**附表 1：MA 計劃個人參保申請表範本（亦稱作「選擇表」）**

參考章節：10, 40.1, 40.2, 50.1

*（修訂版 2，發行日期：*2018 年 7 月 31 日*；生效/實施日期：2019 年 1 月 1 日）*

若您需要另一種語言或格式（盲文）編寫的表格，請聯絡 <plan name>。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **若要參保 <plan>，請提供以下資訊：** | | | | | | | |
| [*Required if form used for multiple plans：***請勾選您要參加的計劃：**  產品 ABC 每月 $XX 產品 XYZ 每月 $XX] | | | | | | | |
| 姓： 名： 中間名縮寫 | | | | | | 先生  夫人  女士 | |
| 出生日期：  (\_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ \_\_)  （月/日/年） | 性別：  男  女 | | 住宅電話號碼：  ( ) | | | [*Optional field*： 備用電話號碼：  ( )] | |
| 永久居住地址（不允許使用郵政信箱）： | | | | | | | |
| 城市： | | [*Optional field：*郡：] | | | 州： | | 郵遞區號： |
| **郵寄地址**（僅在與您的永久居住地址不同時才需填寫）：  街道地址： 城市： 州： 郵遞區號： | | | | | | | |
| [*Optional field*：**緊急聯絡人：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **電話號碼**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **與您的關係：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ] | | | | | | | |
| [*Optional field：***電子郵件地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ] | | | | | | | |
| **請提供您的 Medicare 保險資訊** | | | | | | | |
| 請取出您的紅白藍 Medicare 卡以填寫此部分。   * 請按您 Medicare 卡上所示填寫此資訊。   -或-   * 附上您的 Medicare 卡副本或社會保障 局/鐵路職工退休委員會給您的信函。 | | | | 姓名（如您 Medicare 卡上所示）：  Medicare 號碼：  有權享有： 生效日期：  住院保險（A 部分）  醫療保險（B 部分）  您必須擁有 Medicare A 部分及 B 部分，才能參加 Medicare Advantage 計劃。 | | | |
| [***Zero premium MA-only plans may omit this section***：  **支付您的計劃保費** | | | | | | | |
| **[***Zero premium MA-PD plans insert the following***：若我們確定您需繳納逾期參保罰金（或若您目前有欠付的逾期參保罰金），我們需要知道您想如何支付。您可以每月<***insert optional intervals, if applicable, for example***「或每季度」>透過郵寄、<***insert optional methods:***「電子資金轉賬 (EFT)」、「信用卡」>來支付。您也可以選擇每月透過社會保險或鐵路職工退休委員會 (RRB）福利支票自動扣繳保費。若經評估您被認為需繳納 D 部分按收入每月調整保費，社會保障局將會通知您。除了計劃保費，您還需要繳納這筆額外保費。額外保費將從您的社會保險福利支票中扣除，或直接由 Medicare 或 RRB 收取。請勿向 [*insert appropriate plan and/or organization name]* 支付 D 部分按收入每月調整保費 (IRMAA)。]**  **[***MA-only and MA-PD plans with premiums insert***：您可以每月**<*insert optional intervals, if applicable, for example***「或每季度」>透過郵寄、<***insert optional methods*：**「電子資金轉賬 (EFT)」、「信用卡」>來支付您的月繳計劃保費[***MA-PD plans with premiums insert:***（包括您當前已欠付或可能欠付的任何逾期參保罰金）]**。**您也可以選擇每月透過社會保障局或鐵路職工退休委員會 (RRB）福利支票自動扣繳保費。]**  [*MA-PD plans with premiums insert：***若經評估您被認為需繳納 D 部分按收入每月調整保費，社會保障局將會通知您。除了計劃保費，您還需要繳納這筆額外保費。額外保費將從您的社會保險福利支票中扣除，或直接由 Medicare 或 RRB 收取。請勿向 [*insert appropriate plan and/or organization name]* 支付 D 部分按收入每月調整保費 (IRMAA)。]**  收入有限者可能符合處方藥費用額外補助申請資格。若符合資格，Medicare 可能會支付 75% 或更多的藥費，包括每月的處方藥保費、年度自付扣除金和共同保險。另外，符合資格的人士將不受承保範圍缺口或逾期參保罰金的限制。許多人有資格獲得此類補助卻對此毫不知情。要瞭解有關額外補助的更多資訊，請聯絡您當地的社會保障局辦事處，或撥打 1-800-772-1213 致電社會保障局。聽障人士可致電 1-800-325-0778。您亦可從 www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp 網上申請額外補助。  如果您符合額外補助資格，可獲得 Medicare 處方藥費用承保，Medicare 將為您支付全部或部分計劃保費。如果 Medicare 只支付部分保費，我們會向您收取 Medicare 未給付的金額。  如果您未選擇付款方式，您每個月都會收到賬單<*optional language in place of“bill each month*”：「兌換券」或「支付簿」>。  **請選擇一項保費付款方式：**  收取賬單 <option:「兌換券」、「支付簿」等>  <*option to include other billing intervals e.g. bi-monthly, quarterly*>  [*Optional -* *Include other payment methods, such as EFT & credit card, as follows:*  每月從您的銀行賬戶進行電子資金轉賬 (EFT)。請隨附一張作廢的支票或提供以下資訊：  帳戶持有人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  銀行代碼：\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ 銀行帳號：\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  賬戶類型： 支票賬戶  儲蓄賬戶  信用卡。請提供以下資訊：  信用卡類型：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  信用卡上的賬戶持有人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  賬號︰ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  終止日期：\_ \_ /\_ \_ \_ \_ （月/年）]  每月自動從您的社會保險或鐵路職工退休委員會 (RRB）福利支票扣繳。  我透過以下來源獲得每月福利： 社會保障局  RRB  （扣繳可能需要在社會保險/RRB 批准後兩個月或更長時間才會生效。在多數情況下，如果社會保障局或 RRB 批准自動扣繳申請，第一次透過社會保險或 RRB 福利支票扣繳的金額將包含您從投保生效日起到扣繳日止的所有應繳保費。如果您的申請未獲社會保障局或 RRB 批准，我們將郵寄月繳保費的紙本賬單給您。） | | | | | | | |
| **請閱讀和回答以下重要問題：** | | | | | | | |
| 1. 您是否患有晚期腎病 (ESRD)？ 是  否   若您已順利進行腎臟移植手術和/或您已不再需要進行定期透析，**請附上醫生提供的說明或記錄**，證明您已順利進行腎臟移植手術或不需要透析服務，否則我們可能需要聯絡您，以取得額外 資訊。 | | | | | | | |
| [*MA-PD plans insert:*  2. 有些人可能擁有其他藥物保險，包括其他私人保險、TRICARE、聯邦政府員工健康福利保險、VA 福利或州政府醫藥補助計劃。  您是否擁有除了 <MA plan> 之外的其他處方藥保險？  是  否  若回答「是」，請列出您所持有的其他保險，以及您該保險的識別 (ID）號碼：  其他保險的名稱 用於該保險的 ID 號碼： 用於該保險的團體號碼  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] | | | | | | | |
| 3. 您是否是長期護理機構（如療養院）的住院患者？  是  否  若選擇「是」，請提供以下資訊：  機構名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  機構地址及電話號碼（號碼和街道）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| 4. 您是否已加入您居住地的州政府 Medicaid 計劃？  是  否  若選擇「是」，請提供您的 Medicaid 號碼：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| 5. 您或您的配偶是否有工作？  是  否 | | | | | | | |
| [Special Needs Plans insert question(s）regarding the required special needs criteria (i.e.「您是否住在長期護理機構」or「您是否患有糖尿病？」] | | | | | | | |
| [*Optional field：***請選擇主治醫師 (PCP)、診所或健康中心的名稱：**] | | | | | | | |
| **如果您希望我們以英語以外的語言或無障礙格式向您傳送資訊，請勾選以下的一個方塊：**  <include list of available languages>  <include list of accessible formats (like Braille, audio tape, or large print）>  若您需要以上所列之外的其他語言或無障礙格式的資訊，請撥打 <phone number> 聯絡 <plan name>。服務時間為 <insert days and hours of operation>。聽障人士可致電 <TTY number>。 | | | | | | | |
| [*Optional field：*If plan delivers some documents electronically, insert language explaining the types of documents it sends and how (e.g., information about your enrollment to the email address you provide to us on this form), as well as how a member can opt to get paper versions of those documents instead (e.g., a checkbox to opt-out of getting documents electronically).] | | | | | | | |

