



DualChoice

Số OMB 0938-1378
Hết hạn: 6/30/2026

MẪU ĐƠN YÊU CẦU GHI DANH CÁ NHÂN ĐỂ GHI DANH VÀO MỘT CHƯƠNG TRÌNH MEDICARE ADVANTAGE (PHẦN C)

Ai có thể sử dụng mẫu đơn này?

Những người có Medicare muốn tham gia Chương trình Medicare Advantage

Để tham gia chương trình, quý vị phải:

- Là công dân Hoa Kỳ hoặc hiện diện hợp pháp ở Hoa Kỳ
- Sống trong khu vực dịch vụ của chương trình

Quan trọng: Để tham gia Chương trình Nhu Cầu Đặc Biệt Đủ Điều Kiện Kép của Medicare Advantage, quý vị cũng phải có:

- Medicare Phần A (Bảo hiểm Bệnh viện)
- Medicare Phần B (Bảo hiểm Y tế)
- Medi-Cal (Bảo hiểm Medicaid của Tiểu bang California dành cho người có thu nhập thấp)

Khi nào tôi sử dụng mẫu đơn này?

Quý vị có thể tham gia chương trình:

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

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

Tôi cần phải làm gì để hoàn thành mẫu đơn này?

- Số Medicare của quý vị (số trên thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh lam của quý vị)
- 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 đã không điền các mục này.

Hãy nhớ:

- Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình trong thời gian ghi danh vào mùa thu (Ngày 15 Tháng Bảy - ngày 7 Tháng Mười Hai), chương trình đó phải nhận được mẫu đơn hoàn chỉnh của quý vị trước ngày 7 Tháng Mười Hai.
- Chương trình của quý vị sẽ gửi hóa đơn thanh toán phí bảo hiểm của chương trình cho quý vị. Quý vị có thể chọn đăng ký để được khấu trừ các khoản thanh toán phí bảo hiểm từ tài khoản ngân hàng hoặc quyền lợi An sinh Xã hội (hoặc Hội đồng Hưu trí Ngành Hỏa xa) hàng tháng của quý vị.

Điều gì sẽ xảy ra tiếp theo?

Gửi mẫu đơn đã hoàn thành và có chữ ký tới:
IEHP DualChoice (HMO D-SNP)
P.O. Box 1800
Rancho Cucamonga
CA, 91729-1800

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

Làm cách nào để nhận trợ giúp với mẫu đơn này?

Gọi IEHP DualChoice theo số **1-800-741-IEHP (4347)**. Người dùng TTY có thể gọi **711**.
Hoặc, gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.

Call IEHP DualChoice at **1-800-741-IEHP (4347)**.
TTY users can call **711**.

Or, call Medicare at 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048.

Những người vô gia cư

- Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình nhưng không có hộ khẩu thường trú, Hòm thư Bưu điện, địa chỉ nhà tạm trú hoặc phòng khám, hoặc địa chỉ nơi quý vị nhận thư (ví dụ: séc (ngân 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 buộc phải phản hồi về việc thu thập thông tin trừ khi việc này cho thấy số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho bản thu thập thông tin này là 0938-NEW. Thời lượng cần thiết để hoàn thành thông tin này được ước tính là trung bình 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 liên quan đến độ chính xác của (những) ước tính về thời gian hoặc đề xuất để cải thiện biểu mẫu này, vui lòng viết thư cho: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

QUAN TRỌNG

Không gửi mẫu đơn này hoặc bất kỳ mục nào có thông tin cá nhân của quý vị (chẳng hạn như yêu cầu bảo hiểm, thanh toán, hồ sơ y tế, v.v.) đến Văn phòng Giải quyết Báo cáo PRA. Bất kỳ thư nào chúng tôi nhận được không liên quan đến việc cải thiện mẫu này hoặc trách nhiệm thu thập thông tin của nó (được nêu trong OMB 0938-1378) sẽ bị tiêu hủy. Nó sẽ không được lưu giữ, xem xét, hoặc chuyển tiếp đến chương trình. Xem “Thủ tục tiếp theo là gì?” trên trang này để gửi mẫu đơn đã hoàn thành của quý vị cho chương trình.

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) là một chương trình HMO có hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh tham gia IEHP DualChoice (HMO D-SNP) phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.

Phần 1 - Tất cả các mục ở trang này là bắt buộc (trừ khi được đánh dấu là không bắt buộc).

