

如果您是在第一保健內部轉換老人醫療保險計劃，請使用本表格。第一次註冊參加第一保健老人醫療保險計劃不能使用本表格。

## 第一部份 | 會員資訊

- 請完整填寫本部份，以便我們可以在系統內找到您。請填寫您目前第一保健會員ID卡上相同的姓名。

## 第二部份 | 計劃資訊

- 請填寫您目前註冊參加的第一保健老人醫療保險計劃名稱、您希望轉換的新計劃名稱、以及各項計劃的相關每月保費。如果您不確定計劃名稱或保費數額，您可以在我們的網站上找到此資訊，網址是 <https://zh.healthfirst.org/health-insurance/medicare-plans/>。
- 還請提供您主治醫生 (Primary Care Provider, 簡稱PCP) 的姓名與聯絡資訊(如果您有主治醫生)。您可在 [www.HFDocFinder.org](http://www.HFDocFinder.org) 找到主治醫生相關資訊。如果您將此部份留空或者您的主治醫生不在我們的網絡內，我們將自動為您指定一位主治醫生。如果您希望，您可以在將來更換為您指定的主治醫生。

## 第三部份 | 偏好的材料語言和可獲取的形式

- 我們希望確保您的計劃材料容易閱讀而且是以您能夠理解的語言提供的。請選擇您偏好的語言與／或形式。

## 第四部份 | 您的計劃保費

- 請選擇您偏好的保費付款方式(如果您的計劃有每月保費)。您能選擇每個月收到結算單並給我們郵寄支票來付費、設立從您的每月社會安全或鐵路退休委員會 (Railroad Retirement Board, 簡稱RRB) 福利支票中自動扣除保費、或者使用您的支票／儲蓄賬戶或信用卡／扣賬卡在網上付款。如果您沒有選擇一種付款方式，您每月都會收到郵寄給您的結算單。
- 如果您獲得低收入補貼(Low Income Subsidy, 簡稱LIS)或額外補助(Extra Help)，您的保費金額可能會減少或免付保費。請注意，並非所有第一保健老人醫療保險計劃都有計劃保費。

## 第五部份 | 閱讀和簽字

- 在表格上簽名並註明日期之前閱讀並理解該部份的資訊是很重要的。您的簽名授權第一保健根據本表格對您的承保作更動。

請將已完成的表格郵寄或傳真至：  
**Healthfirst Medicare Plan**  
**P.O. Box 5193, New York, NY 10274-5193**  
**傳真：1-212-801-3250**

您是否知道您也可以上網獲得我們的表格？請透過 [www.MyHFNY.org](http://www.MyHFNY.org) 登入您的第一保健安全賬戶，從您的第一保健計劃中獲得最大的益處！

如果您有任何疑問或需要額外幫助，請致電您會員ID卡背面的會員服務部電話號碼。如需面對面協助，您可以親自前往我們的第一保健社區辦公室。請上網查看服務時間與地點，網址是 <https://zh.healthfirst.org/healthfirst-community-office>。

第一保健健保計劃公司 (Healthfirst Health Plan, Inc.) 提供與聯邦政府簽有合約的管理式保健計劃。能否註冊參加第一保健老人醫療保險計劃取決於政府合約是否續延。

# 會員轉換計劃申請表

## Short Enrollment Request Form

請用墨水以正體填寫所有資料。請將申請表正本郵寄至下列地址：

Healthfirst Medicare Plan, P.O. Box 5193, New York, NY 10274-5193

如果您是在第一保健老人醫療保險計劃內部轉換計劃，您應該填寫本表格。  
第一次註冊參加第一保健老人醫療保險計劃不能使用本表格。

### 第一部份 會員資訊

姓氏： \_\_\_\_\_ 名字： \_\_\_\_\_ 中間名縮寫： \_\_\_\_\_

會員號碼： \_\_\_\_\_ 紐約州醫療補助CIN：          
(如適用)

住宅電話號碼： \_\_\_\_\_ 手機號碼： \_\_\_\_\_  
區號 號碼 區號 號碼

永久居住地址(不得使用郵政信箱)： \_\_\_\_\_  
門牌號碼、街道、公寓號碼 城市 郡縣 州 郵遞區號

電子郵件(選填)： \_\_\_\_\_

通訊地址(只在不同於永久居住地址時填寫)： \_\_\_\_\_  
門牌號碼、街道、公寓號碼 城市 郡縣 州 郵遞區號

### 第二部份 計劃資訊

我現在是第一保健老人醫療保險「 \_\_\_\_\_ 計劃」的會員，每月保費為\$ \_\_\_\_\_。  
我希望轉換到第一保健老人醫療保險「 \_\_\_\_\_ 計劃」。我瞭解此項計劃的醫療福利不同，每月保費為\$ \_\_\_\_\_。