[***Following box required only for MA-PD plans*:**

|  |
| --- |
| **請閱讀以下重要資訊：** |
| **若您目前擁有僱主或工會提供的健康保險，加入 <MA-PD Name> 可能會影響您的僱主或工會健康福利。若您加入 <MA-PD name>，您可能會失去您的僱主或工會健康保險。**請閱讀僱主或工會傳送給您的函件。若您有疑問，請瀏覽他們的網站或聯絡其函件上列出的辦事處。若沒有關於聯絡人的任何資訊，您的福利管理人員或回答保險相關問題的辦事處可以提供幫助。] |

|  |  |
| --- | --- |
| **請閱讀並簽署以下內容** | |
| **填寫此註冊申請，表示我同意以下內容：**  <Plan Name> 是一項與聯邦政府簽有合約的 Medicare Advantage 計劃。本人必須持續投保 Medicare Part A 和 Part B。本人一次僅可投保一項 Medicare Advantage 計劃，並且本人理解投保此計劃將自動終止投保其他 Medicare 保健計劃或處方藥計劃的資格。我有責任告知計劃我所擁有的或在將來可能獲得的任何處方藥保險。[***MA-only plans insert*：**我瞭解，若我沒有 Medicare 處方藥保險或有信譽度的處方藥保險（與 Medicare 的相若），將來我參保 Medicare 處方藥保險時可能須支付逾期參保罰金。]參加此計劃通常為期一整年。一旦我參加，我只能在年中開放註冊的某些時間（例如，每年的 10 月 15 日至 12 月 7 日），或在某些特殊情況下才能退出計劃或做出變更。  <Plan name> 服務於特定服務區。若我遷出 <plan name> 服務區，我需要通知計劃以便退出計劃並在新區域尋找新的計劃。一旦我成為 <plan name> 的會員，若我不同意計劃對付款或服務所做的決定，我有權提出上訴。我將在收到 <plan name> 的[insert either 會員手冊 or 承保範圍說明書文件]後仔細閱讀該文件，以瞭解要獲得此 Medicare Advantage 計劃的承保，我必須遵守哪些規則。我理解，除美國邊界附近的有限範圍之外，身在國外的 Medicare 計劃成員通常無法獲得 Medicare 保險。  我瞭解，從 <plan name> 保險生效的日期開始，我所有的醫療保健服務皆須自 <plan name> 取得，緊急服務、急症治療服務或區域外透析服務除外。[*PPOs use the following in place of the first sentence：*「我瞭解，從 <plan name> 保險開始生效之日起，使用網絡內服務比網絡外服務花費更少，緊急服務、急症治療服務或區域外透析服務除外。若具有醫療必需性，<plan> 會為所有承保福利提供償付，即便我使用網絡外服務。」] <plan name> 授權的服務及 <plan name> 承保範圍說明書文件（亦稱為會員合約或保戶協議）中涵蓋的其他服務皆在承保範圍內。未經授權，**MEDICARE 或 <plan name> 均不會為服務付費**。  我瞭解，若我接受銷售代理、經紀人或受僱於 <plan name> 或與其訂有合約的其他個人之幫助，根據我參加的 <plan name>，可能會向他/她支付費用。  **資訊披露：**加入此 Medicare 保健計劃，即表明我確知，出於治療、支付和醫療保健運作方面的原因，<plan name> 在必要時將向 Medicare 及其他計劃披露我的資訊。我還確知，<plan name> 將向 Medicare 披露我的資訊 [***MA-PD plans insert:***（包括我的處方藥事件資料）]，而 Medicare 可能出於研究目的或符合所有適用聯邦法令和法規的其他目的披露該資訊。就我所知，本參保表上的資訊正確無誤。我瞭解，若我故意在此表上提供虛假資訊，我將被計劃退保。  我理解，我（或根據所在州法律獲授權代表我的人）在此申請表上簽名表示我已經閱讀並理解此申請表的內容。若由授權代表（如上所述）簽名，此簽名確認：1）此人在州政府法律下經授權完成此參保程序，且 2）在 Medicare 要求時可提供該授權之證明文件。 | |
|  | |
| **簽名：** | **今日日期：** |
| 若您是授權代表，您必須在上方簽名並提供以下資訊：  **姓名：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **電話號碼：**(\_\_\_）\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_  **與參保人的關係** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

**僅供辦公人員填寫**：

工作人員/代理人/經紀人姓名（若協助投保）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

計劃 ID 號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

保險生效日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ICEP/IEP：\_\_\_\_\_\_ AEP：\_\_\_\_\_\_ SEP（類型）：\_\_\_\_\_\_ 不符合資格：\_\_\_\_\_\_

[*optional space for other administrative information needed by plan*]

# 附表 1b：MA MSA 計劃參保申請表範本（亦稱作「選擇表」）

參考章節：40.1.1

（修訂版 2，發行日期：2018 年 7 月 31 日；生效/實施日期：2019 年 1 月 1 日）

若您需要另一種語言或格式（盲文）編寫的表格，請聯絡 <plan name>。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **若要參保 <plan name>，請提供以下資訊：** | | | | | | | |
| [*Required if form used for multiple plans：***請勾選您要參加的計劃：**  產品 ABC 每月 $XX 產品 XYZ 每月 $XX] | | | | | | | |
| 姓： 名： 中間名縮寫 | | | | | | 先生  夫人  女士 | |
| 出生日期：  (\_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ \_\_)  （月/日/年） | 性別：  男  女 | | 住宅電話號碼：  ( ) | | | [*Optional field*： 備用電話號碼：( )] | |
| 永久居住地址（不允許使用郵政信箱）： | | | | | | | |
| 城市： | | [*Optional field：*郡：] | | | 州： | | 郵遞區號： |
| **郵寄地址**（僅在與您的永久居住地址不同時才需填寫）：  街道地址： 城市： 州： 郵遞區號： | | | | | | | |
| [*Optional field：***緊急聯絡人：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **電話號碼**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **與您的關係：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ] | | | | | | | |
| [*Optional field：***電子郵件地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ] | | | | | | | |
| **請提供您的 Medicare 保險資訊** | | | | | | | |
| 請取出您的紅白藍 Medicare 卡以填寫此部分。   * 請按您 Medicare 卡上所示填寫此資訊。     － 或 －   * 附上您的 Medicare 卡副本或社會保障 局/鐵路職工退休委員會給您的信函。 | | | | 姓名（如您 Medicare 卡上所示）：  Medicare 號碼：  有權享有： 生效日期：  住院保險（A 部分）  醫療保險（B 部分）  您必須擁有 Medicare A 部分及 B 部分，才能參加 Medicare Advantage 計劃。 | | | |
| **請閱讀和回答以下重要問題** | | | | | | | |
| 1. 您是否患有晚期腎病 (ESRD)？ 是  否  通常來說，若您回答「是」，則您不符合 <MSA plan name> 的參保資格。若您已順利進行腎臟移植手術和/或您已不再需要進行定期透析，**請附上醫生提供的說明或記錄**，證明您已順利進行腎臟移植手術或不需要透析服務，否則我們可能需要聯絡您，以取得額外資訊。 | | | | | | | |
| 2. 若要參保 <MSA plan name>，您可能無法擁有如下所述的其他健康保險。請回答以下各問題：  **A.** 您是否已加入您所在州的 Medicaid 計劃？  是  否  **B.** 您是否正在接受 Medicare 善終福利？  是  否  **C.** 有些人可能擁有其他健康保險，包括其他私人保險、TRICARE、聯邦政府員工健康福利保險、退伍軍人福利，或享有其他承保全部或部分 Medicare MSA 年度自付扣除金的健康福利。若您另外擁有上述任一保險，則您不符合參保 <MSA plan name> 的資格  您是否擁有除了 <MSA plan name> 之外的其他健康保險？  是  否    若回答「是」，請列出您所持有的其他保險以及您在該保險中的識別 (ID）號，以便我們確定您是否符合 <MSA plan name> 的參保資格：  其他保險的名稱 用於該保險的 ID 號碼： 用於該保險的團體號碼  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| 3. 您在參保 <MSA plan> 期間，每年是否會在美國居住至少 183 天以上？  是  否 | | | | | | | |
| 4. 您或您的配偶是否有工作？  是  否 | | | | | | | |
| **若您希望我們以英文以外的語言或無障礙格式給您傳送資訊，請勾選以下的一個方塊：**  <include list of available languages>  <include list of accessible formats (like Braille, audio tape, or large print>  若您需要以上所列之外的其他語言或無障礙格式的資訊，請撥打 <phone number> 聯絡 <plan name>。服務時間為 <insert days and hours of operation>。聽障人士可致電 <TTY number>。 | | | | | | | |
| [*Optional field：*If plan delivers some documents electronically, insert language explaining the types of documents it sends and how (e.g., information about your enrollment to the email address you provide to us on this form), as well as how a member can opt to get paper versions of those documents instead (e.g., a checkbox to opt-out of getting documents electronically).] | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **請閱讀並簽署以下內容：** | |
| **填寫此註冊申請，表示我同意以下內容：**  <MSA Plan Name> 是一項與聯邦政府簽有合約的 Medicare Advantage 計劃。我必須保持我的 Medicare A 部分和 B 部分資格。我一次僅可參保一項 Medicare Advantage 計劃，並且我理解參保此計劃將自動終止我參保其他 Medicare 健康計劃的資格。我有責任告知計劃我所擁有的或在將來可能獲得的任何健康保險。我瞭解，若我沒有 Medicare 處方藥保險或有信譽度的處方藥保險（與 Medicare 的相若），將來我參保 Medicare 處方藥保險時可能須支付逾期參保罰金。參加此計劃通常為期一整年。我只能在每年 10 月 15 日至 12 月 7 日的年度參保期（於下一年度的  1 月 1 日生效）期間，或在某些特殊情況下，透過向 <MSA plan name> 寄送書面申請離開本計劃（「退保」）。如果我選擇了 Medicare MSA 計劃且在之前未加入過 MSA 計劃，若我改變主意，我可以在同一年的 12 月 15 日之前聯絡我的計劃，撤銷參保申請取消投保。我瞭解，要等到銀行賬戶建立之後，我才算成功參保 MSA 計劃。我瞭解，我正參保的計劃在未達到高自付扣除金之前不會為 Medicare 承保的服務付費，但 <plan name> 允許我使用本人 MSA 賬戶中的資金來支付健康服務費用。用 MSA 銀行賬戶支付符合國稅局資格的醫療費用時免收稅費。若用於支付非醫療費用，則需支付所得稅以及最高達 50% 的罰金。當達到自付扣除金額度後，計劃將為 Medicare 承保的服務支付 100% 的費用。  [*MSA Demonstration Plans insert*：若我參保 MSA 示範計劃，在達到自付扣除金之前，我可能須為計劃所述的特定預防性服務支付分攤費用。在達到自付扣除金金額後，我需要為承保服務支付分攤費用，直至達到最高自付費用，之後 MSA 示範計劃會為 Medicare 承保的服務支付 100% 的費用。]  若我對 MSA 銀行賬戶的初始設定或此參保表中的任何資訊有疑問，我應致電 < contact number> 聯絡 <plan name>。  <MSA plan name> 服務於特定服務區。若我遷出 <MSA Plan Name> 服務區，我需要通知計劃以便退出計劃並在新區域尋找新的計劃。一旦我成為 <MSA plan Name> 的會員，若我不同意計劃對付款或服務所做的決定，我有權提出上訴。我將在收到 <MSA plan name> 的[insert either 會員手冊 or 承保範圍說明書文件]後仔細閱讀該文件，以瞭解要獲得此 Medicare Advantage 計劃的承保，我必須遵守哪些規則。  我瞭解，若我接受銷售代理、經紀人或受僱於 <plan name> 或與其訂有合約的其他個人之幫助，根據我參加的 <plan name>，可能會向他/她支付費用。  我瞭解，若我在計劃年度（12 月 31 日）結束之前退保，<plan name> 可能會從我的 MSA 銀行賬戶中按比例扣取當年的部分存款返還給 Medicare。扣款金額視退保日期後，該年度剩餘的月數而定。我瞭解，如果我身故，我的受益人將負責支付欠付 Medicare 的任何款項。我的受益人負責保管超出欠付 Medicare 部分的任何金額。  **資訊披露：**加入此 Medicare 保健計劃，即表明我確知，出於治療、支付和醫療保健運作方面的原因，該 Medicare 保健計劃在必要時將向 Medicare 及其他計劃披露我的資訊。我也確知，<MSA plan name> 將向 Medicare 披露我的資訊，而 Medicare 可能出於研究目的或符合所有適用聯邦法令和法規的其他目的披露該資訊。就我所知，本參保表上的資訊正確無誤。我瞭解，若我故意在此表上提供虛假資訊，我將被計劃退保。  我理解，我（或根據所在州法律獲授權代表我的人）在此申請表上簽名表示我已經閱讀並理解此申請表的內容。若由授權代表（如上所述）簽名，此簽名確認：1）此人在州政府法律下經授權完成此參保程序，且 2）在 Medicare 要求時可提供該授權之證明文件。 | |
| **簽名：** | **今日日期：** |
| 若您是授權代表，您必須在上方簽名並提供以下資訊：  姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  電話號碼：(\_\_\_）\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_\_\_\_  與參保人的關係 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  保存記錄 **—** 作為授權代表，請您務必保存 MSA 賬戶中的資金的使用時間和用途記錄。 | |

**僅供辦公人員填寫**：

工作人員/代理人/經紀人姓名（若協助投保）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

計劃 ID 號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

保險生效日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ICEP/IEP：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AEP：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEP（類型）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
不符合資格：\_\_\_\_\_\_\_

[*optional space for other administrative information needed by plan*]