Chọn chương trình quý vị muốn tham gia:

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) - \$0 mỗi tháng

TÊN: _____ HỌ: _____ Chữ cái đầu Tên đệm: _____

Ngày sinh: (THÁNG/NGÀY/NĂM) _____ Giới tính: _____ Số điện thoại: _____
(____/____/____) Nam Nữ (____)

Địa chỉ đường phố Thường trú (Không nhập Hộp thư Bưu điện): _____

Thành phố: _____ Quận: _____ Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____

Địa chỉ gửi thư, nếu khác với địa chỉ thường trú của quý vị (cho phép Hộp thư Bưu điện): _____

Địa chỉ đường phố: _____ Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____

Thông tin Medicare của quý vị:

Số Medicare: _____ - _____ - _____

Trả lời những câu hỏi quan trọng sau:

Quý vị có bảo hiểm thuốc kê toa khác (như VA, TRICARE) ngoài IEHP DualChoice không? Có Không

Tên của bảo hiểm khác: _____ Số hội viên cho bảo hiểm này: _____ Số nhóm cho bảo hiểm này: _____

Chương trình Nhu cầu Đặc biệt Kép (HMO D-SNP) dành cho những người đủ điều kiện nhận Medicare và Medicaid. Bằng cách đăng ký tham gia chương trình này, quý vị hiểu rằng quý vị phải tiếp tục đăng ký tham gia chương trình Medicaid của tiểu bang để duy trì đủ điều kiện tham gia chương trình này.

1) Quý vị có ghi danh vào chương trình Medicaid (Medi-Cal) của tiểu bang không?

Có Không

2) Nếu “có”, vui lòng cung cấp số chín chữ số Medicaid Số Chỉ số Khách hàng (Client Index Number, CIN) của quý vị: _____

QUAN TRỌNG. Đọc và ký tên dưới đây:

- Tôi phải giữ cả bảo hiểm Bệnh viện (Phần A) và Y tế (Phần B) để tiếp tục với IEHP DualChoice.
- Bằng cách tham gia Chương trình Medicare Advantage này, tôi xác nhận rằng IEHP DualChoice sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare, họ có thể sử dụng thông tin đó để theo dõi việc ghi danh của tôi, để thực hiện thanh toán, và cho các mục đích khác được luật Liên bang cho phép để thu thập các thông tin này (xem Tuyên bố về Đạo luật Quyền Riêng tư bên dưới). Câu trả lời của quý vị trong mẫu đơn này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không trả lời có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh trong chương trình.
- Tôi hiểu rằng tôi chỉ có thể được ghi danh vào một chương trình MA tại một thời điểm - và việc ghi danh vào chương trình này sẽ tự động kết thúc việc ghi danh của tôi trong một chương trình MA khác (các trường hợp ngoại lệ áp dụng cho các chương trình MA PFFS, MA MSA).
- Tôi hiểu rằng khi bảo hiểm IEHP DualChoice của tôi bắt đầu, tôi phải nhận được tất cả các quyền lợi y tế và thuốc kê toa của mình từ IEHP DualChoice. Các quyền lợi và dịch vụ do IEHP DualChoice cung cấp và có trong tài liệu “Chứng từ Bảo hiểm” IEHP DualChoice của tôi (còn được gọi là hợp đồng hội viên hoặc thỏa thuận của người tham gia) sẽ được bảo hiểm đài thọ. Cả Medicare và IEHP DualChoice đều sẽ không thanh toán cho các quyền lợi hoặc dịch vụ không được đài thọ.
- Thông tin trong mẫu đơn ghi danh 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 đơn này, tôi sẽ bị hủy ghi danh khỏi chương trình.
- Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người được ủy quyền hợp pháp thay mặt tôi) trên đơn đăng ký này đồng nghĩa với việc tôi đã đọc và hiểu rõ nội dung của đơn đăng ký này. Nếu được ký bởi một đại diện được ủy quyền (như mô tả ở trên), thì chữ ký đó sẽ xác nhận rằng:
 - 1) Người này được ủy quyền theo luật tiểu bang để hoàn thành mẫu đơn ghi danh này và
 - 2) Tài liệu ủy quyền này cần được cung cấp khi có yêu cầu của Medicare.

Chữ ký: _____

Hôm nay ngày: _____

Nếu quý vị là đại diện được ủy quyền, hãy ký tên ở trên và điền vào các mục sau:

Tên: _____ Địa chỉ: _____

Số điện thoại: _____ Mối quan hệ với người ghi danh: _____

Phần 2 - Tất cả các trường trong trang này đều không bắt buộc

Việc trả lời những câu hỏi này là tùy lựa chọn của quý vị. Quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm vì đã không điền vào các mục này.

Quý vị có phải là người gốc văn hóa Tây Ban Nha, La-tinh hay gốc Tây Ban Nha không? Chọn tất cả các câu trả lời phù hợp.

