

如果您從一項第一保健老人醫療保險Medicare Advantage計劃轉換至另一項老人醫療保險計劃，請使用本表格。第一次註冊參加第一保健老人醫療保險Medicare Advantage計劃不能使用本表格。

第一部份 | 會員資訊

- 請完全填妥這個部份，並請使用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Medicare Advantage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金額，您可以在我們的網站上找到此資訊，網址是healthfirst.org/medicare-long-term-care-plans。

第三部份 | 您的主治醫生(PCP)

- 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HFDocFinder.org找到主治醫生相關資訊。如果您不選擇一名主治醫生，第一保健將會為您指定一名。如果您希望，您可以在將來更換為您指定的主治醫生。
- 這個部份的項目為非必填 — 您不會因為沒有填寫這些項目遭到拒絕承保。

第四部份 | 其他資訊

- 我們希望確保您的計劃資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。我們也希望瞭解您是否希望您的計劃資料是以電子形式寄送給您。
- 這個部份的項目為非必填 — 您不會因為沒有填寫這些項目遭到拒絕承保。

第五部份 | 您的計劃保費

- 如果您的計劃有每月保費，請選擇您偏好的保費付款方式。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/儲蓄帳戶或信用卡/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Medicare Advantage計劃都有計劃保費。

第六部份 | 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MyHFNY.org登入您的第一保健安全帳戶，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。

承保由第一保健健保計劃公司(Healthfirst Health Plan, Inc.)提供。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，並與紐約州醫療補助簽有關於其雙重資格特殊需要計劃的合約。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 (Enrollment Request Short Form)

請以正楷書寫所有資訊。請將正本郵寄至Healthfirst Medicare Plan, P.O. Box 5193, New York, NY 10274-5193。
如果您從一項第一保健老人醫療保險Medicare Advantage計劃轉換至另一項老人醫療保險計劃，請使用本表格。第一次註冊參加第一保健老人醫療保險Medicare Advantage計劃不能使用本表格。

第一部份 會員資訊			
名字	中間名縮寫	姓氏	
會員ID號碼			
住家電話號碼	手機電話號碼		
永久地址 (請勿填寫郵政信箱)	城市	州	郵遞區號
通訊地址, 如果不同於永久地址 (可以填寫郵政信箱)	城市	州	郵遞區號

第二部份 計劃資訊	
<p>我目前是第一保健_____計劃的會員， 我每月的保費為\$_____。</p> <p>我希望轉換至第一保健的_____計劃。 我瞭解此項計劃的醫療福利不同，每月保費為\$_____。</p> <p>如果是轉換至第一保健特選專享計劃 (管理式保健計劃) Healthfirst Signature (HMO)，請選擇以下 其中一項附加選項(Choice Extras)福利： 牙科自付扣除金減免 自選藥物與用品OTC用款額度 交通</p> <p>如需有關第一保健特選專享計劃 (管理式保健計劃) 附加選項的更多資訊，請參閱該計劃的福利概覽。</p> <p>如果您欲轉換至第一保健生活改善計劃(Healthfirst Life Improvement Plan)、第一保健延享計劃(Healthfirst Connection Plan)或第一保健惠康護理計劃(Healthfirst CompleteCare)，您亦必須符合其他特殊需求規定。</p> <p>第一保健生活改善計劃 (管理式保健計劃 – 雙重資格特殊需要計劃) Healthfirst Life Improvement Plan (HMO D-SNP)及第一保健延享計劃 (管理式保健計劃 – 雙重資格特殊需要計劃) Healthfirst Connection Plan (HMO D-SNP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 您必須享有完整醫療補助福利，或者有資格能獲得醫療補助計劃提供的老人醫療保險費用分攤補助 • (僅限第一保健延享計劃) 您必須目前已註冊醫療補助或個人康樂計劃(HARP) <p>第一保健惠康護理計劃 (管理式保健計劃 – 雙重資格特殊需要計劃) Healthfirst Complete Care (HMO D-SNP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 您必須享有完整醫療補助福利 • 您必須年滿18歲或以上 • 註冊時您必須經統一評估系統(UAS)判定為符合資格接受安養院層級護理 • 在註冊的時候，您必須有能力在不損害您的健康與安全的前提下，返回或留在自己家中和社區 <ul style="list-style-type: none"> • 從註冊生效日期開始，預計您至少需要接受由第一保健惠康護理計劃承保的一(1)項下列社區長期護理服務 (Community-Based Long-Term Care Services, 簡稱CBLTCS) 超過120天： <ul style="list-style-type: none"> ▪ 在病人家中提供護理服務 ▪ 居家治療 ▪ 家庭護理員服務 ▪ 居家個人護理服務 ▪ 成年人日間醫療保健 ▪ 私人專職護理師護理 ▪ 按照消費者指示提供的個人協助服務 <p>紐約州醫療補助客戶識別號碼(CIN) (若適用) _____</p>	

第三部份 | 您的主治醫生(PCP)

如果您不選擇一名主治醫生，第一保健將會為您指定一名。

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. 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

3. 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**。

4. 您有工作嗎？ 有 無

5. 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

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。本人理解，本人的第一保健老人醫療保險計劃開始時，本人必須從第一保健老人醫療保險計劃獲得所有醫療和處方配藥福利。第一保健老人醫療保險計劃提供並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）中的福利和服務，均會獲得承保。無論是老人醫療保險或第一保健「老人醫療保險計劃」，均不會為未承保的福利或服務支付費用。

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。

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。如由授權人士（如上所述）簽名，此簽名證明：

- 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）或處方配藥計劃（簡稱PDP）、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及1860D-1節(Sections 1851 and 1860D-1)與第42篇第422.50、422.60、423.30及423.32節(42 CFR §§ 422.50, 422.60, 423.30 and 423.32)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。

第一保健健保計劃公司(Healthfirst Health Plan)提供與聯邦政府簽有合約的管理式保健計劃，並與紐約州醫療補助簽有關於其雙重資格特殊需要計劃的合約。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).