# 附表 1c：PFFS 計劃個人參保申請表範本（亦可稱作「選擇表」）

參考章節：10, 20.4, 40.1, 40.2

（修訂版 2，發行日期：2018 年 7 月 31 日；生效/實施日期：2019 年 1 月 1 日）

若您需要另一種語言或格式（盲文）編寫的表格，請聯絡 <plan name>。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **若要參保 <plan>，請提供以下資訊：** | | | | | | | |
| [*Required if form used for multiple plans：***請勾選您要參加的計劃：**  產品 ABC 每月 $XX 產品 XYZ 每月 $XX] | | | | | | | |
| 姓： 名： 中間名縮寫 | | | | | | 先生  夫人  女士 | |
| 出生日期：  (\_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ \_\_)  （月/日/年） | 性別：  男  女 | | 住宅電話號碼：  ( ) | | | [*Optional field*： 備用電話號碼：] | |
| 永久居住地址（不允許使用郵政信箱）： | | | | | | | |
| 城市： | | [*Optional field：*郡：] | | | 州： | | 郵遞區號： |
| **郵寄地址**（僅在與您的永久居住地址不同時才需填寫）：  街道地址： 城市： 州： 郵遞區號： | | | | | | | |
| [*Optional field*：**緊急聯絡人：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **電話號碼**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **與您的關係：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ] | | | | | | | |
| [*Optional field：***電子郵件地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ] | | | | | | | |
| **請提供您的 Medicare 保險資訊** | | | | | | | |
| 請取出您的紅白藍 Medicare 卡以填寫此部分。   * 請按您 Medicare 卡上所示填寫此資訊。     － 或 －   * 附上您的 Medicare 卡副本或社會保障 局/鐵路職工退休委員會給您的信函。 | | | | 姓名（如您 Medicare 卡上所示）：  Medicare 號碼：  有權享有： 生效日期：  住院保險（A 部分）  醫療保險（B 部分）  您必須擁有 Medicare A 部分及 B 部分，才能參加 Medicare Advantage 計劃。 | | | |
| [***Zero premium MA-only plans omit this section***：  **支付您的計劃保費** | | | | | | | |
| **[***Zero premium MA-PD plans insert***：若我們確定您需繳納逾期參保罰金（或若您目前有欠付的逾期參保罰金），我們需要知道您想如何支付。您可以每月<***insert optional intervals, if applicable, for example***「或每季度」>透過郵寄、<***insert optional methods:***「電子資金轉賬 (EFT)」、「信用卡」> 來支付。您也可以選擇每月透過社會保險或鐵路職工退休委員會福利支票自動扣繳保費。若經評估您被認為需繳納 D 部分按收入每月調整保費，社會保障局將會通知您。除了計劃保費，您還需要繳納這筆額外保費。額外保費將從您的社會保險福利支票中扣除，或直接由 Medicare 或鐵路職工退休委員會收取。請勿向 [*insert appropriate plan and/or organization name]* 支付 D 部分按收入每月調整保費 (IRMAA)。]**  **[***MA-only and MA-PD plans with premiums insert***： 您可以每月**<*insert optional intervals, if applicable, for example***「或每季度」>透過郵寄、<***insert optional methods*：**「電子資金轉賬 (EFT)」、「信用卡」> 來支付您的月繳計劃保費（包括您已欠付或可能欠付的任何逾期參保罰金）。您也可以選擇每月透過社會保險或鐵路職工退休委員會福利支票自動扣繳保費。**  [*MA-PD plans with premiums insert：***若經評估您被認為需繳納 D 部分按收入每月調整保費，社會保障局將會通知您。除了計劃保費，您還需要繳納這筆額外保費。額外保費將從您的社會保險福利支票中扣除，或直接由 Medicare 或鐵路職工退休委員會收取。請勿向 [*insert appropriate plan and/or organization name]* 支付 D 部分按收入每月調整保費 (IRMAA)。]**  收入有限者可能符合處方藥費用額外補助申請資格。若符合資格，Medicare 將可替您支付 75% 或以上的藥費，包括處方藥月繳保費、年度自付扣除金，以及共同保險。此外，符合條件的人士將不受承保範圍缺口或逾期參保罰金的限制。許多人有資格申請這些補助，但卻一無所知。要瞭解有關額外補助的更多資訊，請聯絡您當地的社會保障局辦事處，或撥打 1-800-772-1213 致電社會保障局。聽障人士可致電 1-800-325-0778。您亦可在線申請額外補助，網址：www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp  如果您符合額外補助資格，可獲得 Medicare 處方藥費用承保，Medicare 將為您支付全部或部分計劃保費。如果 Medicare 只支付部分保費，我們會向您收取 Medicare 未給付的金額。  如果您未選擇付款方式，您每個月都會收到賬單<*optional language in place of“bill each month*”：「兌換券」或「支付簿」>。  **請選擇一項保費付款方式：**  收取賬單 <option：「兌換券」、「支付簿」等>  <*option to include other billing intervals e.g. bi-monthly, quarterly*>  [*Optional -* *Include other payment methods, such as EFT & credit card as follows:*  每月從您的銀行賬戶進行電子資金轉賬 (EFT)。請隨附一張作廢的支票或提供以下資訊：  帳戶持有人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  銀行代碼：\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ 銀行帳號：\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  賬戶類型： 支票賬戶  儲蓄賬戶  信用卡。請提供以下資訊：  信用卡類型：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  信用卡上的賬戶持有人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  賬號︰ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  終止日期：\_ \_ /\_ \_ \_ \_ （月/年）]  每月從您的社會保險/鐵路職工退休委員會 (RRB）福利支票自動扣繳。  我透過以下來源獲得每月福利： 社會保障局  RRB  （扣繳可能需要在社會保險/RRB 批准後兩個月或更長時間才會生效。在多數情況下，如果社會保障局或 RRB 批准自動扣繳申請，第一次透過社會保險或 RRB 福利支票扣繳的金額將包含您從投保生效日起到扣繳日止的所有應繳保費。如果您的自動扣繳申請未獲社會保障局或 RRB 批准，我們將郵寄月繳保費的紙本賬單給您。）] | | | | | | | |
| **請閱讀和回答以下重要問題：** | | | | | | | |
| 1. 您是否患有晚期腎病 (ESRD)？ 是  否  若您已順利進行腎臟移植手術和/或您已不再需要進行定期透析，**請附上醫生提供的說明或記錄**，證明您已順利進行腎臟移植手術或不需要透析服務，否則我們可能需要聯絡您，以取得額外資訊。 | | | | | | | |
| [*PFFS-PD plans insert:*  2. 有些人可能擁有其他藥物保險，包括其他私人保險、TRICARE、聯邦政府員工健康福利保險、VA 福利或州政府醫藥補助計劃。  您是否擁有除了 <PFFS plan> 之外的其他處方藥保險？ 是  否  若回答「是」，請列出您所持有的其他保險，以及您該保險的識別 (ID）號碼：  其他保險的名稱 用於該保險的 ID 號碼： 用於該保險的團體號碼  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] | | | | | | | |
| 3. 您或您的配偶是否有工作？ 是  否 | | | | | | | |
| [*Optional field：***請告知我們您的主治醫師 (PCP）的姓名：**  醫師姓名：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 電話號碼：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**] | | | | | | | |
| [*Optional field：***請告知我們您的首選醫院、診所或健康中心名稱：**  姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 城市：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_\_\_\_] | | | | | | | |
| **若您希望我們以英文以外的語言或無障礙格式給您傳送資訊，請勾選以下的一個方塊：**  <include list of available languages>  <include list of accessible formats (like Braille, audio tape, or large print)>  若您需要以上所列之外的其他語言或無障礙格式的資訊，請撥打 <phone number> 聯絡 <plan name>。服務時間為 <insert days and hours of operation>。聽障人士可致電 <TTY number>。 | | | | | | | |
| [*Optional field：*If plan delivers some documents electronically, insert language explaining the types of documents it sends and how (e.g., information about your enrollment to the email address you provide to us on this form), as well as how a member can opt to get paper versions of those documents instead (e.g., a checkbox to opt-out of getting documents electronically).] | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **請閱讀以下重要資訊：** |
| [*All PFFS plans insert：*<Plan name> 是一項 Medicare Advantage Private Fee-for-Service 計劃，其運作方式與 Medicare 補充計劃及其他 Medicare Advantage 計劃不同。您的醫生或醫院不一定要同意接受計劃的條款與條件，並可選擇不為您提供治療（緊急情況除外）。您應在每次就診前確認提供者是否接受 <plan name>。提供者可從我們的網站瞭解計劃的條款與條件：<insert link to PFFS terms and conditions>。]  [*All PFFS plans insert, except for cases in which* *beneficiary is switching from one PFFS plan to another PFFS plan offered by the same MAO*：<plan name> 收到您的參保表後，計劃代表將致電聯絡您。 此次致電旨在確保您瞭解 Private Fee-for-Service 的運作方式及確認您參保 <plan name> 的意向。若 <plan name> 無法透過電話聯絡到您，則會向您寄送一封載有類似資訊的信函。]  [*PFFS-PD plans insert：*若您目前擁有僱主或工會提供的健康保險，加入 <PFFS-PD Name> 可能會影響您的僱主或工會健康福利。若您擁有僱主或工會提供的健康保險，加入 <PFFS-PD Name> 可能會改變您現有保險的運作方式。若您加入 <plan name>，您或您的受撫養人可能會完全喪失其他健康或藥物保險並且無法恢復。請閱讀僱主或工會傳送給您的函件。若您有疑問，請瀏覽他們的網站或聯絡其函件上列出的辦事處。若沒有關於聯絡人的任何資訊，您的福利管理人員或回答保險相關問題的辦事處可以提供幫助。] |