- Không, không phải là người gốc văn hóa Tây Ban Nha, La-tinh hay gốc Tây Ban Nha
- Có, người Mexico, Mỹ gốc Mexico, Chicano
- Có, người Puerto Rico
- Có, người Cuba
- Có, là người gốc văn hóa Tây Ban Nha, La-tinh hay gốc Tây Ban Nha khác
- Tôi chọn không trả lời.**

Chủng tộc của quý vị là gì? Chọn tất cả các câu trả lời phù hợp.

- Thổ dân Mỹ hoặc Người Bản địa Alaska
- Người Ấn Độ
- Người Da Đen hoặc Mỹ Gốc Châu Phi
- Người Trung Quốc
- Người Philippines
- Người Guam hoặc Chamorro
- Người Nhật Bản
- Người Hàn Quốc
- Người Hawaii Bản địa
- Người Châu Á Khác
- Người Gốc Đảo Thái Bình Dương Khác
- Người Samoa
- Người Việt Nam
- Tôi chọn không trả lời.**
- Người Da Trắng

Giới tính của quý vị là gì? Chọn một đáp án.

- Nữ giới
- Nam giới
- Phi nhị nguyên giới (Non-binary)
- Tôi sử dụng một thuật ngữ khác: _____
- Tôi chọn không trả lời**

Câu nào sau đây thể hiện tốt nhất cách quý vị nghĩ về bản thân mình? Chọn một đáp án.

- Đồng tính nữ hoặc đồng tính nam
- Tôi sử dụng một thuật ngữ khác: _____
- Thăng, không phải đồng tính nam hay đ/tính nữ
- Tôi không biết
- Lưỡng tính (Bisexual)
- Tôi chọn không trả lời**

Chọn một ô nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin cho quý vị bằng một ngôn ngữ khác Tiếng Anh.

- Tiếng Tây Ban Nha
- Tiếng Trung
- Tiếng Việt

Chọn một mục nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin cho quý vị ở định dạng có thể truy cập được.

- Chữ nổi Braille
- Bản in chữ lớn
- Audio CD

Vui lòng liên hệ với IEHP DualChoice theo số **1-800-741-IEHP (4347)** nếu quý vị cần thông tin ở định dạng có thể truy cập khác ngoài định dạng được liệt kê ở trên. Giờ hành chính của chúng tôi là 8 giờ sáng-8 giờ tối (Múi giờ PST), 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ. Người dùng TTY có thể gọi **711**.

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 y tế của quý vị:

Chỉ dành cho những cá nhân trợ giúp người ghi danh hoàn thành biểu mẫu này

Hoàn thành phần này nếu quý vị là cá nhân (ví dụ: đại lý, người môi giới, nhân viên tư vấn SHIP, thành viên gia đình hoặc người khác bên thứ ba) trợ giúp người ghi danh điền vào mẫu này.

Họ tên: _____ Mối quan hệ với người ghi danh: _____
Chữ ký: _____ Số (#) Nhà Sản Xuất Quốc Gia (chỉ dành cho đại lý/môi giới): _____

[optional space for other administrative information needed by plan]

TUYÊN BỐ ĐẠO LUẬT QUYỀN RIÊNG TƯ

Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (Center for Medicare & Medicaid Services, CMS) thu thập thông tin từ các chương trình của Medicare để theo dõi việc người thụ hưởng đăng ký Medicare Advantage (MA), cải thiện dịch vụ chăm sóc, và để thanh toán các quyền lợi của Medicare. Các mục 1851 của Đạo luật An sinh Xã hội và 42 CFR §§ 422.50 và 422.60 cho phép thu thập các thông tin này. CMS có thể sử dụng, tiết lộ và trao đổi dữ liệu ghi danh từ những người thụ hưởng Medicare như được quy định trong Hệ thống Thông báo Hồ sơ (System of Records Notice, SORN) "Thuốc kê toa của Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)", Hệ thống số 09-70-0588. Câu trả lời của quý vị trong mẫu đơn này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không trả lời có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh trong chương trình.

Chứng thực về Điều kiện Hội đủ cho Giai đoạn Ghi danh

Thông thường, quý vị chỉ có thể ghi danh vào chương trình Medicare Advantage trong thời gian ghi danh hàng năm từ ngày 15 Tháng Mười đến ngày 7 Tháng Mười Hai hàng năm. Có những trường hợp ngoại lệ có thể cho phép quý vị ghi danh vào chương trình Medicare Advantage ngoài thời gian này.

