

## 銷售預約範圍確認書

Medicare 和 Medicaid 服務中心要求代理人在面對面或電話銷售會議前記錄行銷預約的範圍，以確保瞭解代理人 and Medicare 申請人 (或其授權代表) 將會討論的內容。此表提供的所有資料均保密，且應由有 Medicare 的個人或其授權代表填寫。

請在下面的方框中填寫您希望代理人與您討論的計劃類型的縮寫字母。

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/>  | Medicare Advantage Plan (C 部分) |
| Medicare 醫療保健組織 (HMO) — 一個提供 Medicare A 部分和 B 部分原有所有健康保險 (有時承保 D 部分處方藥保險) 的 Medicare Advantage 計劃。在大多數 HMO 中，您僅可以從計劃網路內的醫生或醫院獲得護理 (緊急情況除外)。 |                                |
| Medicare 特殊需求計劃 (SNP) — 一個專為有特殊醫療保健需求的人士提供福利的 Medicare 優惠計劃。提供服務之特定群體包括同時擁有 Medicare 和 Medicaid 的人士、住在養老院的人士、有某些慢性疾病的人士。                    |                                |

簽署此表即表明您同意會見銷售代理人，討論您在上面標出的產品類型。請注意，與您討論這些產品的人員受僱於 Medicare 計劃或與之訂有合約。他們不直接為聯邦政府工作。該人員還會根據您的計劃參保情況獲得報酬。

簽署此表並不會強制您加入計劃或 Medicare 計劃，也不會影響您的目前投保計劃。

申請人簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

如果您是授權代表，您必須在上面簽名並提供以下資訊：

授權代表姓名：\_\_\_\_\_

您與申請人的關係：\_\_\_\_\_

To be completed by Agent:

|   |                       |
|---|-----------------------|
| Agent Name:   | Agent Phone:          |
| Candidate Name:   | Candidate Phone:      |
| Candidate Address: <i>(optional)</i>  |                       |
| Initial Method of Contact:<br><i>(Indicate here if candidate was a walk-in)</i> |                       |
| Agent Signature:  | Date Appt. Completed: |

## 參保前檢查清單

在做出加入計劃的決定之前，您應充分理解我們的福利與規則。如果您有任何疑問，可致電 1-866-255-4795 或 TTY 711 聯絡客戶服務代表。

### 瞭解福利

- 查看承保說明書 (EOC) 中的完整福利清單，尤其是那些您看醫生時經常使用的服務。造訪 [bndhmo.com/members/plan-details](http://bndhmo.com/members/plan-details) 或致電 1-866-255-4795，TTY 711 查看 EOC 的副本。
- 查看提供者名錄 (或詢問您的醫生)，以確保您現在看的醫生在網路內。如果醫生姓名不在名錄中，則表明您可能需要選擇一名新的醫生。
- 請查看藥房目錄，以確保您用於抓處方藥的藥房在網路內。如果藥房名稱不在目錄中，您將可能需要選擇新的藥房來抓處方藥。

### 瞭解重要規則

- 除了計劃的每月保費外，您還必須繼續支付 Medicare B 部分保費。該保費通常每月從您的社會保障支票中扣除。
- 福利、保費和/或共付額/共同保險可能會在 2022 年 1 月 1 日發生變化。
- 除急救或緊急情況外，我們不承保網路外提供者 (沒有在提供者名錄中列出的醫生) 提供的服務。
- 此計劃是慢性疾病特殊需求計劃 (C-SNP)。您是否能參保將根據驗證決定，即您罹患符合條件的特定嚴重或致殘的慢性疾病。

## 個人參保申請表 IN A MEDICARE ADVANTAGE PLAN (C 部分)

### 誰可以使用此申請表？

有 Medicare 且想加入 Medicare Advantage 計劃之人士。

#### 要加入計劃，您必須：

- 是美國公民或在美國合法居留。
- 居住在計劃的服務區。

**重要提示：**要加入 Medicare Advantage 計劃，您還必須同時擁有以下兩項：

- Medicare A 部分 (醫院保險)。
- Medicare B 部分 (醫療保險)。

### 我何時可以使用該申請表？

#### 您可以於以下期間加入計劃：

- 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日 (從 1 月 1 日開始承保)。
- 首次獲得 Medicare 後的 3 個月內。
- 在某些情況下，您可以加入或更換計劃。