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： \_\_\_\_\_

### 第三部份 偏好的材料語言和可獲取的形式(適用的話)

英文  西班牙文  中文  盲文  大字印本

如果您需要以上列選擇之外的其他可獲取的形式或語言提供資料，請聯絡第一保健老人醫療保險計劃，電話號碼是1-888-260-1010。我們的服務時間是每週七天，每天上午8時至晚上8時。聽力語言殘障服務用戶請致電TTY 1-888-542-3821。

### 第四部份 您的計劃保費

每個月的計劃保費(包括您現在應該支付以及可能欠付的任何延緩註冊罰款)您可以每月郵寄給我們。

您也可以選擇每月從您的社會安全或鐵路退休委員會(Railroad Retirement Board, 簡稱RRB)支票中自動扣除您的保費。如經評估您有與收入相關的D部份月費調整數額，社會安全局會通知您。除了您的計劃保費之外，您還將負責支付這一額外數額。您可以從您的社會安全福利支票中扣除此一數額，亦可由聯邦老人醫療保險或鐵路退休委員會直接給您寄送賬單。

請**不要**將與收入相關的D部份月費調整數額(Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, 簡稱Part D-IRMAA)付給第一保健老人醫療保險計劃。

收入有限的人士可能符合資格申請額外補助幫助支付處方配藥費用。如果您符合資格，聯邦老人醫療保險可能支付您的配藥費用的75%或更多，包括每月的處方配藥保費、年度自付扣除金與共同保險。此外，符合資格的人士將不會有承保缺口或延緩註冊罰款。許多人都符合資格可以這樣省錢，但是他們卻對此一無所知。有關此項額外補助的詳情，請聯絡您當地的社會安全局辦事處或致電社會安全局**1-800-772-1213**。聽力語言殘障服務用戶請致電TTY 1-800-325-0778。您亦可到[www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp)網站申請額外補助。

如果您符合資格獲得額外補助支付您的老人醫療保險處方配藥承保費用，聯邦老人醫療保險將會為您支付此項福利計劃保費的全部或部份。如果聯邦老人醫療保險只支付保費的一部份，我們會給您寄來聯邦老人醫療保險未支付數額的賬單。

如果您沒有選擇付款方式，您將會每月收到一張結算單。

## 請選擇一種保費付款方式：

- 收到一張結算單，用支票支付，支票開給：Healthfirst Health Plan, Inc.。
- 從您每月的社會安全或鐵路退休委員會福利支票中自動扣除。
- 我每月的福利來自：  社會安全  鐵路退休委員會福利支票  
(在社會安全局或鐵路退休委員會核准扣款之後，從社會安全福利支票中扣除可能需要兩個月或以上的時間才能開始。在大多數情況下，如果社會安全局或鐵路退休委員會接受您的自動扣款要求，第一次從社會安全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。 如果社會安全局或鐵路退休委員會沒有核准您的自動扣款要求，我們會給您寄來您每月保費的紙質結算單。)
- 用支票/儲蓄賬戶或信用卡/扣賬卡在網上支付。請上網瀏覽[www.healthfirst.org/medicare](http://www.healthfirst.org/medicare)並點擊「會員資訊」(Info For Members) 之下的「支付您的賬單」(Pay Your Bill)。

## 第五部份 閱讀和簽字

第一保健健保計劃公司 (Healthfirst Health Plan, Inc.) 提供與聯邦政府簽有合約的管理式保健計劃。第一保健老人醫療保險計劃與紐約州醫療補助計劃簽有關於第一保健健康護理計劃 (管理式保健計劃—特殊需要計劃) 的合約，並與紐約州衛生署簽有關於第一保健生活改善計劃 (管理式保健計劃—特殊需要計劃) 的福利協調協議。能否註冊參加第一保健老人醫療保險計劃取決於政府合約是否續延。第一保健老人醫療保險計劃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。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，該人士可能會因為我參加第一保健老人醫療保險計劃而獲得報酬。

### 資料披露：

經由加入此項老人醫療保險計劃，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聯邦老人醫療保險、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。本同意書包括本人和任何本人可合法提供許可的家

人。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。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。

本人理解，享有聯邦老人醫療保險的人士身在國外時，除了在接近美國邊境的地區可獲有限的承保之外一般情況下均不能獲得聯邦老人醫療保險的承保。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 (洗腎) 服務外，我必須從第一保健老人醫療保險計劃獲得所有的醫療護理服務。獲得第一保健老人醫療保險計劃授權的服務與列入本人的第一保健老人醫療保險計劃「承保證書」(亦稱之為會員合約或投保協議書) 中的其他服務均會獲得承保。如果未經授權，**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。**

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)此人已按照州法律規定取得授權可以填寫本轉換計劃申請表，並且2)此項授權文件可供聯邦老人醫療保險索取。

會員或授權代表簽名：\_\_\_\_\_ 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：\_\_\_\_\_ 與註冊者的關係：\_\_\_\_\_

### 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: \_\_\_\_\_

ICEP/IEP: \_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_ SEP (type): \_\_\_\_\_ Not Eligible: \_\_\_\_\_