Vui lòng đọc kỹ các tuyên bố sau đây và đánh dấu vào ô trống nếu tuyên bố áp dụng cho quý vị. Bằng việc đánh dấu bất kỳ ô nào sau đây, quý vị xác nhận rằng, theo mức độ hiểu biết nhất của quý vị, quý vị đủ điều kiện cho một Giai đoạn Ghi danh. Nếu sau này chúng tôi biết được rằng thông tin đó không chính xác, quý vị có thể sẽ bị hủy ghi danh.

- Tôi là hội viên mới của Medicare.
- Tôi ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage và muốn thực hiện thay đổi trong Giai đoạn Ghi danh Mở Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).
- Gần đây tôi đã chuyển nhà ra ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hiện tại của tôi hoặc tôi mới chuyển nhà và chương trình này là một lựa chọn mới cho tôi. Tôi đã chuyển nhà vào (điền ngày) _____.
- Gần đây tôi đã được phóng thích sau khi bị giam giữ. Tôi đã được phóng thích vào ngày (điền ngày) _____.
- Gần đây tôi đã quay về Hoa Kỳ sau khi sống định cư bên ngoài Hoa Kỳ. Tôi đã quay về Hoa Kỳ vào ngày (điền ngày) _____.
- Tôi mới được nhận tình trạng thường trú hợp pháp tại Hoa Kỳ. Tôi đã có được tình trạng này vào (điền ngày) _____.
- Gần đây tôi đã có sự thay đổi trong Medicaid của mình (Medicaid mới nhận, có sự thay đổi về mức hỗ trợ Medicaid, hoặc Medicaid bị mất) vào (điền ngày) _____.
- Gần đây đã có thay đổi về Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help) để thanh toán cho bảo hiểm thuốc kê toa Medicare (mới nhận được Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help), có thay đổi về cấp độ Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help), hoặc bị mất Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help) vào (điền ngày) _____.
- Tôi có cả Medicare và Medicaid (hoặc tiểu bang của tôi giúp thanh toán phí bảo hiểm Medicare của tôi) hoặc tôi nhận Hỗ trợ Bổ sung (Extra Help) để thanh toán cho bảo hiểm thuốc kê toa Medicare của tôi, nhưng chưa có thay đổi nào diễn ra.
- Tôi chuyển đến sống, sống ở, hoặc gần đây đã chuyển ra khỏi Cơ sở Chăm sóc Dài hạn (ví dụ như nhà dưỡng lão hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn). Tôi đã chuyển đi/sẽ chuyển đến/ra khỏi cơ sở vào (điền ngày) _____.
- Gần đây tôi đã rời khỏi chương trình PACE vào (điền ngày) _____.
- Gần đây tôi đã vô tình để mất bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín (bảo hiểm tốt ngang với bảo hiểm của Medicare). Tôi đã mất bảo hiểm thuốc của mình vào (điền ngày) _____.

- Tôi sẽ rời khỏi bảo hiểm của chủ lao động hoặc công đoàn vào (điền ngày) _____.
- Tôi thuộc chương trình trợ giúp nhà thuốc do tiểu bang của tôi cung cấp.
- Chương trình của tôi sẽ kết thúc hợp đồng của họ với Medicare, hoặc Medicare sẽ kết thúc hợp đồng của họ với chương trình của tôi.
- Tôi đã được ghi danh vào một chương trình của Medicare (hoặc tiểu bang của tôi) và tôi muốn chọn một chương trình khác. Việc ghi danh của tôi vào chương trình đó bắt đầu từ (điền ngày) _____.
- Tôi đã được ghi danh vào một Chương trình Nhu cầu Đặc biệt (SNP) nhưng tôi đã không còn hội đủ điều kiện về nhu cầu đặc biệt cần thiết để tham gia chương trình đó. Tôi đã hủy ghi danh khỏi SNP vào ngày (điền ngày) _____.
- Tôi đã bị ảnh hưởng bởi trường hợp khẩn cấp hoặc thảm họa lớn liên quan đến thời tiết (theo như tuyên bố của Cơ quan Quản lý Trường hợp khẩn cấp Liên bang (Federal Emergency Management Agency, FEMA). Một trong những câu ở đây áp dụng với tôi, nhưng tôi đã không thể thực hiện việc ghi danh của mình vì thảm họa thiên nhiên.

Nếu không có câu nào trong số này áp dụng cho quý vị hoặc quý vị không chắc chắn, vui lòng liên hệ với chương trình IEHP Dual Choice theo số **1-800-741-IEHP (4347)** (người dùng TTY có thể gọi **711**) để hỏi xem quý vị có hội đủ điều kiện để ghi danh hay không. Chúng tôi mở cửa từ 8 giờ sáng-8 giờ tối (Múi giờ Chuẩn Thái Bình Dương, PST), 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ.