

Kaiser Permanente Senior Advantage (HMO) 或
Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal Plan (HMO D-SNP)

入保表格

北加州或南加州地區個人計劃



您是否有考慮登錄 kp.org/enrollonline 線上申請入保？此申請方式快速、安全並且簡單。

您也可以洽詢會員服務聯絡中心工作人員，該等人士將幫助您透過電話申請入保，電話：
1-800-443-0815 (TTY 711)，服務時間為每週七天，每天早上8:00至晚上8:00。

如何填寫此表

1. 請回答所有問題並使用黑色或藍色墨水以正楷填寫您的答案。在相應的方框內填入X。
2. 在第6頁的表格上簽署姓名並註明日期。**請在簽署前確保您已閱讀所有頁面。**
3. 自留一份影印件。
4. 請將經簽署的申請表原件郵寄至：

Kaiser Permanente – Medicare Unit
P.O. Box 232400
San Diego, CA 92193-2400

後續步驟

- 我們將會審查您提交的表格，確保表格已完整填寫。之後，我們將寄信通知您我們已收到您的表格。
- 我們會通知Medicare，告知其您已經申請加入Senior Advantage。
- 在Medicare確認您符合資格要求後的10個日曆日內，我們將告知您保險的生效日期。接着，我們會寄給您一張Kaiser Permanente會員卡以及新會員資料。

Kaiser Permanente是與Medicare簽約的HMO保健計劃。Kaiser Permanente的投保情況取決於續保。您必須居住於您所入保的Kaiser Permanente Medicare保健計劃服務區內。

姓名

Kaiser Permanente醫療/健康記錄編號 (針對當前或前會員)

如您需要使用其他語言版本或可存取格式(盲文)的資訊,請與Kaiser Permanente聯絡。

如要入保Kaiser Permanente Senior Advantage,請提供下列資訊

請勾選您要入保的保健計劃(您必須居住在Kaiser Permanente服務區內):

南加州:

- Senior Advantage Medicare Medi-Cal Plan South (HMO D-SNP) —— 每月\$0
Special Needs Plan (SNP) —— 針對同時享有Medicare和州Medicaid福利之會員
- Senior Advantage Inland Empire Plan (HMO) —— 每月\$0
- Senior Advantage Kern County Plan - Basic (HMO) —— 每月\$0
- Senior Advantage Kern County Plan - Enhanced (HMO) —— 每月\$29
- Senior Advantage Los Angeles and Orange Counties Plan (HMO) —— 每月\$0
- Senior Advantage San Diego County Plan (HMO) —— 每月\$0
- Senior Advantage Ventura County Plan (HMO) —— 每月\$0

北加州:

- Senior Advantage Medicare Medi-Cal Plan North (HMO D-SNP) —— 每月\$0
Special Needs Plan (SNP) —— 針對同時享有Medicare和州Medicaid福利之會員
- Senior Advantage Alameda, Napa, and SF Counties Plan (HMO) —— 每月\$92
- Senior Advantage Contra Costa County Plan (HMO) —— 每月\$92
- Senior Advantage Greater Fresno Area Plan - Basic (HMO) —— 每月\$20
- Senior Advantage Greater Fresno Area Plan - Enhanced (HMO) —— 每月\$79
- Senior Advantage Greater Sac & Sonoma County Plan - Basic (HMO) —— 每月\$24
- Senior Advantage Greater Sac & Sonoma County Plan - Enhanced (HMO) —— 每月\$88
- Senior Advantage Marin and San Mateo Counties Plan (HMO) —— 每月\$99
- Senior Advantage San Joaquin County Plan - Basic (HMO) —— 每月\$18
- Senior Advantage San Joaquin County Plan - Enhanced (HMO) —— 每月\$79
- Senior Advantage Santa Clara County Plan (HMO) —— 每月\$79
- Senior Advantage Santa Cruz County Plan (HMO) —— 每月\$89
- Senior Advantage Solano County Plan (HMO) —— 每月\$98
- Senior Advantage Stanislaus County Plan - Basic (HMO) —— 每月\$20
- Senior Advantage Stanislaus County Plan - Enhanced (HMO) —— 每月\$79