|  |  |
| --- | --- |
| **請閱讀並簽署以下內容** | |
| **填寫此註冊申請，表示我同意以下內容：**  <Plan Name> 是一項與聯邦政府簽有合約的 Medicare Private Fee-For-Service 計劃。我必須保持我的 Medicare A 部分和 B 部分資格。我瞭解，本計劃是一項 Medicare Advantage Private-Fee-For-Service 計劃，並且我一次僅可參保一項 Medicare 保健計劃。我瞭解，參保此計劃將自動終止我參保其他 Medicare 保健計劃[*PFFS w/PD insert*「或處方藥計劃」]的資格。我有責任告知計劃我所擁有的或在將來可能獲得的任何處方藥保險。[*PFFS w/o PD only plans insert：*「我瞭解，此計劃不提供 Medicare 處方藥保險，因此我可以透過其他 Medicare 處方藥計劃獲得承保。若我沒有 Medicare 處方藥保險或有信譽度的處方藥保險（與 Medicare 的相若），將來我參保 Medicare 處方藥保險時可能須支付逾期參保罰金。」] 參加此計劃通常為期一整年。一旦我參加，我只能在年中開放註冊的某些時間（例如，每年 10 月 15 日至 12 月 7 日的年度參保期），或在某些特殊情況下才能退出計劃或做出變更。  <Plan name> 是一項 Medicare Private Fee-For-Service 計劃，其運作方式與 Medicare 補充計劃及其他 Medicare Advantage 計劃不同。<Plan name> 將取代 Medicare 進行付費，並且我需負責支付 <plan name> 未給付的金額，如定額手續費和共同保險。如果我參保 <plan name>，Original Medicare 將不會支付我的醫療保健費用。  在向提供者求診前，我應確認提供者是否接受 <plan name>。我瞭解，我的醫療服務提供者有權在我每次求診時選擇是否接受 <plan name> 的付款條款與條件。我瞭解，如果我的提供者不接受 <plan name>，我將需要尋找另一位接受 <plan name> 的提供者。  <Plan name> 服務於特定服務區。若我遷出 <plan name> 服務區，我需要通知 <plan name> 以便退出計劃並在新區域尋找新的計劃。一旦我成為 <plan name> 的會員，若我不同意計劃對付款或服務所做的決定，我有權提出上訴。我將在收到 <plan name> 的[insert either 會員手冊 or 承保範圍說明書文件]後仔細閱讀該文件，以瞭解要獲得此 Private Fee-For-Service 計劃的承保，我必須遵守哪些規則。我理解，除美國邊界附近的有限範圍之外，身在國外的 Medicare 計劃成員通常無法獲得 Medicare 保險。  我瞭解，若我接受銷售代理、經紀人或受僱於 <plan name> 或與其訂有合約的其他個人之幫助，根據我參加的 <plan name>，可能會向他/她支付費用。  **資訊披露：**加入此 Medicare 保健計劃，即表明我確知，出於治療、支付和醫療保健運作方面的原因，該 Medicare 保健計劃在必要時將向 Medicare 及其他計劃披露我的資訊。我還確知，<plan name> 將向 Medicare 披露我的資訊 [**PFFS-PD plans insert:**（包括我的處方藥事件資料）]，而 Medicare 可能出於研究目的或符合所有適用聯邦法令和法規的其他目的披露該資訊。就我所知，本參保表上的資訊正確無誤。我瞭解，若我故意在此表上提供虛假資訊，我將被計劃退保。  我理解，我（或根據所在州法律獲授權代表我的人）在此申請表上簽名表示我已經閱讀並理解此申請表的內容。如由授權人士簽署（如上所述），此簽名確認：1）此人在州政府法律下經授權完成此參保程序，且 2）在 Medicare 要求時可提供該授權之證明文件。 | |
|  | |
| ***簽名：*** | ***今日日期：*** |
| *若您是授權代表，您必須在上方簽名並提供以下資訊：*  ***姓名：****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  ***地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***  ***電話號碼：****(\_\_\_）\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_*  ***與參保人的關係*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | |

**僅供辦公人員填寫**：

工作人員/代理人/經紀人姓名（若協助投保）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

計劃 ID 號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

保險生效日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ICEP/IEP：\_\_\_\_\_\_ AEP：\_\_\_\_\_\_ SEP（類型）：\_\_\_\_\_\_ 不符合資格：\_\_\_\_\_\_

[*optional space for other administrative information needed by plan*]

# 附表 1d：簡化版參保表範本

參考章節：40.1.9

（修訂版 1，發行日期：2018 年 7 月 31 日；生效/實施日期：2019 年 1 月 1 日）

*[MA Organizations must collect all required data as outlined in Appendix 2.Additional data elements must be added for any required data not already available.]*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 您正在申請加入由 <name of MA Organization> 提供的一項 Medicare Advantage 計劃。您同意讓 <name of MA Organization> 使用我們從您當前 <非 Medicare 保險 *[or optionally：name non-Medicare plan]*> 參保申請中獲取的個人存檔資訊來完成您的參保申請。 | | | | |
| **您的資訊**： | | | | |
| 姓： | 名： | | | 中間名縮寫： |
| 您當前 <non-Medicare plan name> 健保計劃的會員 編號： | 您的 Medicare 號碼： | | | （可選）  A 部分保險生效時間：  B 部分保險生效時間： |
| 您的電話號碼（以防我們需要聯絡您）： | | | | |
| **告知我們您要參加的計劃：**[*Include plan names and premiums.If using form for multiple plans, display options for beneficiary to clearly indicate plan choice.*] | | | | |
| \_\_\_\_ 計劃 A 每月 $XX \_\_\_\_\_ 計劃 B 每月 $XX  [If offering a zero premium plan or reduction of the Part B premium, may delete or modify the references to plan and Medicare premiums:]我瞭解，此計劃可能有不同的醫療服務提供者網絡，我必須支付計劃月繳保費，此外還要繳納可能欠付的任何 Medicare A 部分和 B 部分 保費。  *[May include options for premium payment.If not offering options for premium payment, include：*您將收到 <plan name> 的月繳保費賬單。如果您想透過 <payment options offered by the plan> 繳納保費，請聯絡 <plan name>。*]* | | | | |
| *[Add any other items not available via internal data sharing to collect the remainder of required information]* | | | | |
| 若您希望我們以英文以外的語言或無障礙格式給您傳送資訊，請勾選以下的一個方塊：  \_\_\_\_ <include list of available languages>  \_\_\_\_ <include list of accessible formats (like Braille, audio tape, or large print)>  若您需要以上所列之外的其他語言或無障礙格式的資訊，請撥打 <phone number> 聯絡 <plan name>。服務時間為 <insert days and hours of operation>。聽障人士可致電 <TTY number>。 | | | | |
| **重要提示：閱讀並簽署以下內容：** | | | | |
| * <Plan name> 是一項與聯邦政府簽有合約的 Medicare Advantage 處方藥計劃。我必須繼續保留 A 部分和 B 部分才能繼續參保 <plan name>。 * 我瞭解，若我接受銷售代理、經紀人或受僱於 <plan name> 或與其訂有合約的其他個人之幫助，他可能會因我參保 <plan name> 而取得報酬。 * **資訊披露：**加入此 Medicare Advantage 處方藥計劃，即表明我確知，出於治療、支付和醫療保健運作方面的原因，計劃在必要時將向 Medicare 及其他計劃披露我的資訊。我也確知，<plan name> 將向 Medicare 披露我的資訊（包括我的處方藥事件資料），而 Medicare 可能出於研究目的或符合所有適用聯邦法令和法規的其他目的披露該資訊。 * 就我所知，本參保表上的資訊正確無誤。我瞭解，若我故意在此表上提供虛假資訊，我將被計劃退保。我瞭解，即使已參保 Medicare，出國期間通常仍無法享有 Medicare 承保，在美國邊界附近可享有的有限承保除外。 * 我瞭解，當 <plan name> 保險生效後，我所有的醫療和處方藥福利皆須自 <plan name> 取得。<plan name> 授權及 <plan name> 承保範圍說明書文件（亦稱為會員合約或保戶協議）中涵蓋的所有福利和服務皆在承保範圍內。**未經授權，Medicare 或 <plan name> 均不會為福利或服務付費。** * 我理解，我（或取得合法授權代表我行事的個人）在此申請表上簽名即表示本人已閱讀並瞭解此申請表的內容。如由授權人士簽署（如上所述），此簽名確認：   1）此人根據州法律有權完成此參保程序，且  2）在 Medicare 要求下可提供該授權之證明文件。 | | | | |
| **簽名：** | | | **日期：** | |
| 若您是授權代表，您必須在上方簽名並提供以下資訊： | | | | |
| 姓名： | | 地址： | | |
| 電話號碼： | | 與參保人的關係： | | |

# 附表 1：Cost Plan 參保表範本

（修訂版 2，發行日期：2018 年 7 月 31 日；生效/實施日期：2019 年 1 月 1 日）

[Organizations may include the image of the Medicare card in enrollment mechanisms.]

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **若要參保 <name of plan>，請提供以下資訊：** | | | | | |
| [*Optional Field* **請勾選您要參加的計劃：** \_\_\_\_ 產品 ABC 每月 $XX\* \_\_\_\_ 產品 XYZ 每月 $XX\*]  \*您必須繼續繳納您的 B 部分保費 | | | | | |
| 請註明您請求的投保生效日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| 姓： 名： 中間名縮寫： | | | | | 先生  夫人  女士 |
| 出生日期：  (\_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ \_\_)  （月/日/年） | 性別：  男  女 | | | 電話號碼：  ( ) | |
| 永久居住地址： | | | | | |
| 城市： | | 州： | | [*Optional：*郡：] | 郵遞區號： |
| **郵寄地址**（僅在與您的永久居住地址不同時才需填寫）：  街道地址： 城市： 州： 郵遞區號： | | | | | |
| [Optional field：**緊急聯絡人：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_]  [Optional field：**電話號碼：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_]  [Optional field：**與您的關係** \_\_\_\_\_\_\_] | | | | | |
| [*Optional field* **電子郵件地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_]** | | | | | |
| **請提供您的 Medicare 保險資訊** | | | | | |
| 請取出您的紅白藍 Medicare 卡以填寫此部分。     * 請按您 Medicare 卡上所示填寫此資訊   － 或－   * 附上您的 Medicare 卡副本或社會保障局或鐵路職工退休委員會給您的信函。 | | | 姓名（如您 Medicare 卡上所示）：  Medicare 號碼：  有權享有： 生效日期：  住院保險（A 部分）  醫療保險（B 部分）  您必須擁有 Medicare B 部分，才能參加 Medicare Cost Plan。 | | |
| *[Optional：(this section applies only to cost plans offering an optional supplemental Part D benefit)]:*  **您的計劃保費付款選項** | | | | | |
| 您可以每月<insert optional intervals, if applicable, for example「或每季度」>透過郵寄、「電子資金轉賬 (EFT)」、「信用卡」>來支付您的月繳計劃保費。您也可以選擇每月透過社會保障局支票自動扣繳保費。  [Optional;收入有限者可能符合處方藥費用額外補助申請資格。若符合資格，Medicare 將可替您支付 75% 或以上的藥費，包括處方藥月繳保費、年度自付扣除金，以及共同保險。此外， 符合條件的人士將不受承保範圍缺口或逾期參保罰金的限制。許多人有資格申請這些補助， 但卻一無所知。如需有關額外補助的更多資訊，請聯絡您當地的社會保障局辦事處，或撥打  1-800-772-1213 致電社會保障局。聽障人士可致電 1-800-325-0778。您亦可從 www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp 線上申請額外補助*。*]  若您有資格享受 Medicare 處方藥保險費用的額外補助，則 Medicare 將就此項福利支付您的全部或部分計劃保費。如果 Medicare 只支付部分保費，我們會向您收取 Medicare 未承保的金額。  如果您未選擇付款方式，您將收到月度賬單*<optional language in place of*  *「月度賬單」：*「兌換券」*或*「支付簿」>。  **請選擇一項保費付款方式：**  收取賬單 <option：「兌換券」、「支付簿」等>  *<option to include other billing intervals e.g. bi-monthly, quarterly>*  [*Include other optional methods, such as EFT* & *credit card as follows：*  每月從您的銀行賬戶進行電子資金轉賬 (EFT)。請隨附一張作廢的支票或提供以下資訊：  帳戶持有人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   銀行代碼：\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ 銀行賬號：\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_   賬戶類型： 支票賬戶  儲蓄賬戶  信用卡。請提供以下資訊：  信用卡類型：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   信用卡上的賬戶持有人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  賬號︰  終止日期：*\_ \_/\_* \_ \_ \_ （月/年）]  每月自動從您的社會保險或鐵路職工退休委員會 (RRB）福利支票扣繳。  我透過以下來源獲得每月福利： 社會保障局  RRB  （扣繳可能需要在社會保險/RRB 批准後兩個月或更長時間才會生效。在多數情況下，如果社會保障局或 RRB 批准自動扣繳申請，第一次透過社會保險或 RRB 福利金支票扣繳的金額不會包含您從投保生效日起到扣繳日止的所有應繳保費。對於社會保障局/RRB 支票扣款前的應繳保費，我們會[*insert one of the following or similar billing language：*郵寄相應的紙本賬單給您/郵寄相應的兌換券給您]。如果您的申請未獲社會保障局或 RRB 批准，我們將郵寄月繳保費的紙本賬單給您。） | | | | | |

|  |
| --- |
| **請閱讀和回答以下重要問題：** |
| 1.您是否患有晚期腎病 (ESRD)？ 是  否  若您對此問題回答「是」並且您不再需要定期透析，或者，若您已順利進行腎臟移植手術， **請附上醫生提供的說明或記錄**，證明您不需要透析服務或已順利進行腎臟移植手術。 |
| 2. 您或您的配偶是否有工作？ 是  否  您是否擁有您或您配偶當前或前僱主提供的健康保險？ 是  否  若選擇「是」，請提供以下資訊：  僱主名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 僱主地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  保單持有人姓名： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 保單編號： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3. 您是否已加入您居住地的州政府 Medicaid 計劃？ 是  否  若選擇「是」，請提供您的 Medicaid 號碼： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| [*Cost plans offering an optional supplemental Part D benefit must include：*  4. 部分個人可能擁有其他的藥物保險，包括透過僱主或配偶僱主擁有的其他私人保險、TRICARE、聯邦員工健康福利保險、退伍軍人福利或州醫療協助計劃。  您是否擁有或將擁有除了 <plan name> 之外的其他處方藥保險？ 是  否  若選擇「是」，請列出您的其他保險和用於該保險的身份 (ID）號碼：  其他保險的名稱 用於該保險的 ID 號碼： 用於該保險的團體號碼  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] |
| [*Optional field* **請選擇主治醫生 (PCP)、診所或健康中心的名稱（如有需要）：**] |
| **如果您希望我們以英語以外的語言或無障礙格式向您傳送資訊，請勾選以下的一個方塊：**  <include list of available languages>  <include list of accessible formats (like Braille, audio tape, or large print）>  若您需要以上所列之外的其他語言或無障礙格式的資訊，請撥打 <phone number> 聯絡 <plan name>。服務時間為 <insert days and hours of operation>。聽障人士可致電 <TTY number>。 |
| [*Optional field：*If plan delivers some documents electronically, insert language explaining the types of documents it sends and how (e.g., information about your enrollment to the email address you provide to us on this form), as well as how a member can opt to get paper versions of those documents instead (e.g., a checkbox to opt-out of getting documents electronically).] |

