

參加有限收入新合格過渡 (LI NET) 計劃的申請表

什麼是有限收入新合格過渡 (LI NET) 計劃？

LI NET 是一項 Medicare 計劃，為有資格獲得低收入補貼 (LIS) 或「額外幫助」但沒有處方藥承保的 Medicare 參與者提供臨時處方藥承保。

填寫此表格以註冊此計劃

- 完成第 1 部分並包含可接受的支持文件清單中的文件之一。
- 透過郵寄方式將資訊發送至< LI NET sponsor address>、傳真至<LI NET sponsor fax number>或透過電子郵件發送至< LI NET sponsor email address>。

我什麼時候應該使用這個表格？

如果您尚未透過以下任何方式註冊，請使用此表格：

- 由 Medicare 和醫療補助服務中心 (CMS) 自動註冊
- 藥局銷售點登記
- 您自費支付的處方藥的直接報銷請求

填寫此表格需要什麼？

- 您的 Medicare 號碼（紅、白、藍 Medicare 卡上的號碼）
- 您的永久地址*和電話號碼

接下來發生什麼？

在我們處理您的註冊後，您將收到一封包含資訊和說明的歡迎信。

如需有關此表格的協助

請致電 LI NET 幫助台 < LI NET sponsor phone number>。TTY 使用者可以撥打 < phone number/TTY>。

前往< LI NET sponsor website>。

或，致電 Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用戶可以撥打 1-877-486-2048。

En español: Llame a <LI NET sponsor name> al <phone number/TTY> o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

如果您無家可歸

- *如果您想獲得報銷並加入 LINET，但沒有永久居住地，您可以列出郵政信箱、避難所或診所的地址，或者您收到郵件的地址（例如您的社會安全支票）作為您的永久居住地址。

PRA 公開聲明

醫療保險和醫療補助服務中心 (CMS) 從醫療保險贊助商收集信息，以追蹤受益人登記情況、改善護理以及支付醫療保險福利。《社會安全法》第 1860D-1 條和 42 CFR §§ 423.30 和 423.32 授權收集此類資訊。CMS 可以使用、公開和交換 Medicare 受益人的登記數據，如記錄系統通知 (SORN) 「Medicare Advantage 處方藥 (MARx)」(系統編號 09-70-0588) 中指定的。您對此表的回覆是自願的。然而，未能回應可能會影響計劃的註冊。根據 1974 年《隱私 權法》，所獲得的任何個人識別資訊將在法律範圍內保密。

根據 1995 年《減少文書工作法案》，任何人都無需對資訊收集作出回應，除非資訊顯示有效的 OMB 控制編號。此資訊收集的有效 OMB 控制號碼是 0938-1441。完成此資訊所需的時間估計為每次回應平均 15 分鐘，包括審查說明、搜尋現有資料資源、收集所需資料以及完成和審查資訊收集的時間。如果您對預計時間的準確性有任何意見或對改進此表格有任何建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Office, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244 -1850。

請勿向 PRA 報告審批辦公室發送申請、索賠、付款、醫療記錄或任何包含敏感資訊的文件。請注意，任何與本表中列出的相關 OMB 控制編號批准的資訊收集負擔無關的信件將不會被審查、轉發或保留。如果您對在哪裡提交文件有疑問或疑慮，請參閱本頁的“有關此表格的幫助”，將填妥的表格發送給 LI NET 贊助商。

第 1 部分			
名：		姓：	
中間名首字母（可選）：			
出生日期：(MM/DD/YYYY) (/ /)		性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
電話號碼： ()			
永久居住街道地址 (不要輸入郵政信箱。注意：對於無家可歸的個人，郵政信箱可能被視為您的永久居住地址。)：			
城市：		縣（可選）：	
州：		郵遞區號：	
郵寄地址，如果與您的永久地址不同（允許郵政信箱）： 街道地址：			
城市：		州：	
郵遞區號：			
您的 Medicare 信息：			
Medicare 號碼： _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _			
資料提交者： <input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 護理人員/病患權益倡導者 <input type="checkbox"/> 其他			
姓名（如果不是擁有 Medicare 的人）：			
電話號碼：()			

您可以選擇在申請中提供其中一份文件以支援資格驗證。該文件可能包括：

- (A) 您的醫療補助卡副本
- (B) 由國家或社會安全管理局出具的證明您的低收入補貼 (LIS) 或「額外幫助」狀態的信函副本
- (C) 您致電州 Medicaid 機構以核實您的 Medicaid 承保範圍的日期、核實 Medicaid 期限的州工作人員的姓名和電話號碼，以及電話中確認的 Medicaid 資格日期
- (D) 您所在州的文件副本，確認您的醫療補助狀態已啟動
- (E) 您所在州的醫療補助系統顯示您的醫療補助狀態的螢幕列印
- (F) 來自藥房的證明，證明他們向 Medicaid 開出帳單並且 Medicaid 已向其付款
- (G) 加入其他福利的文件，例如補充保障收入 (SSI)

第 2 部分（可選）

回答這些問題是你的選擇。您不會因為沒有填寫而被拒絕承保。

您是西班牙裔、拉丁裔或西班牙裔嗎？選擇所有符合條件的。

- ☐ 否，不是西班牙裔、拉丁裔或原西班牙裔
- ☐ 是的，波多黎各裔
- ☐ 是的，另一個西班牙裔、拉丁裔或西班牙裔
- ☐ 我選擇不回答。
- ☐ 是的，墨西哥裔、墨西哥裔美國人、奇卡諾人
- ☐ 是的，古巴裔

你的種族是什麼？選擇所有符合條件的。

- ☐ 美洲印地安人或阿拉斯加原住民
- ☐ 黑人或非裔美國人
- 亞洲人：
 - ☐ 印度人
 - ☐ 中國人
 - ☐ 菲律賓人
 - ☐ 日本
 - ☐ 韓國人
 - ☐ 越南人
 - ☐ 其他亞洲人
- 夏威夷原住民和太平洋島民：
 - ☐ 關島人或查莫羅人
 - ☐ 夏威夷原住民
 - ☐ 薩摩亞人
 - ☐ 其他太平洋島民
- ☐ 白種人
- ☐ 我選擇不回答。

如果您希望我們以英語以外的語言向您發送訊息，請選擇下面的語言。

- ☐ *[LI NET sponsor to insert the languages required in its service area.]*

如果您希望我們以易於存取的格式向您發送訊息，請選擇一項。

- ☐ 盲文
- ☐ 大字體
- ☐ 音訊CD
- ☐ 資料CD

如果您需要除上面列出的以外的可訪問格式的信息，請通過 < LI NET sponsor phone number > 聯繫 < LI NET sponsor name >。我們的辦公時間是< LI NET sponsor's days and hours of operation >。TTY 使用者可以撥打 < TTY number >。

我想透過電子郵件取得以下資料。選擇一個或多個。

[LI NET sponsor may list those types or categories of materials that are available for electronic delivery]

電子郵件地址：