

Sino ang puwedeng gumamit ng form na ito?

Ang mga taong may Medicare na gustong sumali sa isang Planong Medicare Advantage

Para sumali sa isang plano, dapat ikaw ay:

- Mamamayan ng Estados Unidos o legal kang nasa U.S.
- Nakatira sa pinagseserbisyuhang lugar ng plano

Mahalaga: Para sumali sa isang Planong Medicare Advantage, dapat mayroon ka rin ng:

- Medicare Bahagi A (Insurance sa Ospital)
- Medicare Bahagi B (Medikal na Insurance)

Kailan ko gagamitin ang form na ito?

Puwede kang sumali sa isang plano:

- Sa pagitan ng Oktubre 15 - Disyembre 7 bawat taon (para sa saklaw na magsisimula sa Enero 1)
- Sa loob ng 3 buwan ng unang pagkuha ng Medicare
- Sa ilang partikular na sitwasyon kung saan pinapayagan kang sumali sa o magpalit ng plano
- Pinapayagan ang mga dalawahang kwalipikado na magpatala nang isang beses bawat buwan sa isang FIDE SNP, AIP, o Original Medicare na may PDP. Iiral ang pagpapatala sa unang araw ng susunod na buwan.

Bisitahin ang **Medicare.gov** para matuto pa tungkol sa kung kailan ka puwedeng mag-sign up para sa isang plano.

Ano ang kailangan ko para masagutan ang form na ito?

- Ang iyong Numero ng Medicare (ang numero sa iyong pula, puti, at asul na card ng Medicare)
- Ang iyong permanenteng address at numero ng telepono

Tandaan: Dapat sagutan mo ang lahat ng item sa Seksyon 1. Opsyonal ang mga item sa Seksyon 2 - hindi ka puwedeng tanggihan na saklaw dahil hindi mo sinagutan ang mga iyon.

Mga Paalala:

- Kung gusto mong sumali sa isang plano sa panahon ng bukas na pagpapatala sa taglagas (Oktubre 15 - Disyembre 7), dapat makuha ng plano ang iyong nasagutang form sa Disyembre 7.

- Papadalhan ka ng iyong plano ng bayarin para sa premium ng plano. Puwede mong piliing mag-sign up para maikaltas ang iyong mga premium na pagbabayad mula sa iyong bank account o sa iyong buwanang benepisyo sa Segurong Panlipunan (o Railroad Retirement Board (RRB, Lupon ng Pagreretiro ng Mga Manggagawa sa Riles)).

Ano ang susunod na mangyayari?

I-email, I-mail, o i-fax ang iyong nasagutan at nilagdaang form sa:

Email: WHMembership@blueshieldca.com

Mail: Blue Shield of California
P.O. Box 948
Woodland Hills, CA 91365 -9856

Fax: (877) 251-3660

Kapag ipinroseso na nila ang kahilingan mong sumali, makikipag-ugnayan sila sa iyo.

Paano ako makakatanggap ng tulong sa form na ito?

Tawagan ang iyong pinahintulutang ahente o ang iyong kinatawan ng Blue Shield sa **(888) 534-4263**. Puwedeng tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **711**. O, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puwedeng tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

En español: Llame a su Agente Autorizado o a su Representante de Blue Shield al **(888) 534-4263**.

Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al **711** o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Mga indibidwal na nakakaranas ng kawalan ng tirahan

- Kung gusto mong sumali sa isang plano, pero wala kang permanenteng tirahan, ang isang Post Office Box, address ng kanlungan o klinika, o ang address kung saan ka tumatanggap ng mail (hal., mga tseke mula sa Segurong Panlipunan) ay puwedeng ituring na permanenteng address ng tirahan mo.

