

第三部份 | 您的主治醫生(PCP)

針對管理式保健機構(HMO)，如果您不選擇主治醫生，第一保健就會為您指定一名主治醫生。

主治醫生 (PCP) 姓名：_____

主治醫生 (PCP) 電話號碼：_____

主治醫生 (PCP) 識別號碼：_____

第四部份 | 其他資訊

1. 我希望透過第一保健的電子郵件通訊收到我的計劃文件(例如我的承保證書、年度福利更動通告及其他計劃資料)。本人瞭解本人可以透過致電第一保健選擇不再接收電子郵件通訊及申請第一保健老人醫療保險計劃文件的紙本。

電子郵件地址：_____

2. 您是否為西班牙裔或拉丁裔或有拉丁血統? 請選擇所有適用者。

否，非西班牙裔或拉丁裔或有拉丁血統

是，波多黎各

是，其他西班牙裔或拉丁裔，或有拉丁血統

是，墨西哥人、墨西哥裔美國人、在美國的墨西哥人

是，古巴人

我不想回答。

3. 請問您是哪個種族? 請選擇所有適用者。

白種人

越南人

關島或查莫洛人

黑人或非洲裔美國人

亞洲印度人

夏威夷原住民

美國印地安人或阿拉斯加原住民

菲律賓人

薩摩亞人

華人

韓國人

其他太平洋島民

日本人

其他亞洲人

我不想回答。

4. 如果您希望我們寄給您英語以外語言版本的資訊，請選擇一項。 西班牙文 中文

5. 如果您希望我們寄給您可獲取形式的資訊，請選擇一項。 盲文 大字印刷

如果您需要非上列之可獲取形式的資訊，請聯絡第一保健老人醫療保險計劃，電話號碼是**1-888-260-1010**。我們的服務時間是上午8時至晚上8時：每週七天（10月至3月）；週一至週五（4月至9月）。聽力語言殘障人士可致電TTY **1-888-542-3821**。

6. 您有工作嗎? 有 無

7. 您的配偶有工作嗎? 有 無

第五部份 | 您的計劃保費

如果您必須支付D部份月費調整金額 (Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, 簡稱Part D-IRMAA)，則除了您的計劃保費，您必須支付此額外金額。此金額通常從您每個月的社會安全福利扣除，或者您會收到老人醫療保險（或鐵路退休委員會）寄的賬單。請不要將Part D-IRMAA付給第一保健老人醫療保險計劃。

請選擇一種保費付款方式：

收到結算單，再以收款人為Healthfirst Health Plan, Inc.的支票支付。

從每月社會安全局或鐵路退休委員會福利支票中自動扣款。

我獲得每月福利的來源如下： 社會安全局 鐵路退休委員會(RRB)

（社會安全局/鐵路退休委員會扣款可能在社會安全局或鐵路退休委員會核准扣款後兩個月以上才開始；在大多數情況下，如果社會安全局或鐵路退休委員會同意您的自動扣款申請，第一次從社會安全局或鐵路退休委員會福利支票扣除的金額將包括從您的註冊生效日期到扣款開始期間您應付的所有保費。）

用支票賬戶/儲蓄賬戶或信用卡/扣賬卡在網上支付。於MyHFNY.org註冊或登入您的第一保健安全賬戶並點擊「Pay Your Bill」(支付賬單)。

第六部份 | 閱讀和簽字

第一保健老人醫療保險計劃是一項老人醫療保險計劃，與聯邦政府簽有合約。

本人理解，如果我接受銷售代理、經紀人或第一保健老人醫療保險計劃所僱用或與第一保健老人醫療保險計劃簽約的其他人士的幫助，該人士可能會因為本人參加第一保健老人醫療保險計劃而獲得報酬。

資訊公開：

經由加入此項老人醫療保險Medicare Advantage計劃，本人同意第一保健老人醫療保險計劃可能會因治療、付費和醫療護理運作所需在必要時向老人醫療保險、其他健保計劃和醫療保健服務提供者披露本人的資訊。本人也同意本人的醫療保健服務提供者可能會因治療、付費和醫療護理運作所需在必要時向第一保健老人醫療保險計劃和其他醫療保健服務提供者披露本人的資訊。本人也同意，在法律允許的範圍內，為了治療、付費和醫療護理運作而披露的資訊可包含有關本人及本人家人的愛滋病、精神健康或酗酒和濫用藥物資訊，直至本人撤銷此項同意。本人也確認第一保健老人醫療保險計劃將與老人醫療保險分享本人的資訊，其將使用此等資訊追蹤本人的註冊情形、支付款項，以及基於聯邦法律允許之其他目的授權收集此等資訊(請參閱下方的隱私保護法聲明)。本人同時確認瞭解，第一保健老人醫療保險計劃將會向聯邦老人醫療保險披露本人的資訊(包括本人的處方配藥數據)，而聯邦老人醫療保險則可能因符合所有聯邦適用法規的研究及其他目的而披露本人的資訊。

