

판매 약속의 범위 확인서

Medicare 및 Medicaid 서비스 센터는 상담원에게 상담원과 Medicare 후보자(또는 지정 대리인) 사이에 논의할 내용을 이해할 수 있도록 모든 일대일 또는 전화 회의를 하기 전에 마케팅 약속의 범위를 기록할 것을 요구합니다. 이 양식에 제공되는 모든 정보는 기밀이며, Medicare 가입자 또는 그 사람의 지정 대리인이 작성해야 합니다.

상담원과 논의하길 원하는 플랜 유형 옆에 있는 상자에 이니셜을 기입하십시오.

	Medicare Advantage 플랜(파트 C)
<p>Medicare Health Maintenance Organization(HMO) — 모든 기존 Medicare 파트 A 및 파트 B 건강 보험을 제공하고 때때로 파트 D 처방약 보험을 보장하는 Medicare Advantage Plan입니다. 대부분의 HMO는 플랜 네트워크 내에 있는 의사나 병원의 치료만 받을 수 있습니다(응급 시 제외).</p>	
<p>Medicare Special Needs Plan(SNP) — 특별 건강 관리가 필요한 사람들을 위해 설계된 혜택 패키지가 있는 Medicare Advantage Plan입니다. 서비스가 제공되는 특정 그룹의 예에는 Medicare와 Medicaid를 모두 가지고 있는 사람, 요양원에 거주하는 사람, 특정 만성 질병이 있는 사람이 포함됩니다.</p>	

본 양식에 서명함으로써 귀하는 판매 상담원과 만나 위에 이니셜을 기입한 제품의 유형을 논의하는 데 동의합니다. 제품을 논의할 사람은 Medicare 플랜의 직원이거나 Medicare 플랜과 계약을 맺은 사람입니다. 이러한 사람들은 직접적으로 연방 정부를 위해 일하는 것이 아니며, 귀하의 플랜 가입에 따라 금액을 지급받을 수도 있습니다.

본 양식에 서명하는 것으로 플랜에 가입할 의무가 있거나, 현재 가입에 영향을 주거나, 귀하를 Medicare 플랜에 가입시키지는 않습니다.

후보자 서명: _____ 날짜: _____

대리인인 경우 위에 서명한 후 다음 정보를 제공해야 합니다:

지정 대리인 이름: _____

후보자와의 관계: _____

To be completed by Agent:

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

가입 전 체크리스트

가입 여부를 결정하기 전에 전체 보험 혜택과 규정을 모두 이해하는 것이 중요합니다. 궁금한 사항이 있으면 1-866-255-4795(TTY 711)로 전화하여 고객 서비스 상담원에게 문의할 수 있습니다.

혜택 이해

- 특히 정기적으로 의사 진료를 받는 서비스에 대해서는 보장 적용 확인서(Evidence of Coverage, EOC)에 있는 전체 혜택 목록을 검토하십시오. EOC 사본을 보려면 www.bndhmo.com/members/plan-details를 방문하거나 1-866-255-4795(TTY 711)로 전화하십시오.
- 제공자 디렉토리를 검토하거나 의사에게 문의하여 지금 진료 받는 의사가 네트워크에 속해 있는지 확인하십시오. 디렉토리에 없으면 새로운 의사를 선택해야 할 수 있음을 의미합니다.
- 약국 디렉토리를 검토하여 처방약을 받기 위해 이용하는 약국이 네트워크에 속해 있는지 확인하십시오. 약국이 디렉토리에 없으면 처방약 조제 약국을 새로 선택해야 할 수 있습니다.

중요한 규정 이해

- 월 보험료와 함께 Medicare 파트 B 보험료를 계속 납부하셔야 합니다. 일반적으로 이 보험료는 매달 사회 보장금 수표에서 공제됩니다.
- 혜택, 보험료 및/또는 공동 부담금/공동 보험금은 2021년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.
- 응급 또는 긴급 상황을 제외하고, 네트워크 외 제공자(제공자 디렉토리에 등재되지 않은 의사)의 서비스는 보장되지 않습니다.
- 이 플랜은 이중 적격 특별 요구 플랜(DSNP)입니다. 귀하가 Medicare와 Medicaid의 주 플랜으로부터 의료 지원을 받을 자격이 모두 있다는 점을 증명할 때 해당 플랜에 가입할 수 있습니다.