Ayon sa Paperwork Reduction Act (PRA, Batas ng Pagbabawas ng Dokumentasyon sa Papel) ng 1995, walang sinuman ang kinakailangang tumugon sa pagkolekta ng impormasyon maliban kung nagpapakita ito ng tamang control number ng Office of Management and Budget (OMB, Opisina ng Pamamahala at Badyet). Ang tamang OMB control number para sa pagkolekta ng impormasyong ito ay 0938-1378. Ang kinakailangang oras para masagutan ang impormasyong ito ay tinatayang humigit-kumulang na 20 minuto sa bawat tugon, kabilang ang oras para suriin ang mga tagubilin, maghanap ng mga kasalukuyang mapagkukunan ng datos, mangalap ng mga kinakailangang datos, at sagutan at suriin ang koleksyon ng impormasyon. Kung mayroon kang anumang komento tungkol sa katumpakan ng (mga) pagtatantya ng oras o mga mungkahi para sa pagpapahusay ng form na ito, mangyaring sumulat sa: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

MAHALAGA

Huwag ipadala ang form na ito o ang anumang item na may personal na impormasyon mo (tulad ng mga habol, pagbabayad, medikal na tala, atbp.) sa Reports Clearance Office (Opisina ng Clearance ng Mga Ulat) ng PRA. Ang anumang item na makukuha naming hindi tungkol sa kung paano pahasayin ang form na ito o ang pasanin sa pagkolekta nito (na nakabalangkas sa OMB 0938-1378) ay sisirain. Hindi ito itatago, susuriin, o ipapasa sa plano. Tingnan ang "Ano ang susunod na mangyayari?" sa pahinang ito para ipadala ang iyong nasagutang form sa plano.

Seksyon 1 - Kinakailangan ang lahat ng patlang sa seksyong ito (maliban kung minarkahang opsyonal)

Piliin ang planong gusto mong salihan:

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

Los Angeles/San Diego County
(\$ 0 bawat buwan)

Apelyido:	Unang Pangalan:	Gitnang inisyal: (opsyonal)
Petsa ng kapanganakan (MM/DD/YYYY):	Biolohikal na Kasarian: <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae	
Numero ng telepono:	Uri ng telepono: <input type="checkbox"/> Landline <input type="checkbox"/> Mobile	

Permanenteng address ng kalye ng tirahan (Huwag maglagay ng P.O. Box. Tandaan: Para sa mga indibidwal na nakakaranas ng kawalan ng tirahan, ang P.O. Box ay puwedeng ituring na iyong permanenteng address ng tirahan.):

Street Address:

Lungsod: Estado: ZIP code:

Mailing Address, kung naiiba sa iyong permanenteng address (pinapayagan ang P.O. Box):

Street Address:

Lungsod: Estado: ZIP code:

Ang iyong impormasyon sa Medicare:

Numero ng Medicare:

Sagutin ang mahahalagang tanong na ito:

Magkakaroon ka ba ng iba pang saklaw sa resetang gamot (tulad ng VA, TRICARE) bilang karagdagan sa Blue Shield TotalDual Plan? Oo Hindi

Saklaw sa resetang gamot:

Pangalan ng iba pang saklaw:

Numero ng miyembro para sa saklaw na ito:

Numero ng grupo para sa saklaw na ito:

Medikal na saklaw:

Pangalan ng iba pang saklaw:

Numero ng miyembro para sa saklaw na ito:

Numero ng grupo para sa saklaw na ito:

Nakatala ka ba sa programa ng Medicaid (Medi-Cal) ng iyong estado? Oo Hindi
Kung oo, mangyaring ilagay ang iyong numero (kinakailangan) ng Medicaid (Medi-Cal):

MAHALAGA: Basahin at lagdaan ang nasa ibaba:

- Dapat panatilihin ko ang Ospital (Bahagi A) at Medikal (Bahagi B) para makapanatili sa Blue Shield TotalDual Plan.
- Sa pamamagitan ng pagsali sa Planong Medicare Advantage na ito, kinikilala kong ibabahagi ng Blue Shield TotalDual Plan ang aking impormasyon sa Medicare, na maaaring gamitin ito para subaybayan ang pagpapatala ko, para magbayad, at para sa iba pang layuning pinapayagan ng Pederal na batas na nagpapahintulot sa pagkolekta ng impormasyong ito (tingnan ang Privacy Act Statement (Pahayag ng Batas sa Pagkapribado) sa ibaba). Kusang-loob ang ang iyong pagtugon sa form na ito. Gayunpaman, ang kabiguang tumugon ay posibleng makaapekto sa pagpapatala sa plano.
- Nauunawaan kong sa isang planong MA lang ako puwedeng maitala sa isang pagkakataon - at ang pagpapatala sa planong ito ay awtomatikong tatapusin ang aking pagpapatala sa ibang planong MA (nalalapat ang mga pagbubukod para sa mga planong MA PFFS, MA MSA).
- Nauunawaan kong kapag nagsimula ang saklaw ko sa Blue Shield TotalDual Plan, dapat kunin ko ang lahat ng medikal na benepisyo at benepisyo sa resetang gamot ko mula sa Blue Shield TotalDual Plan. Ang mga benepisyo at serbisyong ibinibigay ng Blue Shield TotalDual Plan at nakapaloob sa aking dokumento ng *Evidence of Coverage* (EOC, Katibayan ng Saklaw) ng Blue Shield TotalDual Plan (na kilala rin bilang kontrata ng miyembro o kasunduan sa subscriber) ay sasaklawin. Hindi babayaran ng Medicare o Blue Shield TotalDual Plan ang mga benepisyo o serbisyong hindi sinasaklaw.
- Tama ang impormasyon sa form ng pagpapatalang ito sa abot ng aking kaalaman. Nauunawaan kong kung sasadyain kong magbigay ng maling impormasyon sa form na ito, tatanggalin ako sa plano.
- Nauunawaan kong ang lagda ko (o ang lagda ng taong legal na pinahintulutang kumilos sa ngalan ko) sa aplikasyong ito ay nangangahulugang nabasa at nauunawaan ko ang mga nilalaman ng aplikasyong ito. Kung nilagdaan ng pinahintulutang kinatawan (tulad ng inilarawan sa itaas), pinapatunayan ng lagdang itong:
 - 1) Pinahintulutan ang taong ito sa ilalim ng batas ng Estado para sagutan ang pagpapatalang ito, at
 - 2) Makukuha ang dokumentasyon ng awtoridad na ito kapag hiniling ng Medicare.

Lagda:	Petsa ngayon (MM/DD/YYYY):
---------------	-----------------------------------

Kung ikaw ang pinahintulutang kinatawan, lumagda sa itaas at sagutan ang mga patlang na ito.

Pangalan:

Street address:

Lungsod:

Estado:

ZIP code:

Numero ng telepono:

Relasyon sa nakatala:

Seksyon 2 - Opsyonal ang lahat ng patlang sa seksyong ito

Kusang-loob mong sasagutin ang mga tanong na ito. Hindi ka puwedeng tanggihan ng saklaw dahil hindi mo sinagutan ang mga ito.

Ikaw ba ay Hispanic, Latino/a, o Spanish ang pinagmulan? Piliin ang lahat ng nalalapat.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hindi, hindi Hispanic, Latino/a, o Spanish ang pinagmulan | <input type="checkbox"/> Oo, Mexican, Mexican American, Chicano/a |
| <input type="checkbox"/> Oo, Puerto Rican | <input type="checkbox"/> Oo, Cuban |
| <input type="checkbox"/> Oo, ibang Hispanic, Latino/a, o Spanish ang pinagmulan | <input type="checkbox"/> Pinipili kong huwag sagutin ito. |

Ano ang lahi mo? Piliin ang lahat ng nalalapat.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> American Indian o Alaska Native | <input type="checkbox"/> Black o African American |
| Asian: | Native Hawaiian at Pacific Islander: |
| <input type="checkbox"/> Asian Indian | <input type="checkbox"/> Guamanian o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Chinese | <input type="checkbox"/> Native Hawaiian |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Samoan |
| <input type="checkbox"/> Japanese | <input type="checkbox"/> Iba Pang Pacific Islander |
| <input type="checkbox"/> Korean | <input type="checkbox"/> Puti |
| <input type="checkbox"/> Vietnamese | <input type="checkbox"/> Pinipili kong huwag sagutin ito. |
| <input type="checkbox"/> Iba Pang Asian | |

Ano ang iyong kasarian?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Babae | <input type="checkbox"/> Ibang termino ang ginagamit ko: _____ |
| <input type="checkbox"/> Lalaki | <input type="checkbox"/> Pinipili kong huwag sagutin ito |
| <input type="checkbox"/> Non-binary | |

Alin sa mga sumusunod ang pinakamahusay na kumakatawan sa kung ano ang pagkilala mo sa iyong sarili? (pumili ng isa)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lesbiana o bakla | <input type="checkbox"/> Ibang termino ang ginagamit ko: _____ |
| <input type="checkbox"/> Straight, ibig sabihin, hindi bakla o lesbiana | <input type="checkbox"/> Hindi ko alam |
| <input type="checkbox"/> Bisexual | <input type="checkbox"/> Pinipili kong huwag sagutin ito |

Pumili ng isa kung gusto mong padalhan ka namin ng impormasyon sa wikang bukod sa English.

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arabic | <input type="checkbox"/> Chinese (Traditional) | <input type="checkbox"/> Spanish |
| <input type="checkbox"/> Armenian | <input type="checkbox"/> Farsi | <input type="checkbox"/> Tagalog |
| <input type="checkbox"/> Cambodian | <input type="checkbox"/> Korean | <input type="checkbox"/> Vietnamese |
| <input type="checkbox"/> Chinese (Simplified) | <input type="checkbox"/> Russian | |

Pumili ng isa kung gusto mong padalhan ka namin ng impormasyon sa naa-access na format.

- Braille Malalaking titik Audio CD Data CD

Mangyaring makipag-ugnayan sa Blue Shield of California sa **(800) 452-4413 (TTY: 711)** kung kailangan mo ng impormasyon sa ibang naa-access na format na bukod sa nakalista sa itaas. Ang aming mga oras ng opisina ay 8 a.m. hanggang 8 p.m., pitong araw sa isang linggo.

Nagtatrabaho ka ba? Oo Hindi Nagtatrabaho ba ang iyong asawa? Oo Hindi

Ilista ang iyong doktor sapangunahing pangangalaga (PCP), klinika, o health center (sentrong pangkalusugan):

Pangalan ng doktor, klinika, o health center: _____

Numero ng ID ng doktor, klinika, o health center: _____

Pangalan ng grupo ng doktor, klinika, o health center: _____

Kasalukuyang pasyente? Oo Hindi

Email address: _____

Numero ng mobile na telepono: _____

Kapag ibinigay mo ang iyong email address sa itaas, awtomatiko ka nang maitatala sa paperless na paghahatid para sa ilan sa iyong mga komunikasyon sa plano.

Elektroniko mong makukuha ang karamihan sa iyong mga kinakailangang komunikasyon sa plano. Padadalhan ka namin ng email kapag makukuha na online ang mga bagong komunikasyon (halimbawa: Paliwanag ng Mga Benepisyo o Taunang Abiso ng Mga Pagbabago). Maa-access mo ang mga komunikasyong ito sa pamamagitan ng anumang device gaya ng computer, tablet, o mobile na telepono.

Sa halip na paperless na paghahatid, ime-mail namin sa iyo ang mga pisikal na kopya ng mga kinakailangang materyales. Mangyaring tandaang napakalaki ng ilang komunikasyon at maaaring hindi magkasya ang mga ito sa lahat ng mailbox. Puwede mong baguhin ang iyong kagustuhan para sa paghahatid anumang oras.

Pagbabayad ng iyong mga premium sa plano

Puwede mong bayaran ang iyong buwanang premium sa plano (kasama ang anumang multa sa nahuling pagpapatala na kasalukuyang mayroon ka o posibleng utang mo) sa pamamagitan ng mail bawat buwan. Kung may premium na babayaran ang iyong plano, makakatanggap ka ng buwanang bayarin kasama ang halaga at petsa kung kailan ka dapat susunod na magbabayad, o **puwede mong piliing bayaran ang iyong premium sa pamamagitan ng awtomatikong pagbabawas nito sa iyong Segurong Panlipunan o benepisyong ng Railroad Retirement Board (RRB) bawat buwan.**

Para matutunan pa ang tungkol sa iyong mga opsyon sa pagbabayad, bisitahin kami sa blueshieldca.com/medicarewaystopay o tawagan ang Serbisyo sa Customer sa **(800) 452-4413 (TTY: 711)**.

Awtomatikong pagbabawas mula sa iyong buwanang tseke ng benepisyong ng Segurong Panlipunan o Railroad Retirement Board (RRB).

Nakakatanggap ako ng mga buwanang benepisyong mula sa: Segurong Panlipunan RRB

(Ang pagbabawas sa Segurong Panlipunan/Railroad Retirement Board ay maaaring tumagal nang dalawa o higit pang buwan upang magsimula. Sa karamihan ng kaso, kung tatanggapin ng Segurong Panlipunan/Railroad Retirement Board ang iyong kahilingan para sa awtomatikong pagbabawas, isasasama sa unang pagbabawas mula sa iyong tseke ng benepisyong ng Segurong Panlipunan/Railroad Retirement Board ang lahat ng premium na dapat bayaran mula sa petsa ng pag-iral ng iyong pagpapatala hanggang sa pagsisimula ng pagbabawas. Kung hindi aaprubahan ng Segurong Panlipunan/Railroad Retirement Board ang iyong kahilingan para sa awtomatikong pagbabawas, padadalhan ka namin ng papel na bayarin para sa iyong mga buwanang premium.)

Kung kailangan mong magbayad ng Bahagi D-Buwanang Halaga ng Pagsasaayos na Nauugnay sa Kita (Bahagi D-IRMAA), dapat bayaran mo ang dagdag na halagang ito bilang karagdagan sa premium ng iyong plano. Karaniwang ikinakaltas ang halagang ito mula sa iyong benepisyong sa Segurong Panlipunan, o posible kang makakuha ng bayarin mula sa Medicare (o sa RRB). HUWAG ibabayad ang Bahagi D-IRMAA sa Blue Shield of California.

Para lang sa mga indibidwal na tumutulong sa nakatalang sagutan ang form na ito

Sagutan ang seksyong ito kungisa kang indibidwal (hal. mga abogado ng State Health Insurance Program (SHIP, Programa ng Insurance sa Kalusugan ng Estado), miyembro ng pamilya, o iba pang ikatlong partido) na tumutulong sa enrollee na punan ang form na ito.

Pangalan: _____ Relasyon sa nakatala:
 Mga Abogado ng SHIP Pinahintulutang kinatawan
Lagda: _____ Iba pa (ikatlong partido) Sarili

Impormasyon ng Lisensiyadong Ahente ng Insurance:

*Nagpapahiwatig ng kinakailangang patlang.

Pangalan ng itinalagang ahensya: _____
(mangyaring i-print ang pangalan ng itinalagang ahensya)

ID ng Buwis ng itinalagang ahensya*: _____
(mangyaring i-print ang pangalan ng ID ng buwis ng itinalagang ahensya)

Pangalan ng Lisensiyadong Ahente ng Insurance*: _____
(mangyaring i-print ang pangalan ng producer/writing agent)

Indibidwal na NPN ng Lisensiyadong Ahente ng Insurance*: _____
(mangyaring i-print ang indibidwal na NPN ng producer/writing agent)

Numero ng telepono ng Lisensiyadong Ahente ng Insurance: _____

Email address ng Lisensiyadong Ahente ng Insurance: _____

Petsa kung kailan natanggap ng lisensiyadong ahente ng insurance ang aplikasyon: _____

Lagda ng Lisensiyadong Ahente ng Insurance: _____

Sa pamamagitan ng aking lagda, pinatutunayan ko ritong nabasa at nauunawaan ko ang Mga Patnubay sa Komunikasyon at Marketing at mga patakaran sa Pagpapatala ng CMS Medicare at kinukumpirma kong nakatanggap ang nagpapatala ng kumpletong kit sa pagpapatala. Sumasang-ayon akong ang pagpapatalang ito ng benepisyaryo ng Medicare, sa ngalan ng Blue Shield of California, ay sumunod sa mga patakarang ito.

Ang Blue Shield of California ay isang planong HMO D-SNP na may kontrata sa Medicare at maging sa California State Medicaid Program. Nakasalalay ang pagpapatala sa Blue Shield of California sa pag-renew ng kontrata.

Pahayag ng Batas sa Pagkapribado

Ang Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, Mga Sentro ng Mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid) ay nangongolekta ng impormasyon mula sa mga plano ng Medicare para subaybayan ang pagpapatala ng benepisyaryo sa Mga Planong Medicare Advantage (MA), pagbutihin ang pangangalaga, at para sa pagbabayad ng mga benepisyo ng Medicare. Pinapahintulutan ng seksyon 1851 ng Social Security Act (Batas sa Segurong Panlipunan) at 42 Kodigo ng Mga Regulasyon ng Pederal (CFR) §§ 422.50 at 422.60 ang pagkolekta ng impormasyong ito. Magagawa ng CMS na gamitin, ibunyag ang, at makipagpalitan ng data ng pagpapatala mula sa mga benepisyaryo ng Medicare tulad ng tinukoy sa Sistema ng Abiso ng Mga Tala (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", System No. 09-70-0588. Kusang-loob ang ang iyong pagtugon sa form na ito. Gayunpaman, ang kabiguang tumugon ay posibleng makaapekto sa pagpapatala sa plano.

Karaniwan, puwede ka lang magpatala sa plano ng Medicare Advantage sa taunang panahon ng pagpapatala mula Oktubre 15 hanggang sa Disyembre 7 ng bawat taon. May mga pagbubukod na posibleng magbigay-daan sa iyong magpatala sa plano ng Medicare Advantage sa labas ng panahong ito.

Mangyaring basahin nang mabuti ang mga sumusunod na pahayag at lagyan ng tsek ang kahon kung nalalapat sa iyo ang pahayag. Sa pamamagitan ng paglalagay ng tsek sa alinman sa mga sumusunod na kahon ay pinapatunayan mong, sa abot ng iyong kaalaman, kwalipikado ka para sa Panahon ng Pagpapatala. Kung matutukoy namin sa kalaunang hindi tama ang impormasyong ito, posible kang matanggal sa plano.

- Bago ako sa Medicare.
- Nakatala ako sa isang plano ng Medicare Advantage at gusto kong gumawa ng pagbabago sa Panahon ng Bukas na Pagpapatala sa Medicare Advantage (MA OEP).
- Kamakailan akong lumipat sa labas ng pinagseserbisyuhang lugar para sa aking kasalukuyang plano o kamakailan akong lumipat at bagong pagpipilian para sa akin ang planong ito. Lumipat ako noong (ilagay ang petsa MM/DD/YYYY)
_____.
- Kamakailan akong lumaya mula sa pagkakulong. Pinalaya ako noong (ilagay ang petsa MM/DD/YYYY)
_____.
- Kamakailan akong bumalik sa Estados Unidos matapos na manirahan nang permanente sa labas ng U.S. Bumalik ako sa U.S. noong (ilagay ang petsa MM/DD/YYYY)
_____.
- Kamakailan akong nakakuha ng legal na katayuan sa presensya sa Estados Unidos. Nakuha ko ang katayuang ito noong (ilagay ang petsa MM/DD/YYYY)
_____.
- Kamakailan akong nagkaroon ng pagbabago sa aking Medicaid (bagong nakuha ang Medicaid, nagkaroon ng pagbabago sa antas ng tulong ng Medicaid, o nawala ang Medicaid) noong (ilagay ang petsa MM/DD/YYYY)
_____.
- Kamakailan akong nagkaroon ng pagbabago sa aking Extra Help (Dagdag na Tulong) na nagbabayad para sa saklaw sa resetang gamot ng Medicare (bagong nakuha ang Extra Help, nagkaroon ng pagbabago sa antas ng Extra Help, o nawala ang Extra Help) noong (ilagay ang petsa MM/DD/YYYY)
_____.
- Mayroon akong Medicare at Medicaid (o tinutulungan ako ng estado kong bayaran ang aking mga premium sa Medicare) o nakakakuha ako ng Extra Help sa pagbabayad para sa aking saklaw sa resetang gamot ng Medicare, pero wala pa akong pagbabago.

- Lilipat, nakatira ako sa, o kamakailan akong umalis sa isang Pasilidad ng Pangmatagalang Pangangalaga (halimbawa, isang nursing home o pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga). Lumipat ako noong/lilipat/aalis ako sa pasilidad sa (ilagay ang petsa MM/DD/YYYY)
_____.
- Kamakailan akong umalis sa programa ng Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, Programa ng Ingklusibo sa Lahat na Pangangalaga para sa Matatanda) noong (ilagay ang petsa MM/DD/YYYY)
_____.
- Kamakailan akong hindi boluntaryong nawalan make-credit na saklaw sa resetang gamot (saklaw na halos katumbas ng Medicare). Nawala ang aking saklaw sa gamot noong (ilagay ang petsa MM/DD/YYYY)
_____.
- Aalis ako sa saklaw ng employer o unyon sa (ilagay ang petsa MM/DD/YYYY)
_____.
- Nabibilang ako sa isang programa ng tulong sa parmasya na ibinibigay ng aking estado.
- Tatapusin na ng plano ko ang kontrata nito sa Medicare, o tatapusin na ng Medicare ang kontrata nito sa plano ko.
- Nakatala ako sa isang plano ng Medicare (o estado ko) at gusto kong pumili ng ibang plano. Nagsimula ang pagpapatala ko sa planong iyon noong (ilagay ang petsa MM/DD/YYYY)
_____.
- Nakatala ako sa isang Special Needs Plan (SNP, Plano ng Mga Espesyal na Pangangailangan) pero nawalan ako ng kwalipikasyon ng mga espesyal na pangangailangan na kinakailangan para mapabilang sa plano. Inalis ako sa pagkakatala sa SNP noong (ilagay ang petsa MM/DD/YYYY)
_____.
- Naapektuhan ako ng isang emergency o malaking sakuna (tulad ng ipinahayag ng Federal Emergency Management Agency (FEMA, Ahensya ng Pamamahala sa Emerhensiya ng Pederal) o ng isang entidad ng Pederal, estado, o lokal na pamahalaan). Nalapat sa akin ang isa sa iba pang pahayag dito, pero hindi ako nakahiling sa pagpapatala dahil sa sakuna.
 - Napalampas ko ang Paunang Panahon ng Halalan (IEP)
 - Napalampas ko ang Taunang Panahon ng Pagpapatala (AEP)
- Nabibilang ako sa planong kamakailang kinuha ng awtoridad sa regulasyon ng estado o teritoryo dahil sa mga isyu sa pananalapi. Gusto kong lumipat sa ibang plano.
- Nabibilang ako sa planong may star-rating na mas mababa sa 3 bituin sa huling 3 taon. Gusto kong sumali sa isang planong may star rating na 3 bituin o mas mataas.
- Bago ako sa Medicare AT nauna nang ibinigay ang karapatan sa pagkakaroon ng Medicare kaya naabisuhan ako tungkol sa pagkuha ng Medicare pagkatapos ng petsa ng pag-iral ng Bahagi A at/o B ko.

Kung wala sa mga pahayag na ito ang nalalapat sa iyo o hindi ka sigurado, mangyaring makipag-ugnayan sa Blue Shield of California sa **(888) 534-4263 (TTY: 711)** o Pinahintulutang Ahente, para malaman kung kwalipikado kang magpatala. Bukas kami 8 a.m. hanggang 8 p.m., pitong araw sa isang linggo mula Oktobre 1 hanggang Marso 31 at 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes, mula Abril 1 hanggang Setyembre 30.