|  |  |
| --- | --- |
| *[This box required only for cost plans offering an optional supplemental Part D benefit:]*    **請閱讀以下重要資訊：** | |
| **若您目前擁有僱主或工會提供的健康保險，加入 <Cost Plan Name> 可能會影響您的僱主或工會健康福利。**若您擁有僱主或工會提供的健康保險，加入 <Cost Plan Name> 並選擇 Medicare 處方藥福利可能會改變您現有保險的運作方式。請閱讀僱主或工會傳送給您的函件。若您有疑問，請瀏覽他們的網站或聯絡其函件上列出的辦事處。若沒有關於聯絡人的任何資訊，您的福利管理員或回答保險相關問題的辦事處可以提供幫助。 | |
| **請閱讀並簽署以下內容** | |
| **填寫此註冊申請，表示我同意以下內容：**  <Cost Plan Name> 是一項 Medicare 保健計劃，我將需要繼續保留我的 Medicare B 部分。我一次僅能加入一項 Medicare 保健計劃。我有責任告知計劃我所擁有的或在將來可能獲得的任何處方藥保險。我瞭解，我可以隨時向 <Cost Plan Name> 寄送書面申請或撥打全天候服務電話  1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，來請求退出該計劃。聽障人士可致電 1-877-486-2048。  <Cost Plan Name> 服務於特定服務區。若我遷出 <Cost Plan Name> 服務區，我需要通知計劃以便退出計劃並在新區域尋找新的計劃。一旦我成為 <Cost Plan Name> 的會員，若我不同意計劃對付款或服務所做的決定，我有權提出上訴。我將在收到 [name] 的[insert either 會員手冊 or 承保範圍說明書文件]後仔細閱讀該文件，以瞭解要獲得此 Medicare 健康計劃的承保，我必須遵守哪些規則。  我瞭解，從 [name of plan] 保險開始生效起，為了便於 [Cost Plan Name] 全面承保我的醫療服務（緊急醫療或急症治療服務除外），我所有的醫療保健皆須由 [name of plan] 提供或安排。 如果所獲取的服務不由本計劃提供或安排，我將須承擔所有的 Medicare 自付扣除金和共同保險，以及 Medicare 計劃規定的任何額外費用。我可能還須為 Medicare 不承保的服務付款。  Medicare 的受益人在出國期間通常無法享有 Medicare 承保，在加拿大和墨西哥地區可享有的有限承保除外。由 [name of plan] 授權的服務以及其他包含在我的 [name of plan] 承保範圍說明書（也稱為會員合約或投保人協議）中的服務將受到承保。  **資訊披露：**加入此 Medicare 保健計劃，即表明我確知，出於治療、支付和醫療保健運作方面的原因，該 Medicare 保健計劃在必要時將向 Medicare 及其他計劃披露我的資訊。*[If offering an optional supplemental Part D benefit include：我也確知，<Cost Plan name> 將向 Medicare 披露我的資訊（包括我的處方藥事件資料），而 Medicare 可能出於研究目的或符合所有適用聯邦法令和法規的其他目的披露該資訊。]*就我所知，本參保表上的資訊正確無誤。我瞭解，若我故意在此表上提供虛假資訊，我將被計劃退保。  我瞭解，我（或根據我所在州的法律授權代表我行事的個人*）*在此申請表上簽名即表示本人已閱讀並瞭解此申請表的內容。如由授權人士簽署（如上所述），此簽名確認：1）此人根據州法律有權完成此參保程序，以及 2）在 <Cost Plan Name> 或 Medicare 要求下可提供該授權之證明文件。 | |
| **您的簽名：** | **今日日期：** |
| 若您為授權代表，則須提供以下資訊：  **姓名：** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **地址：** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **電話號碼：**(\_\_\_\_\_\_\_\_） \_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **與參保人的關係** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

**僅供辦公人員填寫：**

工作人員姓名（若協助參保）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

計劃 ID 號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*[Enrollment Period when applicable]* IEP：\_\_\_\_\_\_\_ AEP：\_\_\_\_\_\_\_\_ SEP（類型）：\_\_\_\_\_\_\_

[optional space for other administrative information needed by plan]

<Federal Contracting Statement>

# 

# 附表 1 — PDP 參保表範本

（修訂版 2，發行日期：2018 年 7 月 31 日；生效/實施日期：2019 年 1 月 1 日）

**[Medicare 藥物計劃的標誌/名稱]**

**<PDP Name>** Medicare 處方藥計劃個人參保表

若您需要另一種語言或格式（盲文）編寫的表格，請聯絡 <plan name>。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **若要參保 <PDP name>，請提供以下資訊：** | | | | | |
| [*Required if form used for multiple plans*：**請勾選您要參加的計劃：**  產品 ABC 每月 $XX 產品 XYZ 每月 $XX] | | | | | |
| 姓： 名： 中間名縮寫 | | | | | 先生  夫人  女士 |
| 出生日期：  (\_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ \_\_)  （月/日/年） | 性別：  男  女 |  | | | 住宅電話號碼：  ( ) |
| 永久居住地址（不允許使用郵政信箱）： | | | | | |
| 城市： | | | | 州： | 郵遞區號： |
| **郵寄地址**（僅在與您的永久居住地址不同時才需填寫）：  街道地址： 城市： 州： 郵遞區號： | | | | | |
| **緊急聯絡人：**[Optional field] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **電話號碼**：[Optional field]\_\_\_\_\_\_\_\_ **與您的關係：**[Optional field] \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| [optional field] **電子郵件地址：** | | | | | |
| **請提供您的 Medicare 保險資訊** | | | | | |
| 請取出您的紅白藍 Medicare 卡以填寫此部分。   * 請按您 Medicare 卡上所示填寫此資訊。     － 或 －   * 附上您的 Medicare 卡副本或社會保障局/鐵路職工退休委員會給您的信函。 | | | 姓名（如您 Medicare 卡上所示）：  Medicare 號碼：  有權享有： 生效日期：  住院保險（A 部分）  醫療保險（B 部分）  您必須擁有 Medicare A 部分或 B 部分（或兩者皆有），才能參加 Medicare 處方藥計劃。 | | |