MEDICARE ADVANTAGE 플랜 가입을 위한 개인 가입 요청 양식(파트 C)

1. 누가 이 양식을 사용할 수 있습니까?

Medicare를 취득한 사람으로, Medicare Advantage 플랜 가입을 원하는 사람.

플랜에 가입하기 위해서는 다음의 요건을 반드시 충족해야 합니다.

- 미국 시민이거나 미국에 적법하게 체류할 것.
- 플랜의 서비스 지역에 거주할 것.

중요: Medicare Advantage 플랜에 가입하기 위해서는 다음을 모두 취득하고 있어야 합니다.

- Medicare 파트 A(입원보험).
- Medicare 파트 B(의료보험).

2. 언제 이 양식을 사용해야 합니까?

다음과 같이 플랜 가입이 가능합니다.

- 매해 10월 15일에서 12월 7일까지(보장은 1월 1일부터 개시됨).
- 처음 Medicare를 취득한 시점으로부터 3개월 이내.
- 특수한 상황에서, 플랜에 가입하거나 플랜을 전환하는 것이 가능합니다.

플랜 가입이 가능할 때, Medicare.gov에 방문하셔서 자세한 정보를 확인하여 주시기 바랍니다.

3. 양식을 작성할 때 필요한 사항은 무엇입니까?

- Medicare 번호(빨간색, 흰색, 파란색 Medicare 카드에 표시된 번호).
- 거주지 주소와 전화번호.

주: 섹션 1의 항목은 모두 작성하여야 하는 항목입니다. 섹션 2의 항목은 선택사항입니다 — 항목을 채우지 않아도 보장이 거부되지 않습니다.

4. 상기사항:

- 가을 가입 기간(10월 15일-12월 7일) 동안 가입을 원하실 경우, 12월 7일 이전까지 양식을 작성하여 제출해야 합니다.
- 플랜에 따라 귀하에게 플랜 보험료 청구서가 전달될 것입니다. 보험료 계좌 자동이체 또는 매월 사회보장(또는 철도 퇴직자 위원회) 수당에서 보험료를 공제할 수 있습니다.

5. 그 다음 할 일은 무엇입니까?

양식을 작성하고, 서명하신 다음 다음의 주소지로 발송하여 주시기 바랍니다.

Brand New Day
ATTN: Enrollment Department
PO Box 93122
Long Beach, CA 90809

해당 부서에서 귀하의 가입 요청을 처리하고 나면, 귀하에게 연락할 것입니다.

6. 이 양식과 관련해 도움받을 수 있는 방법을 알려 주시겠습니까?

Brand New Day에 1-866-255-4795로 연락하십시오. TTY 사용자는 711로 연락하실 수 있습니다. 회원 서비스 부서는 월요일-금요일 오전 8시-오후 8시로 운영되며, 10월 1일-3월 31일 기간 동안에는 주7일 오전 8시-오후 8시로 운영됩니다.

또는 Medicare에 주7일 24시간 운영되는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락주시기 바랍니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 연락하실 수 있습니다.

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.

섹션 1 – 이 페이지의 필드는 (선택사항으로 표시되어 있지 않는 한) 필수항목에 해당합니다

제안된 유효 보장일:

가입을 원하는 플랜을 선택하여 주시기 바랍니다.

