

## CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan فرم نام‌نویسی انفرادی

### یادآوری:

- اگر مایل به عضویت در برنامه ای طی زمان ثبت نام مجاز در پاییز (15 اکتبر تا 7 دسامبر) هستید، برنامه باید فرم تکمیل شده شما را تا 7 دسامبر دریافت کند.

### چه اتفاقی خواهد افتاد؟

فرم تکمیل و امضا شده را به آدرس زیر ارسال نمایید:

CalOptima Health OneCare  
505 City Parkway West, Orange, CA 92868

پس از پردازش درخواست عضویت شما، با شما تماس خواهند گرفت.

### چگونه میتوانم برای تکمیل فرم درخواست کمک کنم؟

با CalOptima Health OneCare به شماره رایگان  
1-877-412-2734 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با  
شماره 711 تماس بگیرند.

یا با Medicare توسط شماره تلفن  
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.  
کاربران TTY می‌توانند با 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

**En español: Llame a OneCare al 1-877-412-2734.**  
TTY al 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.

### افرادی که بی‌خانمانی را تجربه می‌کنند

- اگر می‌خواهید به یک طرح ملحق شوید اما اقامت دائم ندارید، ممکن است یک صندوق پستی، آدرس یک سرپناه یا کلینیک، یا آدرسی که نامه‌های خود را دریافت می‌کنید (به عنوان مثال، چک تأمین اجتماعی) به عنوان آدرس اقامت دائم شما در نظر گرفته شود.

### چه کسی می‌تواند از این فرم استفاده کند؟

افراد دارای Medicare که می‌خواهند به یک طرح Medicare Advantage بپیوندند

### برای عضویت در برنامه شما باید از شرایط زیر برخوردار باشید:

- شهروند قانونی ایالات متحده بوده یا بطور قانونی در آمریکا حضور داشته باشید.
- در منطقه خدماتی برنامه اقامت داشته باشید

**مهم:** برای عضویت در برنامه Medicare Advantage Plan، شما باید هر دو موارد زیر را داشته باشید:

- Medicare Part A (بیمه بیمارستان)
- Medicare Part B (بیمه درمانی)

### چه زمانی باید از این فرم استفاده کنید؟

شما می‌توانید در دوره‌های زمانی زیر عضو برنامه شوید:

- بین 15 اکتبر تا 7 دسامبر هر سال (برای شروع پوشش در اول ژانویه)
- در عرض سه ماه اول از دریافت Medicare
- در برخی از موارد که به شما اجازه داده میشود برنامه خود را تغییر دهید.

برای آگاهی بیشتر در مورد زمان عضویت در برنامه، به وبسایت Medicare.gov مراجعه نمایید.

### برای تکمیل این فرم به چه چیز نیاز دارم؟

- شماره Medicare (شماره ای که بر روی کارت Medicare قرمز، آبی و سفید شما است)
- نشانی دائمی و شماره تلفن شما

**توجه:** باید همه موارد در قسمت 1 را تکمیل نمایید. ارائه اطلاعات درخواست شده در قسمت 2 اختیاری هستند-- به دلیل پر نکردن این قسمت ما نمیتوانیم پوشش شما را رد کنیم.

بر اساس قانون کم کردن بوروکراسی 1995، پاسخ دادن در درخواست جمع آوری اطلاعات توسط هیچ شخصی الزامی نیست، مگر آنکه دارای شماره کنترل معتبر OMB باشد. شماره کنترل معتبر برای این مجموعه اطلاعات 0938-1378 است. زمان لازم برای تکمیل این اطلاعات به طور متوسط 20 دقیقه در هر پاسخ، شامل زمان بررسی دستورالعمل‌ها، جستجوی منابع داده‌های موجود، جمع آوری داده‌های مورد نیاز و تکمیل و بررسی مجموعه اطلاعات برآورده شده است. اگر نظری در مورد صحت تخمین زمان یا پیشنهادی برای بهبود این فرم دارید، لطفاً به آدرس زیر بطور کتبی اطلاع دهید: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

#### مهم

لطفاً این فرم و اطلاعات شخصی خود (مانند ادعاها، پرداختها و پرونده پزشکی) را به PRA Reports Clearance Office ارسال نکنید. هر مدرک ارسالی که در مورد چگونگی بهبود این فرم یا بار مجموعه آن (که در OMB 0938-1378 ذکر شده) نباشد، از بین خواهد رفت. ما مدارک را نگه داری، بررسی و یا به برنامه ارسال نمی‌کنیم. برای آگاهی از آدرس محل ارسال این فرم به بخش "مرحله بعد چیست؟" مراجعه کنید.