請造訪 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) 瞭解更多有關何時可註冊計劃的資訊。

### 填寫該申請表需要準備什麼？

- 您的 Medicare 號碼 (您的紅、白和藍色 Medicare 醫保卡上的號碼)。
- 您的永久地址和電話號碼。

**注意：**您必須填寫第 1 部分中的所有項目。第 2 部分為選填項 - 您不會因為沒有填寫而參保被拒。

### 請注意：

- 如果您想在秋季投保開放期間 (10 月 15 日至 12 月 7 日) 加入計劃，該計劃必須在 12 月 7 日之前收到您填寫的表格。
- 您的計劃會寄給您一張保費帳單。您可以在註冊時選擇從銀行帳戶或每月社會保障局 (或鐵路職工退休管理委員會) 福利中扣除保費。

### 接下來做什麼？

請將填妥並簽名的表格寄至：

Brand New Day

收件人：Enrollment Department

PO Box 93122

Long Beach, CA 90809

一旦他們處理了您的加入請求，他們會聯絡您。

### 我如何獲取此申請表的填寫幫助？

請致電 Brand New Day，電話：1-866-255-4795。  
TTY 使用者可致電 711。會員服務部工作時間為週一至週五

上午 8 點至晚上 8 點，以及每年 10 月 1 日至次年 3 月 31 日每日上午 8 點至晚上 8 點。

或撥打 Medicare 熱線：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該熱線全天候提供服務。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。

**En español:** Llame a Brand New Day al 1-866-255-4795, TTY 711 (o a Medicare gratis al 1-800-633-4227, 24 horas al día/7 días a la semana) y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle. Brand New Day está disponible de lunes a viernes de 8 am – 8 pm y los 7 días de la semana de 8 am – 8 pm del 1 de octubre al 31 de marzo.

**第 1 部分 – 本頁所有欄位均為必填項 (除非標記為選填項)**

提議的保險生效日期:

選擇想要加入的計劃:

**Brand New Day Select Care I Plan  
(HMO I-SNP) 42**

- Los Angeles、Orange、Riverside 和 San Bernardino 郡  
每月 \$0

**Brand New Day Select Care II Plan  
(HMO I-SNP) 43**

- Alameda、Contra Costa、Fresno、Imperial、Kern、Kings、Madera、Sacramento、San Diego、San Francisco、San Joaquin、San Mateo、Santa Clara、Tulare 和 Yolo 郡  
每月 \$0

**Brand New Day Bridges Care Plan  
(HMO C-SNP) 28**

- Fresno、Imperial、Kern、Los Angeles、Madera、Orange、Riverside、Sacramento、San Bernardino、San Diego、San Francisco 和 San Mateo 郡  
每月 \$0

**Brand New Day Harmony Care Plan  
(HMO C-SNP) 32**

- Fresno、Kern、Los Angeles、Madera、Orange、Riverside、Sacramento、San Bernardino、San Diego、San Francisco、San Mateo、Santa Clara 和 Tulare 郡  
每月 \$0

**Brand New Day Select Choice I Plan  
(HMO I-SNP) 44**

- Los Angeles、Orange、Riverside 和 San Bernardino 郡  
每月 \$0: 如果您沒有接受額外補助, 您的保費可能更多。

**Brand New Day Select Choice II Plan  
(HMO I-SNP) 45**

- Alameda、Contra Costa、Fresno、Imperial、Kern、Kings、Madera、Sacramento、San Diego、San Francisco、San Joaquin、San Mateo、Santa Clara、Tulare 和 Yolo 郡  
每月 \$0: 如果您沒有接受額外補助, 您的保費可能更多。

**Brand New Day Bridges Choice Plan  
(HMO C-SNP) 29**

- Fresno、Imperial、Kern、Los Angeles、Madera、Orange、Riverside、Sacramento、San Bernardino、San Diego、San Francisco 和 San Mateo 郡  
每月 \$0: 如果您沒有接受額外補助, 您的保費可能更多。

**Brand New Day Harmony Choice Plan  
(HMO C-SNP) 20**

- Fresno、Imperial、Kern、Kings、Los Angeles、Madera、Orange、Riverside、Sacramento、San Bernardino、San Diego、San Francisco、San Mateo、Santa Clara 和 Tulare 郡  
每月 \$0: 如果您沒有接受額外補助, 您的保費可能更多。

## 關於您的資訊

名  姓氏  中間名縮寫(可選填)

出生日期(月/日/年)  性別  男性  女性 電話號碼:

備用電話號碼 - 手機  
請勾選相應方塊, 授權 Brand New Day 將您的計劃相關資訊以簡訊傳送至手機。

永久居住地街道地址(不填寫郵政信箱)  郡(可選填)

市  州  郵遞區號

郵寄地址(如果與永久住址不同,可填寫郵政信箱)

街道地址  市  州  郵遞區號

緊急聯絡人姓名(可選填)  與您的關係  電話號碼

電子郵件地址(可選填)  
請勾選相應方塊, 授權 Brand New Day 與您聯絡, 以瞭解己身福利, 以及透過電子郵件傳送健康資訊。

## 您的 Medicare 資訊

請使用您的紅、白和藍色 Medicare 醫保卡以填寫此部分。

- 請依照您的 Medicare 醫保卡填寫此資訊。  
-或者-
- 附上您的 Medicare 醫保卡影本或者社會保障局或鐵路職工退休管理委員會來信的副本。

姓名(如 Medicare 醫保卡上所示):

Medicare 號碼

有資格獲得:  生效日期:

醫院(A部分)

醫療(B部分)

您必須已經有 Medicare A 部分和 B 部分保險才能參加 Medicare Advantage 計劃。

請回答下列重要問題：

1) 除了 Brand New Day, 您是否將會享有其他處方藥承保 (如 VA、TRICARE)?  是  否

其他承保名稱

此承保的 ID 號碼

此承保的團體號碼

2) 您是否居住於長期療養設施 (如護理院)?  
如果「是」, 請提供下列資料:

是  否

機構名稱

機構地址和電話號碼 (號碼及街區)

3) 您是否投保了州立的 Medicaid (Medi-Cal) 計劃?  
如果是, 請提供您的 Medicaid (Medi-Cal) 號碼:

是  否

參保前資格評估表

如果您正要投保特殊需求計劃 (SNP) 之一, 請填妥參保前資格評估表。

重要提示: 請閱讀下文並簽字

- 我必須同時擁有醫院 (A 部分) 和醫療 (B 部分) 保險才能繼續擁有 Brand New Day。
- 加入 Medicare Advantage 計劃即表明, 我認可 Brand New Day 將與 Medicare 共享我的資料, 而 Medicare 可能會使用我的資料來跟蹤我的註冊、付款, 以及用於聯邦法律授權其收集該等資料而允許使用的其他目的 (見下方的隱私法聲明)。
- 您對該表格的回覆是自願的。但是, 如果不回覆, 可能無法加入計劃。
- 據我所知所信, 本投保申請表中的資訊均真實準確。本人瞭解若在此表格上故意填寫虛假資料, 將遭計劃取消資格。
- 我瞭解, Medicare 投保人出國時通常都不屬於 Medicare 的承保範圍, 除非是在美國邊境附近的有限承保。
- 我瞭解, 當 Brand New Day 保險開始時, 我必須從 Brand New Day 領取所有醫療和處方藥福利。Brand New Day 提供的福利和服務和其他包含在 Brand New Day《承保證明》(又稱為會員合約或訂戶協議) 中的服務將提供承保。無論是 Medicare 還是 Brand New Day 都不會為不承保的福利或服務支付費用。

