



보험가입 신청서

2025년 1월 1일 - 2025년 12월 31일

2025 메디케어 어드밴티지보험 (파트 C) 가입을 위한 개인 가입 신청서

이 양식을 누가 사용할 수 있습니까?

메디케어 어드밴티지 보험에 가입하기를 원하는 메디케어 수혜자

보험에 가입하려면 다음 조건에 해당되어야 합니다:

- 미국 시민이거나 합법적으로 미국에 거주해야 합니다.
- 보험 서비스 지역에 거주해야 합니다.

중요: 메디케어 어드밴티지

보험에 가입하려면 다음 두가지 모두 가입되어 있어야 합니다:

- 메디케어 파트 A (병원 보험)
- 메디케어파트 B (의료 보험)

이 양식을 언제 사용하나요?

보험에 가입할 수 있는 기간:

- 매년 10월 15일~12월 7일(1월 1일부터 보장 시작)
- 처음으로 메디케어를 받은 후 3개월 이내
- 보험에 가입 또는 변경이 허용된 특별한 상황.

보험에 가입할 수 있는 시기에 대한 자세한

내용은 [medicare.gov](https://www.medicare.gov)를 방문하셔서 알아보십시오.

이 가입 신청서를 작성하려면 무엇이 필요합니까?

- 귀하의 메디케어 번호
(빨간색, 흰색, 파란색 메디케어 카드에 있는 번호)
- 귀하의 거주지 주소 및 전화번호

참고: 섹션1의 모든 항목을 작성해야 합니다.

섹션 2의 항목은 선택 사항입니다.

이 섹션 2을 작성하지 않았다고 해서 보장이 거부되지 않습니다.

1995년 서류 감축법(Paperwork Reduction Act of 1995)에 따르면, 유효한 OMB 관리 번호가 표시되지 않는 정보 수집에 대해 응답할 의무는 없습니다. 이 정보 수집의 유효한 OMB 관리 번호는 0938-NEW입니다. 이 정보를 작성하는 데 필요한 시간은 지침을 검토하고, 기존 데이터 자원을 검색하고, 필요한 데이터를 수집하며, 정보를 작성하고 검토하는 시간을 포함하여 평균 1회 응답에 20분이 소요될 것으로 추정됩니다. 시간 추정치의 정확성에 대한 의견이나 이 양식을 개선하기 위한 제안이 있는 경우, 다음 주소로 서면 의견을 보내주십시오: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

중요: 이 양식이나 개인 정보(청구서, 결제, 의료 기록 등)가 포함된 항목을 PRA 보고서 승인 사무소로 보내지 마십시오. OMB 0938-1378에 명시된 이 양식 또는 정보 수집 부담을 개선하는 것과 관련이 없는 항목은 파기됩니다. 보관되거나 검토되거나 계획에 전달되지 않습니다.

알림:

- 가을 가입기간(10월 15일~12월 7일)에 보험에 가입하려면 12월 7일까지 신청서를 보험에 제출해야 합니다.
- 보험에서 보험료 청구서를 보내드립니다. 은행 계좌나 월별 소셜 시큐리티 체크 (또는 철도 연금 위원회)에서 보험료가 공제되도록 신청할 수 있습니다.

그 다음 단계는 어떻게 되나요?

작성하고 서명한 가입 양식을 다음 주소로 보내주세요:

Astiva Health
765 The City Drive South #200
Orange, CA 92868

이메일: enrollment@astivahealth.com

가입 요청이 처리되면 연락드립니다

이 가입 양식에 대한 도움은 어떻게 받을 수 있나요?

Astiva Health에 1-866-688-9021로 전화하세요.

TTY 사용자는 711로 전화하세요.

또는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 메디케어 에 전화하세요.

TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하세요.

En Español: Llame a Astiva Health al

1-866-688-9021/711 o a Medicare gratis al

1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en

Español y un representante estará disponible

para asistirle.

노숙 생활을 하고있는 개인의 경우

보험에 가입하고 싶지만 영구 거주지가 없는 경우, 사서함,

보호소 또는 진료소 주소 또는 우편물을 받는 주소(예: 소셜 시큐리티 체크)

가 영구 거주지 주소로 간주될 수 있습니다.



보험 판매 예약 약속 확인 양식

메디케어 및 메디케이드 서비스 센터 (CMS)에서는 에이전트와 메디케어 수혜자 (또는 그들의 승인된 대리인) 사이에 논의될 내용에 대한 이해를 보장하기 위해 대면 회의 약속전에 에이전트가 마케팅 약속 범위를 문서화하도록 요구합니다.

에이전트와 의논하고 싶은 플랜 옆의 상자에 이니셜을 적어주세요.

- Medicare Health Maintenance Organization (HMO) Medicare Advantage
보험으로서 모든 Original Medicare 파트 A 및 파트 B 건강 보험을 제공하고 파트 D 처방약 보험을 포함 합니다.
대부분 HMO에서는 플랜 네트워크 내의 의사나 병원에서만 치료를 받을 수 있습니다. (응급 상황은 제외).
- Medicare 특수 만성 질환보험(C-SNP) 특수 건강 관리가 필요한 사람들을 위해 설계된 혜택이 있는 Medicare Advantage 보험입니다. 예를 들어, 서비스를 받는 특정 그룹은 만성 질환을 앓고 있는 사람들이 있습니다

이 양식에 서명함으로써, 귀하는 위에 서명한보험 유형에 대해 논의하기 위해 에이전트와 회의하는데 동의합니다. 보험에 대해 논의할 사람은메디케어 보험에 고용되었거나 계약된 사람입니다. 그들은 연방 정부에서 직접 일하지 않습니다. 이 사람은보험에 귀하가입에 따라 급여를 받을 수도 있습니다.

이 양식에 서명하는 것은 귀하의 현재 가입에 영향 미치지 않으며, Medicare Advantage 보험, 처방약보험 또는 기타 메디케어 보험에 가입되지 않습니다..

수혜자 또는 공인 대리인 서명 및 서명 날짜:

서명:	서명날짜:
-----	-------

귀하가 공인 대리인이신 경우 위에 서명하고 아래에 가입하세요:

공인 대리인 이름:	수혜자와의 관계:
------------	-----------

에이전트 작성란:

에이전트 이름:	에이전트 전화번호:
----------	------------

수혜자 이름:	수혜자 전화번호:
---------	-----------

수혜자 주소:

최초 연락 방법:

에이전트 서명:	날짜:
----------	-----

[Plan Use Only:]

아스티바헬스(Astiva Health)는 메디케어와 계약을 맺은 HMO 또는 C-SNP HMO 보험사입니다. 아스티바헬스(Astiva Health)에 가입은 계약 갱신에 따라 달라집니다. 주의: 다른 언어를 사용하는 경우 무료로 언어 지원 서비스를 받으실 수 있습니다. 1-866-688-9021 TTY 711 로 전화 하세요. 보험 판매 예약 약속 확인 양식 (SOA)는 CMS 기록 보존 요구 사항이 적용됩니다.

H1993_056_2025_SOA_C

섹션 1 - 이 부분의 모든 답변은 필수입니다 (단, 선택 사항이 아닌 경우)

가입하고 싶은 보험을 선택하세요:

서비스 지역: **로스앤젤레스, 오렌지, 리버사이드, 샌버나디노, 샌디에고**

- 아스티바헬스 Savings Plan (HMO) 001 /월 \$0
- 아스티바헬스 Premier Plan (HMO) 010 /월 \$0
Extra Plus 혜택을 받으려면 다음 옵션 중 하나를 선택하세요.
SSBCI 식료품 수당 _____ 또는 _____ OTC/운동
- 아스티바헬스 C-SNP Deluxe Plan (HMO) 007 /월 \$0
- 아스티바헬스 C-SNP WOW Plan (HMO) 008 /월 \$29.70*
*귀하의 보험료는 Extra Help 를 통해 지불될 수 있습니다.

가입하고 싶은 보험을 선택하세요:

서비스 지역: **산타클라라**

- 아스티바헬스 Savings Plan (HMO) 011 /월 \$0
- 아스티바헬스 Premier Plan (HMO) 012 /월 \$0
Extra Plus 혜택을 받으려면 다음 옵션 중 하나를 선택하세요.
SSBCI 식료품 수당 _____ 또는 _____ OTC/운동
- 아스티바헬스 C-SNP WOW Plan (HMO) 013 /월 \$29.70*
*귀하의 보험료는 Extra Help 를 통해 지불될 수 있습니다.

귀하의 개인 정보

이름:	성:	[선택 사항: 중간 이니셜]:
생년월일: (MM/DD/YYYY)	성별: <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성	전화번호:

영구 거주지 주소 (우편물 수령함(P.O. Box) 입력 금지. 주의: 노숙 중인 개인의 경우, 우편물 수령함이 영구 거주 주소로 간주될 수 있습니다.):

시:	[선택 사항: 카운티]:	주:	우편번호:
----	---------------	----	-------

영구 주소와 다른 우편 주소 (우편물 수령함 허용):

주소: _____

시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

귀하의 메디케어 보험 정보:

메디케어 번호:

_____ - _____ - _____

이 중요한 질문에 답하십시오:

1. Astiva Health 외에 다른 처방약 보험을 갖고 계십니까? (예: VA, TRICARE)

예 아니요

시작날짜: _____

종료날짜: _____

다른 보험 이름:

이 다른 보험 회원 ID 번호:

이 보험의 그룹 번호:

2. 귀하의 정책이나 다른 가족 구성원의 정책에 따라 다른 처방약 보험을 갖고 계십니까? (예: 고용주 그룹 보험)

예 아니요

만약 그렇다면, 다음 질문에 답하십시오:

다른 보험 이름: _____

정책 번호: _____

보장 시작날짜: _____

회원 ID 번호: _____

그룹 번호: _____

3. 귀하는 귀하의 주 메디칼 (Medi-Cal) 에 등록되어 있습니까? 예 아니요

만약 그렇다면, 귀하의 메디칼 (Medi-Cal)번호를 제공해 주십시오: _____

4. 등록전 자격 평가

- 특별 필요 플랜(C-SNP)에 등록하시는 경우, 사전 등록 자격 평가 양식 (Pre-Enrollment Qualification Assessment Form)을 작성해 주십시오.
- MAPD 플랜 010 또는 플랜 012 에 등록하시는 경우, 만성 질환을 위한 특별 추가 혜택 (SSBCI) 식료품 요청 양식 (Grocery Request Form)을 작성해 주십시오.

C-SNP 사전 등록 자격 평가 양식

Astiva Health (HMO C-SNP) 보험에 가입하시겠습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
<p>예, 라고 대답했다면 이 플랜이 만성 질환 특별 필요보험(C-SNP)임을 이해하셔야 합니다. 메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(CMS)는 C-SNP 보험을 제공하는 메디케어 어드밴티지 플랜이 의사로부터 귀하의 자격 조건이 되는 의료 상태에 대한 서면 확인을 받도록 요구하고 있습니다.</p>	
<p>저는 아래 조건 중 하나를 가지고 있음을 증명합니다 (해당되는 모든 항목에 체크하십시오):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 당뇨병 (Diabetes mellitus) <input type="checkbox"/> 만성 정맥 혈전색전증 (Chronic venous thromboembolic disorder) <input type="checkbox"/> 심장 부정맥 (Cardiac arrhythmia) <input type="checkbox"/> 관상 동맥 질환 (Coronary artery disease) <input type="checkbox"/> 말초 혈관 질환 (Peripheral vascular disease) <input type="checkbox"/> 울혈성 심부전 (Congestive heart failure) <input type="checkbox"/> 가입자는 위의 만성 질환 중 어떠한 것도 가지고 있지 않습니다. 	
<p>저, (이름 기재) _____,는 의사가 제가 자격을 갖춘 만성 질환 중 하나 이상을 확인할 수 없을 경우 만성 특별 필요 플랜(C-SNP)에서 탈퇴되어 다른 플랜에 등록될 것임을 이해합니다.</p>	

귀하의 상태를 확인할 수 있는 모든 의사를 기재 하십시오:

주치의:	전문의:
전화번호:	팩스:

주치의:	전문의:
전화번호:	팩스:

SSBCI 식료품 요청 양식

이름:	성:
생년월일:	Medicare 번호:

아래 조건 중 하나에 해당하는 경우 체크하세요:

<input type="checkbox"/> 만성 알코올 및 대마, 코카인, 아편류, 메스암페타민, 진정제, 최면제 또는 항불안제 등을 포함한 기타 약물 의존성.	<input type="checkbox"/> 모든 유형의 암.
<input type="checkbox"/> 심장 부정맥, 발작성 또는 만성 심방 세동, 심실성 부정맥, 상실성 부정맥, 심장 차단, 동방성 기능 부전 증후군, 율혈성 심부전, 관상 동맥 질환, 죽상 경화증, 말초 혈관 질환, 뇌혈관 사고, 일과성 허혈 발작, 만성 정맥 혈전색전성 질환을 포함한 심혈관 질환.	<input type="checkbox"/> 건선, 전신성 홍반 루푸스(SLE), 류마티스 관절염(RA), 쇼그렌 증후군, 크론병, 궤양성 대장염, 복강 질환, 그레이브스병, 하시모토 갑상선염, 애디슨병, 다발성 경화증, 혈관염, 악성 빈혈, 길리안-바레 증후군을 포함한 자가면역 질환.
<input type="checkbox"/> 만성 심부전.	<input type="checkbox"/> 고혈압.
<input type="checkbox"/> 고지혈증.	<input type="checkbox"/> 치매.
<input type="checkbox"/> 정신분열증, 조울증, 강박적 강박 장애, 편집증, 우울증, 외상 후 스트레스 장애를 포함한 만성적이고 장애를 유발하는 정신 건강 문제.	<input type="checkbox"/> 천식, 만성 폐 폐쇄성 질환(COPD), 폐기종, 만성 기관지염, 간질성 폐 질환을 포함한 만성 폐 질환.
<input type="checkbox"/> 당뇨병.	<input type="checkbox"/> 말기 간질환.
<input type="checkbox"/> 말기 신장 질환(ESRD).	<input type="checkbox"/> HIV/에이즈.
<input type="checkbox"/> 심한 빈혈, 모든 유형의 림프종, 백혈병, 혈우병, 혈액 응고 질환, 혈소판 감소증, 혈소판증 등을 포함한 심각한 혈액학적 장애.	<input type="checkbox"/> 알츠하이머병, 파킨슨병, 만성 편두통, 자폐 스펙트럼 장애, 뇌성마비, 외상성 뇌 손상, 척추관 협착증, 소아마비, 근이영양실조, 간질, 척수 손상을 포함한 신경계 질환.
<input type="checkbox"/> 뇌졸중, 뇌혈관사고, 일과성 허혈발작을 포함합니다.	

SSBCI 식료품 요청 양식(계속)

귀하의 상태를 확인할 수 있는 모든 의료 제공자를 기입하세요:

주치의:	전문의:
전화:	팩스:

주치의:	전문의:
전화:	팩스:

중요 - 다음을 읽고 아래에 서명해 주십시오:

- Astiva Health (아스티바헬스)를 계속 유지하고 싶다면 병원 (파트 A)과 의료(파트 B) 보험을 모두 유지해야 합니다.
- 이 메디케어 어드밴티지에 가입함으로써 Astiva Health 가 내 정보를 메디케어 와 공유하고 메디케어는 내 등록을 추적하고, 지불을 하고, 이 정보 수집을 허가하는 연방법에 따라 허용되는 기타 목적으로 사용할 수 있음을 인정합니다 (아래 개인정보 보호법 성명 참조). 이 양식에 대한 귀하의 응답은 자발적입니다. 그러나 응답하지 않으면 플랜 등록에 영향을 미칠 수 있습니다.
- 한 번에 하나의 메디케어 어드밴티지 플랜에만 등록할 수 있으며 이 플랜에 등록하면 다른메디케어 어드밴티지 플랜에 대한 등록이 자동으로 종료됨을 이해합니다 (MA PFFS, MA MSA 플랜에는 예외가 적용됨).
- Astiva Health 보장이 시작되면 Astiva Health 에서 모든 의료 및 처방약 혜택을 받아야 함을 이해합니다. Astiva Health 에서 제공하고 Astiva Health "보장 증빙 (Evidence of Coverage)" 문서 (회원 계약 또는 가입자 계약이라고도 함)에 포함된 혜택과 서비스가 보장됩니다. 메디케어와 Astiva Health 는 보장되지 않는 혜택이나 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다.
- 이 등록 양식의 정보는 제가 아는 한 정확합니다. 이 양식에 의도적으로 허위 정보를 제공하면 플랜에서 등록이 취소될 수 있음을 이해합니다.
- 아래 서명은 이 등록 양식에 나열된 제공자 및/또는 내주치의가 내 건강 정보를 공개하고/또는 Astiva Health 에 의료 기록을 제공할 수 있도록 허가합니다.
- 이 신청서에 있는 내 서명 (또는 나를 대신하여 법적으로 행동할 권한이 있는 사람의 서명)은 이 신청서의 내용을 읽고 이해했음을 의미합니다. 권한 있는 대리인(위에 설명된 대로)이 서명한 경우 이 서명은 다음을 증명합니다.
 - 1) 이 사람은 주법에 따라 이 등록을 완료할 권한이 있으며
 - 2) 이 권한에 대한 문서는메디케어에서 요청 시 제공됩니다.

정보 공개 허가

아래 서명은 이 등록 양식에 나열된 제공자 및/또는 내주치의가 내 건강 정보를 공개하고/또는 Astiva Health 에 의료 기록을 제공할 수 있도록 허가합니다.

서명:	오늘 날짜:
권한이 있는 대리인인 경우 위에 서명하고 다음란을 작성하십시오.	
이름:	주소:
전화번호:	가입자와의 관계:

섹션 2 - 이 페이지의 모든 작성란은 선택 사항입니다

이 질문에 답하는 것은 귀하의 선택입니다. 이 내용을 작성하지 않아서 보장이 거부되지 않습니다.

귀하는 히스패닉, 라틴계 또는 스페인계입니까? 해당되는 모든 것을 선택하세요.

- 아니요, 히스패닉계, 라틴계 또는 스페인계가 아닙니다. 네, 멕시코인, 멕시코계 미국인, 치카노입니다
 네, 푸에르토리코인입니다 네, 쿠바인입니다
 네, 다른 히스패닉계, 라틴계 또는 스페인계입니다
 대답하지 않겠습니다

귀하는 어떤 인종에 해당 합니까? 해당 항목을 모두선택하세요.

- 미국아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 흑인 또는 아프리카계 미국인
- 동양인: 아시아인 인디언 하와이 원주민 및 태평양 섬 주민:
 중국인 괌 또는 차모로인
 필리핀 인 하와이 원주민
 일본인 사모아인
 한국인 기타 태평양 섬 주민
 베트남인 백인
 기타 아시아계 **대답하지 않겠습니다**

영어가 아닌 다른 언어로 정보를 받아보시려면 하나를 선택하세요.

- 스페인어 베트남어 한국어 중국어 기타언어: _____

귀하에게 편리한 형식으로 정보를 보내드리길 원하시면 하나를 선택하세요.

- 점자 큰글자 오디오 CD 데이터 CD

위에 나열된 것 외에 편리한 형식의 정보가 필요한 경우 Astiva Health 에 1-866-688-9021 번호로 연락하세요. 운영 시간은 10 월 1 일~3 월 31 일 월요일~일요일 오전 8 시~오후 8 시, 4 월 1 일~9 월 30 일 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시입니다. TTY 사용자는 711 로 전화할 수 있습니다..

직업이 있으십니까? 예 아니오

귀하의 배우자는 직업이 있으십니까? 예 아니오

다음 자료를 이메일로 받고 싶습니다. 하나 또는 그 이상을 선택하세요.

- 보장 증명서 처방약 목록 약국 명부 의료진 명부



문자 메시지 및 이메일 수신 동의:

휴대폰 번호: (____)____-_____

내 번호를 제공함으로써, 나는 Astiva Health 가 건강 혜택, 서비스 또는 기타 목적을 위해 자동화된 문자 메시지 및/또는 기타 문자 메시지를 수신하는 데 동의합니다. 이러한 동의는 어떠한 서비스도 받는 조건이 아니며, 나는 Astiva Health 에 전화하거나 메시지에 stop 을 답장하여 언제든지 옵트아웃할 수 있습니다.

이메일: _____

이메일 주소를 제공함으로써, 저는 Astiva Health 의 커뮤니케이션과 자료를 우편이 아닌 전자적으로 받는 데 동의합니다. 여기에는 Part C 및 Part D 혜택 설명(EOB), 연간 변경 통지(ANOC) 및 기타 자료와 같은 문서가 포함된다는 것을 이해합니다. 저는 언제든지 Astiva Health 에 전화하여 우편으로 다시 변경할 수 있습니다.

귀하의 주치의 정보:

주치의 이름:	주치의 성:	주치의 중간 이니셜
IPA/메디칼 그룹:		
주치의 ID#	기존 환자 입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
비상 연락처:	관계:	전화번호:

이 양식을 작성하는 데 등록자를 도움을 준 개인분에게만 해당

등록자가 이 양식을 작성하는 데 도움을 주는 경우에 아래에 작성하십시오.
(예: 에이전트, 브로커, SHIP 상담사, 가족 구성원 또는 기타 제삼자).

이름:	가입지와 관계:
서명:	에이전/브로커 NPN #:

가입 기간에 대한 자격 확인서

월 보험료가 \$0 인 Astiva Health Plan 001, 010 및 007, 011, 012 에 가입하는 경우:

귀하가 등록 지연 벌금을 납부해야 한다고 결정하는 경우(또는 현재 등록 지연 벌금이 있는 경우), 귀하가 이를 어떻게 납부하기를 원하는지 알려주셔야 합니다. 우편으로 납부할 수 있습니다. 매달 귀하의 소셜 시큐리티 또는 철도연금청(RRB) 수혜금에서 자동 공제를 통해 보험료를 납부하는 방법을 선택할 수도 있습니다. 귀하가 파트 D 소득 관련 월 조정액(Part D-IRMAA)이 부과되면 소셜 시큐리티에서 통보를 받게 됩니다. 이 추가 금액은 귀하의 보험료 외에 별도로 납부해야 합니다. 해당 금액은 소셜 시큐리티 수혜금에서 공제되거나, 메디케어 또는 철도연금청(RRB)에서 직접 청구서를 받게 됩니다. 파트 D-IRMAA 금액을 Astiva Health 에 납부하지 마십시오.

Astiva Health C-SNP WOW 008 또는 Astiva Health C-SNP WOW 013 에 월 보험료가 있는 보험 에 가입하는 경우: 현재 있거나 부과될 수 있는 등록 지연 벌금을 포함한 월간 보험료를 우편으로 납부할 수 있습니다. 또한, 매달 소셜 시큐리티 연금 또는 철도연금청(RRB) 수혜금에서 자동 공제를 통해 보험료를 납부하는 방법을 선택할 수도 있습니다.

귀하가 파트 D 소득 관련 월 조정액(Part D-IRMAA)이 부과되면 소셜 시큐리티에서 통보를 받게 됩니다. 이 추가 금액은 귀하의 보험료 외에 별도로 납부해야 합니다. 해당 금액은 소셜 시큐리티 수혜금에서 공제되거나, 메디케어 또는 철도연금청(RRB)에서 직접 청구서를 받게 됩니다. 파트 D-IRMAA 금액을 Astiva Health 에 납부하지 마십시오.

지불 방법을 선택하지 않으면 매달 청구서를 받게 됩니다.

보험료 지불 방법을 선택해 주십시오:

매달 소셜 시큐리티연금 또는 철도연금청(RRB)에서 자동 공제

- 청구서를 보내 주세요
 소셜 시큐리티연금 또는 철도연금청(RRB)에서 자동 공제

수혜금 (시큐리티 또는 철도연금청(RRB)에서의 공제는 시큐리티 또는 RRB 가 공제를 승인한 후 두달 또는 두 달 이상 걸릴 수 있습니다. 대부분의 경우, 사회보장 또는 RRB 가 자동 공제 요청을 승인하면, 사회보장 또는 RRB 수혜금에서의 첫 공제는 귀하의 가입 유효일로부터 공제가 시작되는 시점까지의 모든 보험료가 포함됩니다. 만약 사회보장 또는 RRB 가 자동 공제 요청을 승인하지 않으면, 귀하의 월 보험료에 대한 종이 청구서를 보내드립니다

* For Office Use Only

에이전트/브로커:		NPN 번호:	
에이전시:		보장 발효일:	
ICEP/IEP:	AEP:	SEP (type):	자격없음:

가입 기간에 대한 자격 확인서

일반적으로, Medicare Advantage 보험에 가입할 수 있는 기간은 매년 10 월 15일부터 12 월 7 일까지의 연례 가입 기간에 한정됩니다. 이 기간 외에도 가입할 수 있는 예외가 있을 수 있습니다.

다음 문장을 주의 깊게 읽고, 해당 문장이 귀하에게 적용되면 상자를 표시 하십시오. 다음 상자 중 하나라도 체크함으로써 귀하는 귀하의 지식에 비추어 가입 기간에 대한 자격이 있음을 증명하는 것입니다. 나중에 이 정보가 부정확하다고 판단될 경우, 귀하는보험 플랜에서탈퇴할 수 있습니다.