本人理解，除了在接近美國邊境國家的某些地區可享有有限的承保之外，享有老人醫療保險的人士身在國外時一般情況下均不能獲得聯邦老人醫療保險的承保。

管理式保健計劃(HMO Plan)：本人理解，自第一保健「老人醫療保險計劃」承保開始生效之日起，除了急診或緊急護理或服務地區之外的腎臟透析服務外，我必須從第一保健「老人醫療保險計劃」獲得所有的保健護理服務。列入本人的第一保健老人醫療保險計劃「承保證書」(亦稱為會員合約或投保協議書)中，只有醫療必需的服務與其他服務會獲得承保。如果在本計劃要求之下，如未經授權，**無論是聯邦老人醫療保險還是第一保健老人醫療保險計劃都不會為這些服務支付費用。**

優選醫生計劃(PPO Plan)：我了解在第一保健老人醫療保險計劃承保日期開始時，我可以使用網路提供者或是網路外提供者取得所承保的服務。我了解如果我使用網路外提供者，我的費用可能會比較高，急診或緊急服務，或是服務地區之外的腎臟透析服務等除外。我了解提供者必須根據聯邦老人醫療保險計劃持有執照，且符合取得給付的資格。列入本人的第一保健老人醫療保險計劃「承保證書」(亦稱為會員合約或投保協議書)中，只有醫療必需的服務與其他服務會獲得承保。如果在本計劃要求之下，如未經授權，**無論是聯邦老人醫療保險還是第一保健老人醫療保險計劃都不會為這些服務支付費用。**

據本人所知，本註冊申請表上的資訊完全正確。本人瞭解，如果我故意在本申請表上提供虛假資訊，我將被退出計劃。本人瞭解，本人在本申請表上的簽名(或按照我所居住州的法律規定獲得授權代表本人行事之人士的簽名)表示本人已閱讀並理解本申請表的內容。如由獲得授權人士(如上所述)簽名，則本簽名保證：

- 1) 簽署人依據州法或授權完成本申請表，而且
- 2) 本授權的紀錄可在老人醫療保險要求下提供。

會員簽名或授權代表簽名：_____ 今天的日期：_____

如果您是授權代表，您必須在上面簽名並提供下列資訊：

姓名：_____ 電話號碼：_____

地址：_____ 與註冊會員的關係：_____

FOR HEALTHFIRST USE ONLY (此處僅供第一保健使用)

Date Received	Plan Code	Sales Rep				Employee ID #		
Group Name	Group #	QMB	QMB+	SLMB	SLMB+	QI-1	QDWI	FBDE
Name of Staff Member (if assisted in enrollment)								
Effective Date of Coverage	AEP	SEP (type)				Not Eligible		

隱私保護法聲明

聯邦老人醫療保險與醫療補助服務中心（Centers for Medicare & Medicaid Services，簡稱CMS）從老人醫療保險計劃收集資訊，以追蹤受益人註冊老人醫療保險 Medicare Advantage（簡稱MA）、改善護理，以及便於支付老人醫療保險福利。社會安全法案第1851節(Sections 1851)與第42篇第422.50、422.60節(42 CFR §§ 422.50, and 422.60)授權收集此等資訊。聯邦老人醫療保險與醫療補助服務中心可能依照檔案通知系統(System of Records Notice，簡稱SORN)「老人醫療保險Medicare Advantage處方配藥」(Medicare Advantage Prescription Drug (MARx))所述使用、揭露及交換老人醫療保險受益人的資料(系統編號09-70-0588)。您在本表格填寫的答案出於自願；然而，未回答可能對註冊該計劃造成影響。

承保由第一保健健保計劃公司（Healthfirst Health Plan, Inc.）或第一保健保險公司（Healthfirst Insurance Company, Inc.）（下稱「第一保健」）提供。第一保健老人醫療保險計劃具有管理式保健機構、PPO 計劃，並且具備有老人醫療保險合約。我們的特殊需要計劃跟紐約州醫療補助計劃也有簽訂合約。能否註冊參加第一保健老人醫療保險計畫取決於政府合約是否續延。第一保健遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-305-0408 (TTY 1-888-542-3821). ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-305-0408 (TTY 1-888-867-4132).