**重要提示: 請閱讀下文並簽字 (續)**

- 本人瞭解在此申請書上簽名 (或由本人合法授權代表簽名) 表示本人已閱讀並清楚此申請書的內容。如由授權代表簽名 (如上所述), 簽署即證明:
  1. 此人已依據州法律獲得授權, 完成本投保事宜, 且
  2. 依據 Medicare 要求可出示授權證明文件。

**參保人簽名**

**今天的日期**

如果您是授權代表, 您必須在上面簽名並提供以下資訊:

**姓名**

**地址**

**電話號碼**

**與參保人關係**

**第 2 部分 – 本頁所有欄位均為選填項**

您可選擇回答這些問題。您不會因為沒有填寫而參保被拒。

**如果您希望我們用英語以外的語言向您發送資訊, 請選擇其中一項。**

西班牙語

繁體中文

韓語

越南語

**如果您希望我們用可存取的格式向您發送資訊, 請選擇其中一項。**

盲文

大號字體印刷

音訊 CD

如果您需要其他格式或以上所列語言之外的版本, 請聯絡 Brand New Day, 電話是 1-866-255-4795, TTY 711。我們的辦公時間為 週一至週五上午 8 點到晚上 8 點, 以及 10 月 1 日至 3 月 31 日每日上午 8 點至晚上 8 點。

**您是否有工作?**  是  否

**您的配偶是否有工作?**

 是 否



第 2 部分 – 本頁所有欄位均為選填項 (續)

列出您的主治醫生 (PCP)、醫療團體或 IPA 以及簽約牙醫：

列出您的主治醫生 (PCP)、診所或健康中心：

PCP 提供者代碼

您是否為上述醫生的現有患者？

是  否

請選擇醫療團體或 IPA 的名稱

醫療團體/IPA 代碼

您是否為上述醫療團體/IPA 的現有患者？

是  否

簽約牙醫 (保留空白者將逕行指定牙醫)

牙醫機構代碼

您是否為上述牙醫的現有患者？

是  否

我想透過電子郵件獲得以下資料。選擇一項或多項。

- ANOC  EOC  處方集  提供者目錄  藥房目錄  
 健康教育材料

電子郵件地址：

退出訂閱電子材料：

- 勾選此方塊退出訂閱，不再接收電子通訊資料。  
我們不會透過電子郵件聯絡您。



## 支付您的計劃保費

您可以透過郵寄、「電子資金轉賬(EFT)」或「信用卡」的方式,按月支付每月的計劃保費(包括您目前所有或欠繳的任何延遲投保罰款)。**此外,您也可以選擇每月從您的社會保障局或鐵路職工退休管理委員會(RRB)福利中自動扣減相應金額以支付保費。**

**如果您必須支付 D 部分收入相關每月調整費用(D 部分 - IRMAA),您必須在計劃保費的基礎上支付此額外費用。**此金額通常從您的社會保障局福利中扣除,或者您可能會從 Medicare(或 RRB)收到帳單。切勿向 Brand New Day 支付 D 部分收入相關每月調整費用。

從您每月的社會保障局或鐵路職工退休管理局 (RRB) 福利支票自動扣款。

我每月從以下單位獲得福利:  社會保障局  鐵路職工退休管理委員會 (RRB)

(社會保障局/RRB 扣款要取得社會保障局或 RRB 核准,所以可能需要兩個月或更久時間才會開始扣款。在大多數情況下,如果社會保障局或鐵路職工退休管理委員會 (RRB) 接受您的自動扣款請求,則從您的社會保障金或鐵路職工退休管理委員會福利支票首次扣除的款項將包含您自投保生效之日起到扣款開始時應付的所有保費。如果社會保障局或 RRB 未核准您的自動扣款要求,我們便會把每月保費的帳單寄給您。)