|  |
| --- |
| **支付您的計劃保費** |
| **您可以每月<***insert optional intervals, if applicable, for example***「或每季度」>透過郵寄、<***insert optional methods:***「電子資金轉賬 (EFT)」、「信用卡」>來支付您的月繳計劃保費（包括您可能欠付的任何逾期參保罰金）**。**您也可以選擇每月透過社會保險或鐵路職工退休委員會福利支票自動扣繳保費。若經評估您被認為需繳納 D 部分按收入每月調整保費，社會保障局將會通知您。除了計劃保費，您還需要繳納這筆額外保費。額外保費將從您的社會保險或鐵路職工退休委員會福利支票中扣除，或直接由 Medicare 收取。請勿向 <PDP name> 支付 D 部分 IRMAA 額外保費。**  收入有限者可能符合處方藥費用額外補助申請資格。若符合資格，Medicare 將可替您支付 75% 或以上的藥費，包括處方藥月繳保費、年度自付扣除金，以及共同保險。此外，符合條件的人士將不受承保範 圍缺口或逾期參保罰金的限制。許多人有資格獲得此類補助卻對此毫不知情。要瞭解有關額外補助的更多資訊，請聯絡您當地的社會保障局辦事處，或撥打 1-800-772-1213 致電社會保障局。聽障人士可致電  1-800-325-0778。您亦可從 www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp 網上申請額外補助。  如果您符合額外補助資格，可獲得 Medicare 處方藥費用承保，Medicare 將為您支付全部或部分計劃保費。如果 Medicare 只支付部分保費，我們會向您收取 Medicare 未給付的金額。  如果您未選擇付款方式，您每個月都會收到賬單<*optional language in place of“bill each month*”：「兌換券」或「支付簿」>。  **請選擇一項保費付款方式：**  收取賬單 <option:「兌換券」、「支付簿」等>  <*option to include other billing intervals e.g. bi-monthly, quarterly*>  <*Include other optional methods, such as EFT & credit card as follows:*  每月從您的銀行賬戶進行電子資金轉賬 (EFT)。請隨附一張作廢的支票或提供以下資訊：  帳戶持有人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  銀行代碼：\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ 銀行帳號：\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  賬戶類型： 支票賬戶  儲蓄賬戶  信用卡。請提供以下資訊：  信用卡類型：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  信用卡上的賬戶持有人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  賬號︰ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  終止日期：\_ \_ /\_ \_ \_ \_ （月/年）>  每月自動從您的社會保險/鐵路職工退休委員會福利支票扣繳。  我透過以下來源獲得每月福利： 社會保障局  RRB  （社會保險/鐵路職工退休委員會保費扣繳可能需要兩個月或更長時間才會生效。在多數情況下，如果社會保障局/鐵路職工退休委員會批准自動扣繳申請，第一次透過社會保險/鐵路職工退休委員會福利支票扣繳的金額將包含您從投保生效日起到扣繳日止的所有應繳保費。如果您的自動扣繳申請未獲社會保障局/鐵路職工退休委員會批准，我們將郵寄月繳保費的紙本賬單給您。） |

|  |
| --- |
| **請回答以下問題：** |
| 1. 有些人可能擁有其他藥物保險，包括其他私人保險、TRICARE、聯邦政府員工健康福利保險、VA 福利或州政府醫藥補助計劃。  您是否擁有除了 <PDP name> 之外的其他處方藥保險？  是  否  若回答「是」，請列出您所持有的其他保險，以及您該保險的識別 (ID）號碼：  其他保險的名稱 用於該保險的 ID 號碼： 用於該保險的團體號碼：  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2. 您是否是長期護理機構（如療養院）的住院患者？  是  否  若選擇「是」，請提供以下資訊：  機構名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  機構地址及電話號碼（號碼和街道）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **若您希望我們以英文以外的語言或無障礙格式給您傳送資訊，請勾選以下的一個方塊：**  <include list of available languages>  <include list of accessible formats (e.g. Braille, audio tape, or large print)>  若您需要以上所列之外的其他語言或無障礙格式的資訊，請撥打 <phone number> 聯絡 <PDP name>。 聽障人士可致電 <TTY number>。服務時間為 <insert days and hours of operation>。 |
| [*Optional field：*If plan delivers some documents electronically, insert language explaining the types of documents it sends and how (e.g., information about your enrollment to the email address you provide to us on this form), as well as how a member can opt to get paper versions of those documents instead (e.g., a checkbox to opt-out of getting documents electronically).] |

|  |
| --- |
| **請閱讀以下重要資訊：** |
| **若您是 Medicare Advantage 計劃**（如 HMO 或 PPO）的會員，則您可能已擁有 Medicare Advantage 計劃提供的可滿足您需求的處方藥保險。加入 <PDP name>，您的 Medicare Advantage 計劃會員資格可能會終止。**這將會影響您的醫生和住院承保，以及您的處方藥保險。**請閱讀 Medicare Advantage 計劃傳送給您的資訊，如有疑問，請聯絡 Medicare Advantage 計劃。  **若您目前擁有僱主或工會提供的健康保險，加入 <PDP Name> 可能會影響您的僱主或工會健康福利。**若您加入 <PDP Name>，您可能會失去您的僱主或工會健康保險。請閱讀僱主或工會傳送給您的函件。若您有疑問，請瀏覽他們的網站或聯絡其函件上列出的辦事處。若沒有關於聯絡人的資訊，您的福利管理人員或回答保險相關問題的辦事處可以提供幫助。 |

|  |  |
| --- | --- |
| **請閱讀並簽署以下內容：** | |
| **填寫此註冊申請，表示我同意以下內容：**  <PDP Name> 是一項與聯邦政府簽有合約的 Medicare 藥物計劃。我瞭解，此項處方藥保險是對本人於 Medicare 項下保險的補充，因此，我必須保持我的 Medicare A 部分和 B 部分承保資格。我有責任告知 <PDP name> 我所擁有的或在將來可能獲得的任何處方藥保險。我一次僅可參保一項 Medicare 處方藥計劃 － 若我現已參保一項 Medicare 處方藥計劃，參保 <PDP name> 將令上述參保自動終止。參加此計劃通常為期一整年。一旦我參加，則除非符合某些特殊情況的參保資格，否則只有在適用參保期內（一般為年度參保期間，即 10 月 15 日至 12 月 7 日）才能退出計劃或做出變更。  <PDP Name> 服務於特定服務區。若我遷出 <PDP Name> 服務區，我需要通知計劃以便退出計劃並在新區域尋找新的計劃。我瞭解，我必須使用網絡內藥房，除非發生緊急情況致使無法合理使用 <PDP name> 網絡內藥房。一旦我成為 <PDP Name> 的會員，若我不同意計劃對付款或服務所做的決定，我有權提出上訴。本人將在收到 <PDP name> 的承保範圍說明書文件後仔細閱讀該文件，以瞭解要獲得承保我必須遵守哪些規則。  我瞭解，若我退出此計劃且沒有或未獲得其他 Medicare 處方藥保險或有信譽度的處方藥保險（與 Medicare 的相若），將來我參保 Medicare 處方藥保險時除支付保費外可能還須支付逾期參保罰金。  我瞭解，若我接受銷售代理、經紀人或受僱於 <PDP name> 或與其訂有合約的其他個人之幫助，根據我參加的 <PDP name>，可能會向他/她支付費用。  我所在的州可能會提供諮詢服務，以就 Medicare 補充保險或其他 Medicare Advantage 或處方藥計劃選項、透過州政府 Medicaid 計劃提供的醫療補助以及 Medicare 節省計劃提供建議。  **資訊披露：**  加入此 Medicare 處方藥計劃，即表明我確知，出於治療、支付和醫療保健運作方面的原因，<PDP Name> 在必要時將向 Medicare 及其他計劃披露我的資訊。我也確知，<PDP Name> 將向 Medicare 披露我的資訊（包括我的處方藥事件資料），而 Medicare 可能出於研究目的或符合所有適用聯邦法令和法規的其他目的披露該資訊。就我所知，本參保表上的資訊正確無誤。我瞭解，若我故意在此表上提供虛假資訊，我將被計劃退保。  我瞭解，我（或根據我所在州的法律授權代表我行事的個人）在此申請表上簽名即表示本人已閱讀並瞭解此申請表的內容。如由授權人士簽署（如上所述），此簽名確認：1）此人在州政府法律下經授權完成此參保程序，且 2）在 Medicare 要求時可提供該授權之證明文件。 | |
| **簽名：** | **今日日期：** |
| 若您是授權代表，您必須在上方簽名並提供以下資訊：  **姓名：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **電話號碼**：(\_\_\_）\_\_\_\_- \_\_\_\_\_  **與參保人的關係** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

|  |
| --- |
| **僅限 Medicare 處方藥計劃使用**：  計劃 ID 號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  保險生效日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IEP：\_\_\_\_\_\_\_ AEP：\_\_\_\_\_\_\_\_ SEP（類型）：\_\_\_\_\_\_  計劃代表/代理人/經紀人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [*optional space for other administrative information needed by plan*] |