**بخش ۱ - تمام اطلاعات مورد نیاز در این صفحه ضروری هستند ( مگر انتخابی علامت گذاری شده باشند)**

**برنامه ای که مایل به عضویت در آن هستید را انتخاب کنید:**  
CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP) \$0- در ماه  
CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP) \$0- در ماه

نام: نام خانوادگی: [اختیاری: حرف اول اسم وسط]:

شماره تلفن:

جنسیت:  
 مرد  زن

تاریخ تولد: (سال/روز/ماه)  
(\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

آدرس محل اقامت دائمی ( لطفاً آدرس صندوق پستی ننویسید. توجه داشته باشید: برای افرادی که بی خانمانی را تجربه می کنند، ممکن است یک صندوق پستی آدرس محل اقامت دائم شما در نظر گرفته شود.):

کد پستی:

ایالت:

[اختیاری: کانتی]:

شهر:

آدرس پستی اگر با محل سکونت دائمی متفاوت است (صندوق پستی قابل قبول است):

کد پستی:

ایالت:

شهر:

خیابان:

**اطلاعات Medicare شما:**

شماره Medicare: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**لطفاً به پرسشهای مهم زیر پاسخ دهید:**

آیا به علاوه بر CalOptima Health OneCare پوشش داروهای نسخه دار دیگری (مانند VA یا TRICARE) خواهید داشت؟  
 بله  خیر

شماره گروه در بیمه:

شماره عضویت این بیمه:

نام بیمه درمانی دیگر:

آیا شما در برنامه Medicaid (Medi-Cal) نام نویسی کرده اید؟  بله  خیر  
اگر پاسخ شما "بله" است لطفاً شماره 9 رقمی Medicaid (Client Index Number (CIN)) خود را ارائه نمایید:

## مهم: لطفا بخوانید و امضا کنید

- به منظور ادامه عضویت در CalOptima Health OneCare من باید هر دو قسمت برنامه ، بیمارستان (Part A) و درمان (Part B) را داشته باشم.
- با پیوستن به این Medicare Advantage، تصدیق می‌کنم که CalOptima Health OneCare اطلاعات من را با Medicare به اشتراک می‌گذارد، که ممکن است از آن برای پیگیری ثبت‌نام، پرداخت‌ها و سایر مقاصد مجاز توسط قانون فدرال که اجازه جمع‌آوری این اطلاعات را می‌دهد استفاده کند (به بیانیه قانون حفظ حریم خصوصی در پایین مراجعه کنید). پاسخگویی به این فرم اختیاری است. اما، عدم پاسخگویی ممکن است بر ثبت نام شما در برنامه تاثیر گذار باشد.
- من درک می‌کنم که می‌توانم در هر زمان فقط در یک طرح MA ثبت نام کنم - و ثبت نام در این طرح به طور خودکار ثبت نام من در برنامه MA دیگر را پایان می‌دهد (استثناهایی برای برنامه های MA PFFS و MA MSA اعمال می‌شود).
- من آگاه هستم که زمانی که پوشش من در CalOptima Health OneCare شروع میشود، من باید همه مزایای درمانی و داروهای نسخه دار را از CalOptima Health OneCare دریافت کنم. مزایا و خدمات ارائه شده است توسط CalOptima Health OneCare و موجود در مدارک «شواهد پوشش» CalOptima Health OneCare من (که با نام قرارداد عضویت یا قرارداد مشترکین شناخته میشود) همه تحت پوشش قرار میگیرند. CalOptima Health و Medicare OneCare هزینه مزایا و خدماتی را که تحت پوشش نمیباشند را پرداخت نخواهند کرد.
- اطلاعات ارائه شده در این فرم تا آنجا که من آگاه هستم صحیح میباشد. من میدانم که اگر به عمد اطلاعات غلط در این فرم ارائه کنم، عضویت من در برنامه کنسل میشود.
- من آگاه هستم که امضا من (یا امضا نماینده قانونی من) بر روی این سند به این معنی است که من محتویات آن را مطالعه نموده و کاملاً درک کرده ام. اگر توسط نماینده قانونی (بطوری که در بالا اشاره شده) امضا شده، این امضا گواهی میدهد که:

1. این شخص بر اساس قانون ایالت مجاز به انجام این نام‌نویسی است و
2. اسناد مربوط به این نمایندگی در صورت درخواست Medicare، در دسترس میباشد.

<b>امضا:</b>	<b>تاریخ امروز:</b>
اگر شما نماینده قانونی عضو میباشد، در بالا امضا کنید و قسمت زیر را تکمیل نمایید:	
<b>نام:</b>	آدرس:
<b>شماره تلفن:</b>	نسبت با عضو:

## بخش 2 - تمام اطلاعات مورد نیاز در این صفحه انتخابی هستند

### پاسخگویی به این پرسشها اختیاری میباشد. اگر به پرسشها پاسخ ندهید ما نمیتوانیم پوشش شما را رد کنیم.

آیا اسپانیایی تبار، لاتین تبار یا اسپانیایی الاصل هستید؟ همه مواردی که شامل شما می‌شود را انتخاب کنید.

- نه، اسپانیایی، لاتین یا اسپانیایی تبار نیستم
- بله، اهل پورتو ریکو
- بله، یکی دیگر از نژادهای اسپانیایی، لاتین/آیا اسپانیایی
- بله، مکزیکی، آمریکایی مکزیکی، چیکانو بله،
- بله، کوبایی
- من انتخاب می‌کنم که جواب ندهم.**

نژاد شما چیست؟ همه مواردی که شامل شما می‌شود را انتخاب کنید.