**Brand New Day Classic Care I Plan
(HMO) 25**

- 쉐, 로스앤젤레스, 오렌지, 리버사이드,
샌버나디노, 샌디에이고 카운티
매월 \$0

**Brand New Day Classic Care II Plan
(HMO) 37**

- 프레즈노, 임페리얼, 쉐, 킹스, 로스앤젤레스,
마데라, 오렌지, 리버사이드, 새크라멘토,
샌버나디노, 샌디에이고, 샌프란시스코,
샌와킨, 샌마테오, 산타클라라, 툴레어
카운티
매월 \$0

**Brand New Day Embrace Care Plan
(HMO CSNP) 39-1**

- 쉐, 로스앤젤레스, 오렌지, 리버사이드,
샌버나디노, 샌디에이고 카운티
매월 \$0

**Brand New Day Embrace Care Plan
(HMO CSNP) 39-2**

- 프레즈노, 임페리얼, 킹스, 마데라, 새크라멘토,
샌프란시스코, 샌와킨, 샌마테오, 산타클라라,
툴레어 카운티
매월 \$0

**Brand New Day Dual Access Plan
(HMO DSNP) 24**

- 프레즈노, 임페리얼, 쉐, 킹스, 마데라,
새크라멘토, 샌프란시스코, 샌와킨, 툴레어
카운티
매월 \$31.50

**Brand New Day Classic Choice Plan
(HMO) 33**

- 프레즈노, 임페리얼, 쉐, 킹스, 로스앤젤레스,
마데라, 오렌지, 리버사이드, 새크라멘토,
샌버나디노, 샌디에이고, 샌프란시스코, 샌와킨,
샌마테오, 산타클라라, 툴레어 카운티
매월 \$31.50

**Brand New Day Embrace Choice Plan
(HMO CSNP) 40-1**

- 쉐, 로스앤젤레스, 오렌지, 리버사이드,
샌버나디노, 샌디에이고 카운티
매월 \$31.50

**Brand New Day Embrace Choice Plan
(HMO CSNP) 40-2**

- 프레즈노, 임페리얼, 킹스, 마데라, 새크라멘토,
샌프란시스코, 샌와킨, 샌마테오, 산타클라라,
툴레어 카운티
매월 \$31.50

귀하에 대한 정보

성	이름	M.I. (선택사항)
---	----	-------------

생년월일(월/일/연도)	성별	전화번호:
/ /	<input type="checkbox"/> 남자 <input type="checkbox"/> 여자	

추가 전화번호 - 휴대폰
Brand New Day가 귀하의 플랜에 대한 정보를 귀하의 휴대폰으로 보내는 데 동의하시면 체크박스를 표시하여 주시기 바랍니다.

영구 거주지 도로명 주소(사서함 주소는 기입해서는 안 됨)	카운티(선택사항)
----------------------------------	-----------

도시	주	우편 번호
	CA	

우편 주소가 영구 거주지 주소와 다른 경우 우편주소(사서함 주소도 사용 가능함)

도로명 주소:	도시	주	우편 번호

비상 연락처 이름(선택 사항)	본인과의 관계	전화번호

이메일 주소(선택 사항)
Brand New Day가 귀하에게 혜택과 건강 정보에 관한 이메일을 보내는데 동의하시면 체크박스를 표시하여 주시기 바랍니다.

귀하의 Medicare 정보

빨간색, 흰색 및 파란색 Medicare 카드를 사용하여 이 섹션을 작성하시기 바랍니다.

- Medicare 카드에 기재된 대로 이 정보를 기입하십시오.
-또는-
- Medicare 카드 사본 또는 사회 보장이나 철도 퇴직자 위원회의 서신을 첨부하여 주시기 바랍니다.

이름(귀하의 Medicare 카드에 기재된 이름):

Medicare 번호 _____

다음의 권리 보유:

효력일:

병원(파트 A) _____ / _____ / _____

의료(파트 B) _____ / _____ / _____

Medicare Advantage 플랜에 가입하기 위해서는 Medicare 파트 A와 파트 B를 반드시 취득해야 합니다.

다음의 중요 질문에 대해 답변해 주시기 바랍니다:

1) Brand New Day 외에 (VA, TRICARE와 같은) 다른 처방약 보장 혜택을 이용할 계획이 있으십니까? 예 아니요

다른 보장 혜택 이름

이 보장 혜택의 ID 번호

이 보장 혜택의 그룹 번호

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

2) 양로원과 같은 장기 요양시설에 거주하고 계십니까?
“예”인 경우 다음 정보를 제공하십시오. 예 아니요

기관명

기관의 주소 및 전화번호(호수 및 도로명)

3) 주정부 Medicaid(Medi-Cal) 프로그램을 취득하였습니까?
“예”인 경우 Medicaid(Medi-Cal) 번호를 제공하여 주시기 바랍니다. 예 아니요

사전 등록 자격 평가 도구

저희 Special Needs Plan(SNP) 중 하나에 가입하시는 경우, 사전 등록 자격 평가 도구를 작성하여 주시기 바랍니다.

