

Sección 1 – Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)

Selecciona el plan al que deseas unirte:

☐ Community DualCare Access – \$0 por mes ☐ Community DualCare Aligned – \$0 por mes

Nombre: Apellido: Inicial del segundo nombre:

Fecha de nacimiento:

(MM/DD/AAAA)

(/ /)

Sexo:

☐ Masculino ☐ Femenino

Número de teléfono:

()

Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal. Nota: para las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente):

Ciudad:

Condado:

Estado:

Código postal:

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permiten apartados postales):

Dirección de la calle:

Ciudad:

Condado:

Estado:

Código postal:

Su información de Medicare:

Número de Medicare:

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Community?

☐ Sí ☐ No

Nombre de otra cobertura:

Número de miembro para esta cobertura:

Número de grupo para esta cobertura:

¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, proporcione su número de Medicaid:

Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si le corresponde. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, según su leal saber y entender, cumple los requisitos para un Período de Inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, podríamos cancelar su inscripción.

☐ Soy nuevo en Medicare.

☐ Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).

☐ Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y tengo nuevas opciones disponibles. Me mudé el (insertar fecha) _____.

Recientemente fui liberado de prisión. Fui liberado el (insertar fecha) _____.

☐ Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera del país.

Regresé a los Estados Unidos el (insertar fecha) _____.

Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el (insertar fecha) _____.

☐ Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recién obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (insertar fecha) _____.

☐ Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recién recibí Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (insertar fecha) _____.

Tengo Medicare y recibo todos los beneficios de Medicaid. Quiero inscribirme o cambiarme a un plan que coordine la cobertura entre mis planes de atención administrada de Medicare y Medicaid (llamado Plan Integrado de Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad [D-SNP]).

☐ Recientemente dejé un programa PACE el (insertar fecha) _____.

☐ Me estoy mudando, vivo en o me mudé recientemente de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un

Residencia de ancianos o centro de cuidados a largo plazo. Me mudé/me mudaré a/de la residencia el (insertar fecha)

_____.

☐ Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura válida de medicamentos recetados (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura el (insertar fecha)

_____.

☐ Dejaré la cobertura del empleador o sindicato el (insertar fecha)_____.

☐ Estoy en un Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal calificado o estoy perdiendo la ayuda de un Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal.

☐ Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.

☐ Me inscribí en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir otro. Mi inscripción en ese plan comenzó el (insertar fecha) _____.

☐ Estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (SNP), pero perdí la calificación de necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Me dieron de baja del SNP el (insertar fecha) _____.

☐ Me vi afectado por una emergencia o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local. Una de las otras declaraciones aquí se aplicó a mí, pero no pude realizar mi inscripción debido al desastre.

☐ Califico para un Período de Elección Especial porque _____.

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como la cobertura médica (Parte B) para permanecer en Community DualCare Aligned (HMO DSNP) o Community DualCare Access (HMO D-SNP).
- Al inscribirme en Medicare Advantage, acepto que Community Health Choice compartirá mi información con Medicare, quien podrá usarla para dar seguimiento a mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Responder a este formulario es voluntario. Sin embargo, no responder podría afectar su inscripción en el plan.

- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- Entiendo que, al comenzar mi cobertura de Community DualCare Aligned (HMO D-SNP) o Community DualCare Access (HMO D-SNP), debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Community Health Choice. Los beneficios y servicios proporcionados por Community DualCare Aligned (HMO D-SNP) o Community DualCare Access (HMO D-SNP) y contenidos en mi documento "Evidencia de Cobertura" (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Community Health Choice pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información de este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono información falsa intencionalmente, se me cancelará la afiliación al plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendido su contenido. Si la firma un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción y
 - 2) La documentación de esta autorización está disponible a solicitud de Medicare.

Firma:	Fecha de hoy:
Nombre:	DIRECCIÓN:
Número de teléfono:	Relación con el inscrito:

Solo para personas que ayuden al inscrito a completar este formulario

Complete esta sección si usted es una persona (es decir, agentes, corredores, consejeros del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud [SHIP], familiares u otros terceros) que ayuda a una persona inscrita a completar este formulario..

Nombre:

Relación con la persona inscrita:

Firma:

NPN del corredor (solo agentes/corredores):

Solo para uso del plan**Nombre del miembro del personal/agente/corredor (si ayudó con la inscripción):**

Broker NPN:_____ N.º de Id. del plan #:_____ Eff. Date of Coverage:_____

ICEP/IEP:_____ AEP:_____ SEP (tipo):_____ No elegible:_____