Advantage Plus (可選補充福利套餐): 您是否想新增Advantage Plus至您的Kaiser Permanente Senior Advantage計劃? Advantage Plus套餐是可選的。每月額外支付\$20,您就可以獲得額外的更多福利(牙科、聽力、額外視力和健身承保)。Advantage Plus的月保費將計入您的Senior Advantage月保費。注意:該選項不包括在Medicare Medi-Cal計劃中。 是 否

Kaiser Permanente是與Medicare簽約的HMO保健計劃。Kaiser Permanente的投保情況取決於續保。本資訊並非完整的福利說明。請致電**1-800-443-0815 (TTY 711)**以取得更多資訊。



姓名

支付計劃保費

您可以每月透過郵件方式支付您的計劃月保費(包括任何已有或可能拖欠的遲延入保罰金)。您也可以選擇透過每月從社會安全局或鐵路退休委員會(RRB)發給您的福利金支票上自動扣繳您的保費。

如果您須繳納「D部分收入相關月調整金」，社會安全局會通知您。除您的計劃保費之外，您須負責支付這筆額外的費用。您可從社會安全局發給您的福利金支票上代扣這筆費用，也可直接支付給Medicare或RRB。不要將D部分IRMAA支付給Kaiser Permanente。

收入有限者可能有資格獲得處方藥費額外補助。如果您符合補助條件，Medicare可支付您藥費的75%或更多，包括處方藥月保費、年度免賠額和共保額。另外，符合補助條件者將不受保險中斷期的限制，也無須支付遲延入保罰金。許多人符合這些節省開支的條件，但是自己卻不知道。如欲獲取更多有關此項額外補助的資訊，請與您當地的社會安全辦公室聯絡，或撥打電話**1-800-772-1213**聯絡社會安全局。TTY用戶應撥打**1-800-325-0778**。您也可以造訪 www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp 線上申請額外補助。

如果符合獲得Medicare處方藥保險費用額外補助的條件，Medicare將為您支付保健計劃的全部或部分保費。如果Medicare只支付一部分保費，我們會向您收取Medicare不支付的部分費用。

如果您未選擇保費支付方式，則您每月會收到保費帳單。

請選擇保費支付方式：

收到保費帳單

收到第一份帳單後，您可以選擇其他的支付方式。

- 您可以選擇每月從您的銀行帳戶自動扣繳保費。如需電子轉帳(EFT)申請表，請撥打**1-888-236-4490 (TTY 711)**聯絡我們，服務時間為每週七天，每天早上8:00至晚上8:00。
- 如選擇透過信用卡支付，請瀏覽 kp.org/payonline 或撥打**1-888-236-4490 (TTY 711)**聯絡我們，服務時間為每週七天，每天早上8:00至晚上8:00。

每月從您的社會安全局或鐵路退休委員會(RRB)福利金支票上自動扣繳。

我從以下部門領取月福利金： 社會安全局 RRB

(要辦理社會安全局或RRB的扣繳手續，可能需要兩個月或更長的時間社會安全局或RRB才會批准扣繳。大多數情況下，如果社會安全局或RRB批准您的自動扣繳申請，則第一次從社會安全局或RRB福利金支票中扣繳時，扣繳範圍將包括自入保生效日期至扣繳開始之日的所有應繳保費。如果社會安全局或RRB不批准您的自動扣繳申請，則我們將向您開具月保費的紙質帳單。)

姓名

請閱讀並回答下列重要問題：1. 您是否患有末期腎病(ESRD)? 是 否

如果您成功進行過腎移植和/或您不再需要定期洗腎，請附上醫生提供的說明或記錄，證明您已成功進行過腎移植或您不再需要定期洗腎，否則我們可能需要與您聯絡，瞭解其他資訊。

2. 有些人可能有其他藥物保險，其中包括其他私人保險、TRICARE、聯邦僱員健康福利保險、VA福利或州藥物補助計劃。

除了Kaiser Permanente，您是否會有其他處方藥保險? 是 否

如果「是」，請列出其他保險的名稱以及該保險的保險卡 (ID) 號碼：

其他保險的名稱：

該保險的ID號碼：

該保險的團體號碼：

3. 您目前是否已入住長期安養設施，例如護理院? 是 否

如果「是」，請提供下列資訊：

入住機構名稱：

入住機構地址 (門牌號和街道)：

電話號碼：

4. 您目前是否已加入所在州政府出資設立的Medicaid計劃? 是 否

如果「是」，請提供您的Medicaid號碼：

5. 您或您的配偶目前是否受僱工作? 是 否

如果您希望我們為您提供英文以外其他語言版本或可存取格式的資訊，請在下面勾選相應的方框：

 西班牙文 中文 大字體印刷版 盲文 CD

如果您需要可存取格式的資訊或您需要的語言版本未在上面列出，請聯絡Kaiser Permanente，電話是1-800-443-0815。我們的辦公時間是每週七天，每天早上8:00至晚上8:00。TTY用戶應撥打711。

停止**請閱讀下列重要資訊**

如果您目前有僱主或工會提供的健康保險，則加入Kaiser Permanente後，您的僱主或工會健康福利可能會受影響。如果您加入Kaiser Permanente Senior Advantage，可能會喪失您的僱主或工會健康保險。請閱讀僱主或工會提供給您的資料。如果有疑問，請瀏覽僱主或工會的網站，或與僱主或工會所提供資料內列出的管理機構聯絡。如果資料中沒有任何聯絡人的資訊，可向福利管理員或負責解答有關您保險的問題的管理機構求助。

姓名

請閱讀後在下面簽字

本人填寫本入保申請表即表示同意：

Kaiser Permanente屬於Medicare Advantage計劃，與聯邦政府訂有合同。我將需要保持Medicare A部分和B部分的入保身分。我在任何時刻僅可參加一項Medicare Advantage計劃，並且我理解，我參加本計劃後即自動退出其他Medicare保健計劃或處方藥保險計劃。我有責任向貴方告知我目前或未來可能獲得的任何處方藥保險。入保本計劃，通常都是入保一整年。一旦我入保，我僅可以在一年中特定的入保期（例如：每年10月15日至12月7日），或在特定特殊情況下，退出本計劃或進行變更。

Kaiser Permanente僅為特定的服務區提供服務。如果我搬離Kaiser Permanente的服務區，則我需要通知本計劃，以便辦理退保並在新區域內尋找新的保健計劃。我成為Kaiser Permanente的會員後，如果我不認可本計劃的付費或服務決定，則我有權提出上訴。為瞭解我必須遵循哪些規則才能獲得本Medicare Advantage計劃的承保，我會在收到Kaiser Permanente的《承保範圍說明書》文件後閱讀該文件。我理解，參加Medicare者在美國境外期間，除了在美國邊境附近可獲有限保險之外，通常不受Medicare承保。

我理解，自Kaiser Permanente Senior Advantage保險生效之日起，除急診、急需的服務或區域外洗腎服務之外，我必須從Kaiser Permanente獲得我的所有健康護理。經Kaiser Permanente授權的服務以及其他在我的Kaiser Permanente《承保範圍說明書》文件（亦稱會員合同或投保人合約）涵蓋的服務可獲承保。如果未獲授權，**MEDICARE和KAISER PERMANENTE均不為這些服務付費。**

我理解，如果我從Kaiser Permanente僱用或與之訂有合同的銷售代理、保險經紀或其他個人處獲得協助，則我在Kaiser Permanente入保後，該等人員可因此取得報酬。

