

Anexo 1: MODELO DE FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN

¿Quién puede utilizar este formulario?

Personas con Medicare que desean unirse a un plan de Medicare Plan Advantage.

Para unirse a un plan, usted debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los Estados Unidos.
- Vivir en el área de servicio del plan.

Importante: Para unirse a un plan Medicare Advantage, también debe tener:

- Medicare Parte A (Seguro Hospitalario)
- Medicare Part B (Seguro Médico)

Cuándo utilizo este formulario?

Puede unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de Diciembre de cada año (por cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de haber obtenido por primera vez Medicare
- En determinadas situaciones en las que se le permite únese o cambia de plan

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan. Medicare.gov to learn more about when you can sign up for a plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que aparece en su Tarjeta de Medicare roja, blanca y azul)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota: Debe completar todos los elementos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales: no se le puede negar la cobertura por no completarlos.

Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (15 de Octubre 7 de Diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puedes optar por inscribirte para que tus pagos de prima se deduzcan de tu cuenta bancaria o de tu beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación de Ferrocarriles).

¿Qué es lo siguiente?

Envíe su formulario completo y firmado a: Community Advantage Plus (HMO D-SNP)
512 W. Aten Rd.
Imperial, CA 92251

Una vez que procesen tu solicitud para unirse, te contactarán.

Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Community Advantage Plus al 760-377-8768. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

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

En español: Llame a Community Advantage Plus al 760-377-8768/TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas que experimentan la falta de vivienda

- If you want to join a plan but have no permanent residence, a Post Office Box, an address of a shelter or clinic, or the address where you receive mail (e.g., social security checks) may be considered your permanent residence address.

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a un formulario de recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para este formulario es 0938-1378. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar en los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar el formulario. Si tiene algún comentario sobre la precisión de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún documento que contenga su información personal (como reclamaciones, pagos, historiales médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA. Cualquier documento que recibamos que no se refiera a cómo mejorar este formulario o a su carga de recopilación (descrito en la OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

Seleccione el plan al que desea unirse:			
☐ Community Advantage Plus (HMO D-SNP) – \$0 por mes			
Nombre:		Apellido: [Opcional: Inicial del segundo nombre]:	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (____/____/____)		Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer 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:		[Opcional: Condado]: Estado: Código postal:	
Ciudad: Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permiten apartados postales):			
Dirección de la calle: Estado:		Ciudad: 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 Advantage Plus? ☐ Sí ☐ No			
Sí No Nombre de la otra cobertura: Número de miembro para esta cobertura: Número de grupo para esta cobertura _____]			
¿Tiene cobertura de Medi-Cal? ☐ Sí ☐ No			
IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:			
• Debo mantener tanto la cobertura de Hospital (Parte A) como la cobertura médica (Parte B) para permanecer en Community Advantage Plus. • Al unirme a este Medicare Advantage, reconozco que Community Advantage Plus compartirá mi información con Medicare, que puede usarlo para rastrear 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). Su respuesta a este formulario es voluntario. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan. • Entiendo que solo puedo inscribirme en un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan se cancelará automáticamente. finalizar mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA). • Entiendo que cuando comience mi cobertura de Community Advantage Plus, debo obtener todos mis medicamentos y recetas Beneficios de medicamentos de Community Advantage Plus. Beneficios y servicios proporcionados por Community Advantage Plus y contenido en mi documento de “Evidencia de cobertura” de Community Advantage Plus (también conocido como contrato de miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Community Advantage Plus pagarán los beneficios o servicios que no están cubiertos. • La información en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si intencionalmente Si proporciono información falsa en este formulario, seré dado de baja del plan. • Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en este La solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si está firmada por una persona autorizada representante (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:	
Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:			
Nombre:		DIRECCIÓN:	
Número de teléfono:		Parentesco con el inscrito:	

Sección 2 – Todos los campos de esta sección son opcionales

Responder estas preguntas es su decisión. No se le puede negar la cobertura por no responderlas.

Seleccione una si desea que le enviemos información en un idioma distinto al Inglés:

- ☐ Español ☐ Vietnamita ☐ Tagalo
☐ Farsi ☐ Arabe ☐ Chino

Seleccione una si desea que le enviemos información en un formato accesible.

- ☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos

Comuníquese con Community Advantage Plus al 760-377-8768 si necesita información en un formato accesible. formato distinto al indicado anteriormente. Nuestro horario de atención es de 24 horas, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY pueden Llamar al 711.

¿Trabajas? ☐ Sí ☐ No ¿Tu cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No

Enumere su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

Deseo recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione uno o más.

- ☐ Manual del miembro ☐ Resumen de beneficios ☐ Aviso anual de cambios ☐ Cartas, directorios

Dirección de correo electrónico:

Pagar las primas de su plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga o pueda adeudar) por correo cada mes. **También puede optar por que se deduzca automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (JRR) cada mes.**

Si tiene que pagar un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), debe pagar este monto adicional además de la prima de su plan.

NO pague a Community Advantage Plus la Parte D-IRMAA.

Solo para personas que ayudan al inscrito a completar este formulario

Complete esta sección si usted es una persona (es decir, agentes, corredores, asesores de SHIP, familiares u otros terceros) que ayuda a un inscrito a completar este formulario.

Nombre: _____

Parentesco con el inscrito: _____

Firma: _____

Número de productor nacional (solo agentes/corredores): _____

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para dar seguimiento a la inscripción de beneficiarios en los Planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención médica y para el pago de los beneficios de Medicare. La Sección 1851 de la Ley del Seguro Social y el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), §§ 422.50 y 422.60, autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicamentos con Receta de Medicare Advantage (MARx)", número de sistema 09-70-0588. Responder a este formulario es voluntario. Sin embargo, no responder podría afectar su inscripción en el plan.