如果您未選擇支付選項,您每月將收到一張帳單。

### 請選擇保費支付選項:

獲取每月帳單  從銀行帳戶以電子資金轉帳 (EFT) 按月支付。

#### 請附上一張作廢支票或提供以下內容:

帳戶名稱: \_\_\_\_\_

銀行名稱: \_\_\_\_\_

銀行匯款路徑號碼: \_\_\_\_\_

銀行帳戶號碼: \_\_\_\_\_

帳戶類型:  支票  儲蓄

### 隱私法聲明

Medicare 和 Medicaid 服務中心 (CMS) 從 Medicare 計劃收集資訊,以跟蹤 Medicare Advantage (MA) 計劃的受益人參保情況,改善治療以及支付 Medicare 福利。《社會保障法》第 1851 條和第 1860D-1 條以及《美國聯邦法規》第 42 卷第 422.50 條和第 422.60 條授權收集該資訊。CMS 可按照記錄系統通知 (SORN)「Medicare Advantage 處方藥 (MARx)」系統編號 09-70-0588 的規定,使用、披露和交換 Medicare 受益人的註冊數據。您對該表格的回覆是自願的。但是,如果不做出回應,可能會影響計劃的加入。

**Brand New Day Office Use Only**

Name of Staff Member/Agent/Broker (if assisted in enrollment):

Plan ID#:

Effective Date of Coverage:

ICEP/IEP

AEP

SEP(type)

Not Eligible

LIS

OEP

Date of Receipt:

Date Entered:

Date E4 Letter Sent:

Date E6 Letter Sent:

Initials of Verification:

Group #:

Part D Premium:

Notes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sales Agent Information**

If someone helped you fill out this application he/she must complete the information below and sign:

**Name Of Staff/Agent/Broker (Print Name)**

**Agent Signature**

**Date**

**Relationship To Enrollee**

**Date Application Was Received**

**Agent NPN**

**Agent Phone Number**

**Agent License Number**

**FMO**

**Please fax application with Scope of Appointment, Pre-Enrollment Qualification Assessment Tool, Continuity of Care form, and any other required documents to Brand New Day's Enrollment Department fax number at 1-657-400-1207.**

**Application receipt location:**

Appointment

Sales event

Walk-in

Mail

Other:

摺疊 - 保持 - 撕開

摺疊 - 保持 - 撕開

## 投保期間資格誓詞

通常，您只能在每年 10 月 15 日至 12 月 7 日的年度投保期間加入 Medicare Advantage 計劃。此限制存在例外，可允許您在該參保期以外的時間加入 Medicare Advantage 計劃。

請仔細閱讀以下聲明，若聲明符合您的情況，請勾選相應方塊。勾選以下方塊即表示您確認，據您所知，您符合此投保期的資格。若我們後來認定您的資料不屬實，您可能被取消會員資格。

- 我是 Medicare 新會員。
- 我已投保 Medicare Advantage 計劃，並想在 Medicare Advantage 投保開放期間 (MA OEP) 改投保內容。
- 我經確診符合特殊需求計劃 (C-SNP、D-SNP 或 I-SNP) 的資格。
- 我曾加入特殊需求計劃 (SNP)，但我已喪失該計劃要求的特殊需求資格。我從 SNP 退保的日期是 (請填寫日期) \_\_\_\_\_。
- 我最近搬離了我目前所參加計劃的服務區，或者我最近剛搬來本區，這個計劃對我來說是一個新的選擇。我搬家的日期是 (請填寫日期) \_\_\_\_\_。
- 最近我的 Medi-Cal 發生變更 (新獲得 Medi-Cal、Medi-Cal 援助級別發生變更或失去額外補助/低收入補貼) (請填寫日期) \_\_\_\_\_。
- 我同時有 Medicare 與 Medi-Cal (或州政府補助我的 Medicare 保費)，或我獲得額外補助支付 Medicare 處方藥物承保費用，但並沒有變更。
- 我正要搬進、住在或近期搬離長期護理機構 (例如養老院或長期照護機構)。我於 (請填寫日期) \_\_\_\_\_ 已/將搬進/搬出該機構。
- 我最近離開 PACE 計劃的日期是 (請填寫日期) \_\_\_\_\_。
- 我最近意外失去了可信賴的處方藥保險 (與 Medicare 保險幾乎一樣的保險)。我喪失藥物承保的日期是 (請填寫日期) \_\_\_\_\_。