Advantage Plus可選補充福利入保條件

若您在第1頁的是否額外入保Advantage Plus可選補充福利套餐勾選了「是」，請閱讀以下資訊。

完成如下入保申請：

- 我同意額外入保Advantage Plus可選補充福利套餐，每月支付\$20保費後，該套餐可提供牙科、聽力、額外視力和健身承保。上述保費計入我的Medicare和Kaiser Permanente Senior Advantage保費。
- 我瞭解該可選補充福利套餐可為我提供更多Kaiser Permanente Senior Advantage保險福利，相關條款和條件請參見Kaiser Permanente Senior Advantage《承保範圍說明書》。
- 我瞭解Advantage Plus可選補充福利套餐僅適用於入保Kaiser Permanente Senior Advantage Individual Plan的會員。
- 我瞭解所承保的醫療護理只能從網絡保健業者處獲得，急診或急需的服務除外。
- 我瞭解我可以隨時退出Advantage Plus可選補充福利套餐保險。如果我退出該保險，重新入保必須在下一個Advantage Plus可選補充福利套餐年度保險選擇期間辦理，開始日期為2021年1月1日。

姓名

資訊披露授權：我加入本Medicare保健計劃，即表示授權Kaiser Permanente出於治療、付費和健康護理運營的需要而向Medicare和其他計劃披露我的資訊。我還授權Kaiser Permanente將我包含處方藥數據在內的資訊披露給Medicare，後者可披露該資訊用於符合所有相關聯邦法律和法規的研究及其他用途。就本人所知而言，本入保申請表內的資訊均屬正確。我理解，如果我在本申請表內蓄意提供虛假資訊，我將被解除本計劃入保資格。

我理解，我(或依照我居住所在州法律獲授權代表我行事之人士)在本入保申請表上簽字，即表示我已閱讀並理解本入保申請表的內容。如果係由授權代表簽字(如上文所述)，則該簽字表示：1) 該人士係依照州法律獲授權填寫本入保申請表；以及2) 如Medicare有要求，可提供授權書。

簽名：

今天日期：

 / /

如果您是授權代表，則您必須在上面簽字並提供下列資訊：

姓名：

住址：

電話號碼：

 - -

與入保申請人的關係：

Office Use Only (僅限辦公室使用)：

Name of staff member/agent/broker (if assisted in enrollment):

Plan ID #:

Effective Date of Coverage:

 / /

ICEP/IEP:

AEP:

SEP (type):

Not Eligible:

姓名

符合入保期入保資格保證書

通常情況下，您僅可在每年10月15日至12月7日入保期間入保Medicare Advantage計劃。但是在特殊情形下，在此期間以外，您也可入保Medicare Advantage計劃。

請仔細閱讀下列陳述，並對適用於您的陳述勾選相應的方框。您勾選下列任何方框，即是保證就您所知而言，您符合入保期入保資格。如果我們日後認定事實並非如此，則您可能被強制退保。

- 我是Medicare的新會員。
- 我已入保Medicare Advantage計劃並希望在Medicare Advantage開放入保期 (MA OEP) 內進行變更。
- 我最近搬離了當前計劃的服務區或最近搬家了。本計劃對我是新的選擇。
搬家日期是 (提供日期) / /
- 我最近被釋放出獄。釋放日期是 (提供日期) / /
- 我在國外長期居住以後最近回到美國。我返回美國的日期是 (提供日期) / /
- 我剛取得美國的合法居住權。取得合法居住權的日期是 (提供日期) / /
- 我的Medicaid近期發生變更 (新加入Medicaid、Medicaid補助水準有變更或失去Medicaid)，日期是 (提供日期) / /
- 我的Medicare處方藥保險費用額外補助近期發生變更 (新獲得額外補助、額外補助水準變更或失去額外補助)，日期是 (提供日期) / /
- 我同時享有Medicare和Medicaid (或州政府補助我的Medicare保費) 或本人獲得Medicare處方藥保險費用額外補助，但尚未發生變更。
- 我正要搬入、目前住在或最近搬出了一間長期安養設施 (例如護理院或長期安養設施)。我已搬出/將搬入/將搬出設施的日期是 (提供日期) / /
- 我最近退出了一項PACE計劃，日期是 (提供日期) / /
- 我最近被強制退出了可抵免 (承保範圍與Medicare同等) 的處方藥保險。
我退出藥物保險的日期是 (提供日期) / /
- 我將要退出僱主或工會提供的保險，日期是 (提供日期) / /
- 我已加入一項州立藥房補助計劃。
- 我所參加的計劃將要終止與Medicare的合同，或Medicare將要終止與我所參加計劃的合同。
- 本人已透過Medicare (或所在州政府) 入保了一項計劃並且本人希望選擇其他計劃。本人於以下日期開始入保該計劃 (提供日期) / /
- 我入保了Special Needs Plan (SNP)，但失去了續保該計劃所需的特殊需求資格。我退出SNP的日期是 (提供日期) / /
- 本人受到天氣引發的緊急或重大災害的影響 (如聯邦緊急事務管理署 (FEMA) 所聲明)。此處其他陳述中的某一項適用本人，但我因自然災害而無法申請入保。

如果以上陳述對您均不適用或您不確信是否適用，請與Kaiser Permanente聯絡，電話是**1-800-443-0815** (TTY用戶應撥打**711**) 以確認自己是否有資格入保。服務時間為每週七天，每天早上8:00至晚上8:00。

反歧視聲明

Kaiser Permanente 遵守適用聯邦民權法，不會因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障情況和性別而歧視任何人。Kaiser Permanente 不會因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障情況和性別而排斥或區別對待任何人。我們還提供以下服務：

- 為因殘障問題而無法與我們進行有效溝通之人士提供免費支援和服務，例如：
 - ◆ 相應語言的合格口譯員
 - ◆ 其他形式的書面資訊，例如大字體印刷版、音頻以及可獲得的電子版
- 為以英語之外的語言為主要語言之人士提供免費服務，例如：
 - ◆ 合格口譯員
 - ◆ 其他語言書面資訊

如需以上服務，請撥打 **1-800-443-0815** 聯絡會員服務處，服務時間為每週七天，每天早上 8 至晚上 8（TTY 人士請撥打 **711**）。

若您認為 Kaiser Permanente 沒有提供這些服務或有涉及種族、膚色、原國籍、年齡、殘障情況和性別的歧視行為，您可以向民權服務協調員提出投訴，方式是：寄信至 **One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612** 或撥打上述電話號碼致電會員服務處。您可以通過寄信或電話提出投訴。如需投訴幫助，我們的民權服務協調員將為您提供幫助。您還可以採用電子方式透過民權辦公處的投訴門戶網站向美國衛生與公共服務部民權辦公處提出民權投訴，網址是 **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**，或者按照如下聯絡資訊採用郵寄或電話方式聯絡：郵寄地址：U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201，電話：**1-800-368-1019**，**800-537-7697 (TDD)**。請造訪 **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>** 下載投訴表。

Multi-language Interpreter Services

English

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-443-0815** (TTY: **711**).

Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-443-0815** (TTY: **711**).

Chinese

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-443-0815** (TTY: **711**)。

Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-443-0815** (TTY: **711**).

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-443-0815** (TTY: **711**).

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

1-800-443-0815 (TTY: **711**)번으로 전화해 주십시오.

Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգահարեք **1-800-443-0815** (TTY (հեռատիպ) **711**):

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-443-0815** (телетайп: **711**).

Japanese

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。**1-800-443-0815** (TTY:**711**) まで、お電話にてご連絡ください。

Punjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।

1-800-443-0815 (TTY: **711**) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Cambodian

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1-800-443-0815** (TTY: **711**)។

Hmong

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau **1-800-443-0815** (TTY: **711**).

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-800-443-0815** (TTY: **711**) पर कॉल करें।

Thai

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-443-0815** (TTY: **711**).

Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-443-0815** (TTY: **711**) تماس بگیرید.

Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم - **1-800-443-0815** (رقم هاتف الصم والبكم: **711**).