- سرخپوست آمریکایی یا سیاهپوست بومی
- آسیای شرقی:
- آلاسکا
- هندی آسیایی
- چینی
- فیلیپینی
- ژاپنی
- کره ای
- ویتنامی
- آسیایی دیگر
- سیاه پوست یا آفریقایی آمریکایی
- بومی هاوایی یا سایر ساکنان جزایر
- اقیانوس آرام:
- گوامانی یا چامورو
- بومی هاوایی
- ساموآ
- سایر ساکنان جزیره اقیانوس آرام
- سفیدپوست
- من انتخاب می‌کنم که جواب ندهم.**

<p>هویت جنسی شما چیست؟ یکی را انتخاب کن.</p> <p>زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> بدون جنسیت <input type="checkbox"/> من از یک اصطلاح متفاوت استفاده می کنم: _____</p> <p><b>من انتخاب می کنم که جواب ندهم</b></p>
<p>کدام یک از موارد زیر به خوبی بیانگر طرز فکر شما نسبت به خودتان است؟ یکی را انتخاب کن.</p> <p>لزبین یا گی <input type="checkbox"/> من از یک اصطلاح متفاوت استفاده می کنم: _____</p> <p>استریت یا تمایل به جنس مخالف، یعنی گی یا لزبین نیست <input type="checkbox"/> من نمی دانم <input type="checkbox"/></p> <p>دوجنسیتی <input type="checkbox"/> <b>من انتخاب می کنم که جواب ندهم.</b></p>
<p>اگر می خواهید اطلاعات شما را به زبانی غیر از انگلیسی به شما بفرستیم، یکی را انتخاب کنید.</p> <p>اسپانیایی <input type="checkbox"/> ویتنامی <input type="checkbox"/> فارسی <input type="checkbox"/> عربی <input type="checkbox"/> چینی <input type="checkbox"/> گره ای <input type="checkbox"/></p>
<p>می خواهید اطلاعات شما را در یک قالب قابل دسترس برای شما بفرستیم، یکی را انتخاب کنید.</p> <p>بریل <input type="checkbox"/> چاپ بزرگ <input type="checkbox"/> سی دی صوتی <input type="checkbox"/> سی دی داده ها <input type="checkbox"/></p> <p>اگر به اطلاعات به فرمهای قابل دسترس به غیر از آنچه در بالا ذکر شده نیاز دارید با CalOptima Health OneCare توسط شماره 1-877-412-2734 تماس بگیرید. ساعات اداری ما دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 5 بعد از ظهر است. کاربران TYY می توانند با شماره 711 تماس بگیرند.</p>
<p>آیا شاغل هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا همسر شما شاغل است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>
<p>نام ارائه دهنده مراقبتهای اولیه (PCP)، کلینیک یا درمانگاه خود را بنویسید:</p>

<p><b>فقط برای افرادی که به ثبت نام در تکمیل این فرم کمک می کنند</b>  <b>For individuals helping enrollee with completing this form only</b></p>
<p>Complete this section if you're an individual (i.e. agents, brokers, SHIP counselors, family members, or other third parties) helping an enrollee fill out this form.</p> <p>Name: _____ Relationship to enrollee: _____</p> <p>Signature: _____ National Producer Number (Agents/Brokers only): _____</p> <p><b>Effective Date of Coverage:</b> _____</p> <p><b>IEP: AEP: SEP: ICEP (type):</b> _____</p>

**بیانیه قانون حریم خصوصی**

مرکز خدمات Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) اطلاعاتی از برنامه مدیکر برای پیگیری ثبت نام ذینفع در Medicare Advantage (MA) یا Plans، بهبود برنامه مراقبتی و پرداخت هزینه مزایای مدیکر جمع آوری میکند. بخش 1851 و 1860D-1 قانون خدمات اجتماعی و CFR § 423.30 و 422.60 به ما اجازه جمع آوری این اطلاعات را میدهد. CMS ممکن است اطلاعات ثبت نام ذینفعان Medicare همانطور که در اعلامیه سیستم سوابق Medicare Advantage Prescription Drug (MARX) " (SORN) ، شماره سامانه 09-70-0588 آمده را افشا، مبادله یا استفاده کند. پاسخگویی به این فرم اختیاری است. اما، عدم پاسخگویی ممکن است بر ثبت نام شما در برنامه تاثیر گذار باشد.

Medicare Advantage (HMO D-SNP)، a Medicare Medi-Cal Plan CalOptima Health OneCare است، یک سازمان Medicare Advantage تحت قرارداد Medicare و Medi-Cal است. ثبت نام در برنامه CalOptima Health OneCare به تمدید قرار بستگی دارد. CalOptima Health OneCare از قوانین قابل اجرا حقوق مدنی فدرال پیروی کرده و براساس نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملی، سن، معلولیت یا جنسیت تبعیض قائل نمی شود. با بخش خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare با شماره رایگان 1-877-412-2734 (TTY 711) در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. به وسایط ما مراجعه کنید [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare)