與申請表，或撥打下面列出的您所在地區的電話號碼聯絡我們，透過電話提交您的申請。

您可在線上查詢您的申請進度，網址為 kp.org/medicare/applicationstatus (不適用於Washington地區)。

如果您在填寫此表格時需要協助，請撥打下方您所在地區的電話號碼，服務時間為每週7天，上午8點至晚上8點，TTY用戶請致電711。

California: 1-800-443-0815

Colorado: 1-800-476-2167

Georgia: 1-800-232-4404

Hawaii: 1-800-805-2739

Maryland/Virginia/Washington, D.C.: 1 - 888 - 777 - 5536

Oregon 和西南 Washington: 1-877-221-8221

Washington: 1-888-901-4600

(縣: Island、King、Kitsap、Lewis、Pierce、Skagit、Snohomish、Spokane、Thurston、Whatcom、Grays Harbour [郵遞區號: 98541、98557、98559、98568] 及 Mason [郵遞區號: 98524、98528、98546、98548、98555、98584、98588、98592])