<input type="checkbox"/> 저는 본인은 Medicare 에 새로가입했습니다.	
<input type="checkbox"/> 저는 본인은 Medicare Advantage 보험에 가입되어 있으며 Medicare Advantage 오픈 가입 기간동안 변경하고 싶습니다 (MA OEP).	
<input type="checkbox"/> 저는 최근에 현재 보험의 서비스 지역 외로 이사했거나 최근에 이사해서저에게는 이 보험 플랜이새로운 옵션입니다. 저는 (날짜 삽입) 이사했습니다 또는 이사할 것입니다	월 일 년
<input type="checkbox"/> 저는최근에 수감에서 풀려났습니다. 저는 (날짜 삽입)에 풀려났거나 풀려날 것입니다	월 일 년
<input type="checkbox"/> 저는 미국 밖에서 영구적으로 살다가 최근에 미국으로 돌아왔습니다. 저는 (날짜 삽입)에 미국으로 다시 이사했습니다 또는 이사할 것입니다	월 일 년
<input type="checkbox"/> 저는 최근에 미국에서 합법적인 거주 상태를 취득했습니다. 저는 (날짜 삽입)에 이 상태를 얻었습니다 또는 얻을 것입니다	월 일 년
<input type="checkbox"/> 저는 최근에 Medicaid 에 변화가 있었습니다 (새로 Medicaid 를 받았거나, Medicaid 지원 수준에 변화가 있거나, Medicaid 를 잃었습니다). 이 변화는 (날짜 삽입)에 발생했습니다	월 일 년
<input type="checkbox"/> 저는 최근에 Medicare 처방약 보장을 위한 Extra Help 에 변화가 있었습니다 (새로 Extra Help 를 받았거나, Extra Help 수준에 변화가 있거나, Extra Help 를 잃었습니다). 이 변화는 (날짜 삽입)에 발생했습니다	월 일 년
<input type="checkbox"/> 저는 Medicare 와 Medicaid 둘 다 가지고 있습니다 (또는 제 주에서 제 Medicare 보험료를 지불하는 데 도움을 줍니다), 또는 Medicare 처방약 보장을 위한 Extra Help 를 받고 있지만 변화는 없습니다.	
<input type="checkbox"/> 저는 주 약제 지원 프로그램(State Pharmaceutical Assistance Program)에 참여하고 있거나, 주 약제 지원 프로그램에서 도움을 잃고 있습니다	
<input type="checkbox"/> 저는 최근에 장기 요양 시설(예: 요양원이나 재활 병원)에서 퇴소했습니다. 저는 (날짜 삽입)에 이사했습니다	월 일 년
<input type="checkbox"/> 저는 장기 요양 시설(예: 요양원이나 재활 병원)에서 살고 있습니다.	

가입 기간에 대한 자격 확인서

<input type="checkbox"/> 저는 Medicare 에 새로 가입했으며, 제 A 및/또는 B 파트 보장이 시작된 후 메디케어를 받게 된다는 통지를 받았습니다. 저는 (날짜 삽입)에 Medicare 를 받게 된다는 통지를 받았습니다.	월 일 년
<input type="checkbox"/> 저는 지금까지메디케어를 가지고 있었지만, 이제 65 세가 됩니다.	
<input type="checkbox"/> 저는 고용주 또는 노동조합(코브라(COBRA) 보험 포함)의 보험을 탈퇴했습니다. 저는 (날짜 삽입)에 탈퇴했습니다 또는 탈퇴할 것입니다	월 일 년
<input type="checkbox"/> 저는메디케어 처방약 보장과 동등한 다른 비-메디케어 처방약 보장을 잃었거나 (신뢰할 수 있는 보장), 다른 비-메디케어 처방약 보장이 변경되어 더 이상 신뢰할 수 있는 것으로 간주되지 않습니다. 이는 (날짜 삽입)에 발생했습니다	월 일 년
<input type="checkbox"/> 저는 이미 병원 보험(파트 A)을 가지고 있으며 최근에 의료 보험(파트 B)에 가입했습니다. 저는 Medicare Advantage 플랜에 가입하고 싶습니다.	
<input type="checkbox"/> 저는더 이상 해당 플랜에 필요한 조건이 없기 때문에 Special Needs Plan 을 잃었습니다. 이 일은 (날짜 삽입)에 발생했습니다	월 일 년
<input type="checkbox"/> 만성 질환에 맞춰 혜택을 제공하는 Special Needs Plan 에 가입하고 싶습니다.	
<input type="checkbox"/> 메디케어가 제 플랜과의 계약을 종료했기 때문에 보장 범위를 잃었습니다. 메디케어에서 다른 플랜에 가입할 수 있다는 편지를 받았습니다. 제 플랜은 (날짜 입력)에 종료되었거나 종료됩니다	월 일 년
<input type="checkbox"/> 플랜이 본인이 사는 지역을 더 이상 보장하지 않기 때문에 보장 범위를 잃었거나 메디케어와의 계약이 종료되었습니다.	
<input type="checkbox"/> 저는최근 Program of All-Inclusive Care for the Elderly/ PACE (노인을 위한 포괄적 케어 프로그램)를 떠났습니다. 저는 (날짜 삽입)에 해지했습니다	월 일 년
<input type="checkbox"/> 저는 Medicare(또는 주)에서 플랜에 가입되었으며, 다른보험을 선택하고 싶습니다. 그 보험플랜은 (날짜 삽입)에 시작되었습니다	월 일 년
<input type="checkbox"/> 지난 12 개월 동안, 본인은 65 세가 되었을 때 처방약 보장이 포함된 Medicare Advantage 보험에 가입했습니다.	
<input type="checkbox"/> 저는 5 별점 메디케어보험에 등록하고 있습니다.	
<input type="checkbox"/> 저는지난 3 년 동안 별점이 3 개 미만인보험에 가입되어 있습니다. 별점이 3 개 이상인보험에 가입하고 싶습니다.	
<input type="checkbox"/> 저는최근 재정 문제로 주에서 인수한 플랜에 가입되어 있습니다. 다른보험으로 변경하고 싶습니다.	