## 投保期間資格誓詞 (續)

我即將離開僱主或工會承保的日期是 (請填寫日期) \_\_\_\_\_

我的計劃與 Medicare 的合約即將終止, 或 Medicare 將與我的計劃終止合約。

**我受到與天氣相關的緊急情況或重大災害影響 (如聯邦緊急事務管理署 (FEMA) 所宣佈)。**這裡的其他聲明之一適用我的情況, 但因為發生天然災害, 讓我無法進行投保。

其他: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

如果這些聲明中沒有一項適合於您或者您對此並不確定, 請撥打 Brand New Day 電話 1-866-255-4795, TTY 711 瞭解您是否有資格參保。週一至週五上午 8 點到晚上 8 點, 以及 10 月 1 日至 3 月 31 日每日上午 8 點至晚上 8 點。

摺疊 - 保持 - 撕開

摺疊 - 保持 - 撕開

## 參保後持續照護申請表

在您完成投保申請表之後，請填妥下列資訊，並傳真到 1-657-400-1207。

會員姓名：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

## 參保後問題

1. 您目前是否使用耐用醫療設備或醫療器材？是 否

1a. 如果回答「是」，  
請註明是下列哪一種：

- |                              |                                   |
|------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 浴椅  | <input type="checkbox"/> 氧氣瓶      |
| <input type="checkbox"/> 手杖  | <input type="checkbox"/> 壓力床墊     |
| <input type="checkbox"/> 導尿管 | <input type="checkbox"/> 座便椅      |
| <input type="checkbox"/> 便桶  | <input type="checkbox"/> 步行器      |
| <input type="checkbox"/> 呼吸機 | <input type="checkbox"/> 輪椅       |
| /睡眠呼吸中止症                     |                                   |
| <input type="checkbox"/> 紙尿褲 | <input type="checkbox"/> 其他：_____ |
| <input type="checkbox"/> 病床  | <input type="checkbox"/> 其他：_____ |

1b. 如果回答「是」，  
則是何組織提供設備或醫療器械？

姓名：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. 您是否正在接受專科醫師的主動治療？或者您是否在看癌症、心臟病、糖尿病或其他疾病的特殊醫生？

是 否（如果是，請指明是哪位醫生？）

姓名：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. 您目前是否在接受家庭健康服務？

是 否（如果是，請指明是哪位醫生？）

公司：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. 您是否有約診的往返交通服務？  
\*並非所有計劃都提供交通保障服務。

是 否 如果回答為「否」請致電  
Brand New Day 會員服務部，  
電話為 1-866-255-4795, TTY 711

其他聯絡資訊：照護者、親戚或支援人員

姓名：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_

姓名：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_

## 失智症參保前資格評估表 (HMO C-SNP)

|   |       |    |
|---|-------|----|
| 名：  | 中間名：  | 姓： |
| 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 出生日期： |    |

**臨床資格審查問題**

如果勾選下列任一項，則申請人符合預審資格。

您是否曾被醫生告知患有下列任何疾病？  
(請勾選所有適用的項目)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 失智症           | <input type="checkbox"/> 阿茲海默症           |
| <input type="checkbox"/> 帕金森氏症         | <input type="checkbox"/> 克雅氏病 (CJD)      |
| <input type="checkbox"/> 額顳葉型失智症 (FTD) | <input type="checkbox"/> 亨廷頓氏病 (HD)      |
| <input type="checkbox"/> 皮克氏病 (PiD)    | <input type="checkbox"/> 血管性失智症          |
| <input type="checkbox"/> 輕度認知障礙 (MCI)  | <input type="checkbox"/> 多發腦梗死性失智症 (MID) |
| <input type="checkbox"/> 路易氏體失智症 (DLB) | <input type="checkbox"/> 正常顱壓腦積水 (NPH)   |

**用藥問題**

1. 您目前或過去是否為了上面所列的疾病服用藥物？  是  否
2. 您目前正在服用哪些藥物？ \_\_\_\_\_

**主治醫生：** \_\_\_\_\_  
醫生姓名

任職診所或地點和電話號碼

**專科醫生：** \_\_\_\_\_  
專科醫生姓名

任職診所或地點和電話號碼

申請人簽名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_