중요: 읽고 아래에 서명하십시오

- Brand New Day에 입원(파트 A)과 의료(파트 B) 모두를 유지하여 주시기 바랍니다.
- 이 Medicare Advantage 플랜에 가입함으로써, 본인은 본인의 정보가 Medicare와 공유되며, Medicare는 본인의 가입 사실을 추적하고, 비용을 청구하는 목적에서 그리고 개인의 정보의 수집을 승인한 연방법에서 허용하는 다른 목적으로 본인의 정보를 사용할 수 있다는 사실에 동의합니다(아래 개인정보보호법 정책 참조).
- 본 양식에 대한 귀하의 답변은 자발적입니다. 그러나 답변하지 않을 경우, 플랜 가입에 영향을 미칠 수 있습니다.
- 본 가입 양식에 있는 정보는 본인이 알고 있는 한 정확합니다. 본인은 양식에 거짓된 정보를 의도적으로 제공할 경우 플랜 가입이 취소될 수 있다는 사실을 이해합니다.
- 본인은 미국 국경 근처에서 제공되는 제한적인 보장을 제외하고, Medicare를 취득한 사람이 외국을 방문하는 동안에는 일반적으로 Medicare의 보장에서 제외된다는 사실을 이해합니다.
- 본인은 본인의 Brand New Day 보장이 시작되면, Brand New Day로부터 모든 의료 및 처방약 혜택을 받아야 한다는 사실을 이해합니다. Brand New Day에서 제공하는 혜택과 서비스 그리고 본인의 Brand New Day “보장범위 증서” 문서(회원 계약이나 가입자 계약으로도 알려져 있습니다)의 혜택과 서비스가 보장될 것입니다. Medicare는 물론 Brand New Day도 보장되지 않는 혜택이나 서비스에 대해서는 비용을 지급하지 않습니다.

중요: 읽고 아래에 서명하십시오 (계속)

- 본인은 신청서에 서명하는 것(또는 본인을 법적으로 대리하는 사람이 서명하는 것)이 이 신청서의 내용을 읽고, 이해하였음을 의미한다는 사실을 이해하였습니다. (위에서 기술한 것과 같이) 대리인이 서명하는 경우, 이 서명은 다음과 같은 사실을 증명합니다.
 1. 이 사람은 주법에 따라 본 가입 양식을 작성할 수 있도록 권한을 부여받았으며,
 2. Medicare의 요청이 있을 경우, 이 권한에 따라 서류 작성을 할 수 있습니다.

가입자 서명

오늘 날짜

--	--

대리인인 경우 위에 서명한 후 다음 정보를 제공해야 합니다.

이름

주소

--

--

전화번호

가입자와의 관계

--

--

섹션 2 - 이 페이지의 모든 필드는 선택사항입니다

이러한 질문에 답변하는 것은 귀하의 선택입니다. 항목을 채우지 않아도 보장이 거부되는 상황은 발생하지 않습니다.

영어 이외의 다른 언어로 정보를 전달하시길 원할 경우 다음 중 하나를 선택하여 주시기 바랍니다.

<input type="checkbox"/> 스페인어	<input type="checkbox"/> 중국어	<input type="checkbox"/> 한국어	<input type="checkbox"/> 베트남어
-------------------------------	------------------------------	------------------------------	-------------------------------

다음 중 어떠한 이용 가능한 형식으로 정보를 전달하시고 싶은지 선택하여 주시기 바랍니다.

<input type="checkbox"/> 오디오 CD	<input type="checkbox"/> 난청	<input type="checkbox"/> 수화 언어	<input type="checkbox"/> 큰 활자
---------------------------------	-----------------------------	--------------------------------	-------------------------------

정보를 이용하는 형식에 관한 문의 또는 위에서 명시된 것 이외의 언어로 정보를 이용하는 방법에 관한 문의는 Brand New Day에 전화 1-866-255-4795, TTY 711로 연락하여 주시기 바랍니다. 저희 업무 시간은 월요일-금요일 오전 8시-오후 8시고, 10월 1일부터 3월 31일까지는 주7일 운영합니다.

귀하는 근로자이십니까? 예 아니요 **귀하의 배우자는 근로자이십니까?** 예 아니요

섹션 2 - 이 페이지의 모든 필드는 선택사항입니다 (계속)

귀하의 주치의(PCP), Medical Group이나 IPA, 그리고 담당 치과 의사에 대해 명시하여 주시기 바랍니다.

귀하의 주치의(PCP), 병원이나 의료 센터를 명시하여 주시기 바랍니다. PCP 공급자 코드

이 의사의 기존 환자이십니까?

예

아니요

Medical Group 또는 IPA의 이름을 선택해 주십시오.

Medical Group/IPA 코드

이 Medical Group/IPA의 기존 환자이십니까?

예

아니요

계약을 맺은 치과 의사(비워 둘 경우 임의의 치과 의사가 지정됨)

치과 시설 코드

이 치과 의사의 기존 환자이십니까?

예

아니요

다음의 자료를 이메일을 통하여 전달받고 싶습니다. 하나 이상을 선택하여 주시기 바랍니다.

 ANOC EOC 규정집 공급자 안내책자 약국 안내책자 건강 교육 자료

이메일 주소:

전자 자료 수신 동의 철회:

전자 서신 수신 동의를 철회하려면 체크박스를 표시하여 주시기 바랍니다. 이메일로 연락을 드리지 않을 것입니다.

플랜 보험료 납부 방법

월별 플랜 보험료(현재 체납 중이거나 발생한 가입 지연 벌금 포함)는 매월 우편, “전자 자금 이체 (EFT)”나 “신용카드”로 납부할 수 있습니다. 또한 매월 사회보장 또는 철도 퇴직자 위원회(RRB) 수당에서 자동으로 보험료를 납부할 수도 있습니다.

파트 D-소득관련 월별 조정금액(파트 D-IRMAA)로 납부해야 하는 경우, 플랜 보험료 외에도 이 추가 비용을 납부해야 합니다. 금액은 일반적으로 사회보장 수당에 납부가 되거나 Medicare(또는 RRB)에서 청구서가 발송될 수 있습니다. Brand New Day에 Part D-IRMAA를 납부하지 마십시오.

매월 귀하의 사회보장 또는 철도 퇴직자 위원회(RRB) 수당에서 자동으로 공제합니다.

월별 수당을 받는 경로: 사회보장 RRB

(사회보장/RRB 공제는 사회보장 또는 RRB의 공제 승인을 받고 공제가 시작될 때까지 두 달 이상 소요될 수 있습니다. 대부분의 경우, Social Security 또는 RRB가 자동 공제에 대한 요청을 수락할 경우, 사회보장 또는 RRB 수당 명세서에 가입 효력일부터 원천징수가 시작될 때까지의 보험료 모두가 포함될 것입니다. 사회보장 또는 RRB가 자동 공제에 대한 요청을 승인하지 않을 경우, 저희는 월별 보험료에 대한 서면 청구서를 발송합니다.)

납부 옵션을 선택하지 않을 경우, 매달 청구서가 발송됩니다.

보험료 납부 옵션을 선택하여 주시기 바랍니다.

월별 청구서 받기 매월 귀하의 은행 계좌에서 전자 자금 이체(EFT).
실효된 수표를 동봉하거나 다음의 정보를 제공하여 주시기 바랍니다.
계좌명: _____
은행명: _____
은행 고유 번호: _____
은행 계좌 번호: _____
계좌 유형: 당좌 예금 저축 예금

개인정보보호법 정책

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)는 Medicare Advantage (MA) 플랜의 수령인 가입을 추적하고, 의료의 질을 높이며, Medicare 수당 지급을 위해 Medicare 플랜으로 부터 정보를 수집합니다. 사회보장 법안 1851조와 1860D-1조 그리고 42 CFR § § 422.50과 422.60은 이러한 정보의 수집을 허가하고 있습니다. CMS는 기록통지시스템 (SORN) “Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)”, 시스템 번호 09-70-0588에서 명시한 것과 같이 Medicare 수령인의 가입 데이터를 사용, 공개 그리고 교환할 수 있습니다. 본 양식에 대한 귀하의 답변은 자발적입니다. 그러나 답변하지 않을 경우, 플랜 가입에 영향을 미칠 수 있습니다.

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 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:

가입 기간에 대한 자격 증명

일반적으로 Medicare Advantage 플랜에는 매년 10월 15일부터 12월 7일까지인 연간 가입 기간 중에만 가입하실 수 있습니다. 이 기간 외에 Medicare Advantage 플랜에 가입할 수 있는 예외적인 경우가 있습니다.

다음 내용을 주의 깊게 읽고 자신이 이에 해당하는 경우 상자에 체크를 표시하십시오. 아래 상자 중 하나 이상을 선택하면 최대한 알고 계시는 범위 내에서 가입 기간에 가입하실 수 있는 자격 여부를 확인하게 됩니다. 나중에 저희가 이 정보가 잘못되었다고 판단하면 가입이 취소될 수 있습니다.

- 저는 Medicare 신규 가입자입니다.
- 저는 Medicare Advantage 플랜에 가입되어 있고 Medicare Advantage 가입 개방 기간(MA OEP) 중에 변경할 사항이 있습니다.
- 저는 Special Needs 플랜(CSNP, DSNP 또는 ISNP) 자격을 충족하는 진단을 받았습니다.
- 저는 Special Needs Plan(SNP)에 가입자이지만 해당 플랜에 드는 데 필요한 특별 요구 자격을 잃었습니다. 저는 SNP에서 _____(날짜 기입)에 탈퇴되었습니다.
- 저는 최근에 기존 플랜의 서비스 지역을 벗어나서 이사했거나 최근 이사했기 때문에 이 플랜은 제게 새로운 옵션입니다. 저는 _____(날짜 기입)에 이사를 했습니다.
- 저는 최근에 Medi-Cal에 대한 변경 사항(Medi-Cal 신규 가입, Medi-Cal 지원 또는 추가 지원/저소득 보조금 수준 변경, 또는 Medi-Cal 수여 자격 상실)이 있습니다. 날짜 기입: _____.
- 저는 Medicare와 Medi-Cal을 모두 갖고 있거나 주 정부에서 Medicare 보험료 납부를 지원하거나 Medicare 처방약 보장 비용을 지불하는 데 추가 지원을 받지만, 변경된 사항이 없습니다.
- 저는 장기 요양 시설(예: 요양원 또는 장기 요양 시설)로 이사를 했거나 이곳에 거주하고 있거나 최근에 이사를 나왔습니다. 제가 해당 시설로 이사한/이사 예정인/이사를 나온 날짜는 _____(날짜 기입)입니다.
- 저는 최근에 PACE 프로그램에서 탈퇴했습니다. 날짜 기입: _____.
- 저는 최근에 본의 아니게 훌륭한 처방약 보장 자격을 잃었습니다(Medicare만큼 보장이 좋음). 저는 약물 보장 자격을 _____(날짜 기입)에 상실했습니다.

가입 기간에 대한 자격 증명(계속)

- 제 퇴사 또는 조합 보험 탈퇴 예상일은 _____(날짜 기입)입니다.
- 제 플랜이 Medicare와 계약을 해지하거나 Medicare가 제 플랜과 계약을 해지하려고 합니다.
- 저는 연방 재난 관리청(FEMA)이 선언한 기후 관련 비상 상황 또는 중대 재해로 인한 피해를 입었습니다. 여기에 서술된 다른 내용 중 하나가 저에게 해당이 되었지만 자연재해로 인해 가입을 완료하지 못했습니다.
- 기타: _____

이런 내용 중에 귀하께 해당되는 것이 없거나 확실하지 않으면 Brand New Day에 1-866-255-4795 (TTY 711)로 문의하여 가입 자격이 있는지 확인하십시오. 업무 시간은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시고, 10월 1일부터 3월 31일까지는 휴일 없이 매일 운영됩니다.

가입 후 진료 지속성 양식

가입 패키지를 모두 작성한 후 다음 정보를 가입하여 1-657-400-1207번으로 팩스로 보내 주십시오.

가입자 이름: _____ 전화번호: _____ 날짜: _____

가입 후 질문

1. 현재 내구성 의료 장비 또는 의료 기기를 사용하고 있습니까? 예 아니요

1a. "예"라고 답하신 경우
다음 중 어느 장비를 사용하고 있는지 표시해
주십시오.

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 욕실 의자 | <input type="checkbox"/> 산소 |
| <input type="checkbox"/> 지팡이 | <input type="checkbox"/> 욕창 방지 매트리스 |
| <input type="checkbox"/> 도뇨관 | <input type="checkbox"/> 변좌 |
| <input type="checkbox"/> 변기 겸용 의자 | <input type="checkbox"/> 보행 보조기 |
| <input type="checkbox"/> CPAP 장비
/수면 무호흡 | <input type="checkbox"/> 휠체어 |
| <input type="checkbox"/> 기저귀 | <input type="checkbox"/> 기타: _____ |
| <input type="checkbox"/> 병원 침대 | <input type="checkbox"/> 기타: _____ |

1b. "예"라고 답하신 경우
장비 또는 의료 기기 정비 담당자는 누구입니까?

이름: _____
전화번호: _____
주소: _____

2. 의료 전문가의 적극적인 치료를 받고 계시거나 암,
심장 질환, 당뇨병 또는 기타 건강 질환의 치료를
위해 전문의의 진료를 받고 계십니까?

예 아니요 (예라고 답하신 경우 누구에게 받고
계십니까?)

이름: _____
전화번호: _____
주소: _____

3. 현재 가정 건강 진료를 받고 계십니까?

예 아니요 (예라고 답하신 경우 누구에게 받고
계십니까?)

회사: _____
전화번호: _____
주소: _____

4. 해당 예약 지점을 오가는 교통편이 있습니까?

예 아니요 아니요라고 답하신 경우 Brand New Day에
서 교통편을 제공합니다. 1-866-255-4795로 전화하십시오.

추가 연락처 정보: 간병인, 친척 또는 도와주는 사람

이름: _____ 전화: _____ 관계: _____

이름: _____ 전화: _____ 관계: _____

치매에 대한 가입 전 심사 평가 도구(HMO C-SNP)

이름:	중간 이니셜:	성:
성별: <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	생년월일:	

임상 자격 질문

다음 중 하나를 선택할 경우 후보자는 사전 심사를 통과한 것입니다.

의사로부터 다음과 같은 질병을 앓고 있다고 진단받은 적이 있습니까? (해당 항목 모두 선택)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 치매 | <input type="checkbox"/> 알츠하이머병 |
| <input type="checkbox"/> 파킨슨 병 | <input type="checkbox"/> 크로이츠펠트-야콥병(CJD) |
| <input type="checkbox"/> 측두엽 치매(FTD) | <input type="checkbox"/> 헌팅턴 병(HD) |
| <input type="checkbox"/> 픽병(PiD) | <input type="checkbox"/> 혈관성 치매 |
| <input type="checkbox"/> 경도 인지 장애(MCI) | <input type="checkbox"/> 다발 경색 치매(MID) |
| <input type="checkbox"/> 루이소체 치매(DLB) | <input type="checkbox"/> 정상압 수두증(NPH) |

약물 관련 질문

1. 지금 또는 과거에 위에 열거된 질병에 대한 약물치료를 받은 적이 있습니까? 예 아니요

2. 현재 어떤 약을 복용 중이십니까? _____

주치의: _____
의사 이름

_____ *전문의의 진료소 또는 진료 장소와 전화번호*

전문의: _____
전문의의 이름

_____ *전문의의 진료소 또는 진료 장소와 전화번호*

후보자 서명:	날짜:
---------	-----