가입 기간에 대한 자격 확인서

일반적으로, Medicare Advantage 보험에 가입할 수 있는 기간은 매년 10 월 15일부터 12 월 7 일까지의 연례 가입 기간에 한정됩니다. 이 기간 외에도 가입할 수 있는 예외가 있을 수 있습니다.

다음 문장을 주의 깊게 읽고, 해당 문장이 귀하에게 적용되면 상자를 표시 하십시오. 다음 상자 중 하나라도 체크함으로써 귀하는 귀하의 지식에 비추어 가입 기간에 대한 자격이 있음을 증명하는 것입니다. 나중에 이 정보가 부정확하다고 판단될 경우, 귀하는보험 플랜에서탈퇴할 수 있습니다.

<input type="checkbox"/> 저는 본인은 Medicare 에 새로가입했습니다.	
<input type="checkbox"/> 저는 본인은 Medicare Advantage 보험에 가입되어 있으며 Medicare Advantage 오픈 가입 기간동안 변경하고 싶습니다 (MA OEP).	
<input type="checkbox"/> 저는 최근에 현재 보험의 서비스 지역 외로 이사했거나 최근에 이사해서저에게는 이 보험 플랜이새로운 옵션입니다. 저는 (날짜 삽입) 이사했습니다 또는 이사할 것입니다	월 일 년
<input type="checkbox"/> 저는최근에 수감에서 풀려났습니다. 저는 (날짜 삽입)에 풀려났거나 풀려날 것입니다	월 일 년
<input type="checkbox"/> 저는 미국 밖에서 영구적으로 살다가 최근에 미국으로 돌아왔습니다. 저는 (날짜 삽입)에 미국으로 다시 이사했습니다 또는 이사할 것입니다	월 일 년
<input type="checkbox"/> 저는 최근에 미국에서 합법적인 거주 상태를 취득했습니다. 저는 (날짜 삽입)에 이 상태를 얻었습니다 또는 얻을 것입니다	월 일 년
<input type="checkbox"/> 저는 최근에 Medicaid 에 변화가 있었습니다 (새로 Medicaid 를 받았거나, Medicaid 지원 수준에 변화가 있거나, Medicaid 를 잃었습니다). 이 변화는 (날짜 삽입)에 발생했습니다	월 일 년
<input type="checkbox"/> 저는 최근에 Medicare 처방약 보장을 위한 Extra Help 에 변화가 있었습니다 (새로 Extra Help 를 받았거나, Extra Help 수준에 변화가 있거나, Extra Help 를 잃었습니다). 이 변화는 (날짜 삽입)에 발생했습니다	월 일 년
<input type="checkbox"/> 저는 Medicare 와 Medicaid 둘 다 가지고 있습니다 (또는 제 주에서 제 Medicare 보험료를 지불하는 데 도움을 줍니다), 또는 Medicare 처방약 보장을 위한 Extra Help 를 받고 있지만 변화는 없습니다.	
<input type="checkbox"/> 저는 주 약제 지원 프로그램(State Pharmaceutical Assistance Program)에 참여하고 있거나, 주 약제 지원 프로그램에서 도움을 잃고 있습니다	
<input type="checkbox"/> 저는 최근에 장기 요양 시설(예: 요양원이나 재활 병원)에서 퇴소했습니다. 저는 (날짜 삽입)에 이사했습니다	월 일 년
<input type="checkbox"/> 저는 장기 요양 시설(예: 요양원이나 재활 병원)에서 살고 있습니다.	