



2027 Form ng Kahilingan ng Pagpapatala ng Indibidwal

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 pinagseserbisuhang 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 tatlong buwan ng unang pagkuha ng Medicare.
- Sa ilang partikular na sitwasyon kung saan pinapayagan kang sumali sa o magpalit ng plano.
- Pinapayagan ang mga may dalawang pagiging kwalipikadong magpatala nang isang beses bawat buwan sa isang Ganap na Naisamang Plano sa Mga Espesyal na Pangangailangan para sa Doble ang Pagiging Kwalipikado (FIDE SNP), Mga Paunang Bayad sa Pamumuhunan (AIP), o Original Medicare na may Plano sa Resetang Gamot (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 Seksiyon 1. Opsiyonal ang mga item sa Seksiyon 2 - hindi ka puwedeng tangihan 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 pinahintulatang 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 na lang kung nagpapakita ito ng valid na control number (numero ng pagkontrol) ng Office of Management and Budget (OMB, Tanggapan ng Pamamahala at Badyet). Ang valid na 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, kalapin ang mga kinakailangang datos, at sagutan at suriin ang koleksiyon ng impormasyon. Kung mayroon kang anumang komento tungkol sa katumpakan ng (mga) pagtatantiya 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 pahusayin 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 nasugatang form sa plano.

H2819_26_158C_M Approved 07272026

Seksiyon 1 - Kinakailangan ang lahat ng patlang sa seksiyong ito (maliban kung minarkahang opsiyonal)

Piliin ang planong gusto mong salihan:

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (HMO D-SNP)

☐ Mga county ng Los Angeles/San Diego
(\$0 bawat buwan)

Personal na impormasyon:

Apelyido:	Unang pangalan:	Gitnang inisyal: (opsiyonal)
Petsa ng kapanganakan (MM/DD/YYYY):	Biolohikal na Kasarian: ☐ Lalaki ☐ Babae	
Numero ng telepono:	Uri ng telepono: ☐ Landline ☐ 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:

Medikal na saklaw:

Pangalan ng iba pang medikal na 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):

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 Medicare + Medi-Cal 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:

MAHALAGA - Mangyaring basahin ang nasa ibaba at lumagda sa ibaba:

- Dapat panatilihin ko ang Ospital (Bahagi A) at Medikal (Bahagi B) para makapanatili sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
- Sa pamamagitan ng pagsali sa Planong Medicare Advantage na ito, kinikilala kong ibabahagi ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ang aking impormasyon sa Medicare, na posibleng 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 Bayarin-Para-sa-Serbisyo sa Pribado (PFFS), MA Account sa Medikal na Ipon (MSA)).
- Nauunawaan kong kapag nagsimula ang saklaw ko sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, dapat kunin ko ang lahat ng medikal na benepisyo at benepisyo sa resetang gamot ko mula sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Sasaklawin ang mga benepisyo at serbisyong ibinibigay ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan at nakapaloob sa aking dokumento ng *Evidence of Coverage* (EOC, Katibayan ng Saklaw) ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (na kilala rin bilang kontrata ng miyembro o kasunduan sa subscriber). Hindi babayaran ng Medicare o Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ang mga benepisyo o serbisyong hindi sinasaklaw.
- Kabilang sa planong ito ang isang Espesyal at Pandagdag na Benepisyo para sa May Pangmatagalang Sakit (SSBCI) na tinatawag na benepisyo ng Pagkain at Ani. Nauunawaan kong dapat mayroon akong partikular na pangmatagalang sakit na kilala bilang isang pangmatagalang kondisyon para magamit ang benepisyong ito. Malalaman ng Blue Shield kung kwalipikado ako para sa benepisyo ng Pagkain at Ani sa pamamagitan ng paggamit ng impormasyon mula sa aking doktor o sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa aking doktor para sa isang nilagdaang pahayag tungkol sa aking pangmatagalang kondisyon.
- 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), pinatutunayan 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:

Seksiyon 2 - Opsiyonal ang lahat ng patlang sa seksiyong ito

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

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

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| ☐ Arabic | ☐ Chinese (Traditional) | ☐ Spanish |
| ☐ Armenian | ☐ Farsi | ☐ Tagalog |
| ☐ Cambodian | ☐ Korean | ☐ Vietnamese |
| ☐ Chinese (Simplified) | ☐ 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. PT, pitong araw sa isang linggo.

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

Ilista ang iyong pangunahing doktor sa pangangalaga (PCP), klinika, o sentrong pangkalusugan:

Pangalan ng doktor, klinika, o sentrong pangkalusugan:

Numero ng ID ng doktor, klinika, o sentrong pangkalusugan:

Pangalan ng grupo ng doktor, klinika, o sentrong pangkalusugan:

Kasalukuyang pasyente? ☐ Oo ☐ Hindi

Email address:

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. Puwede mong baguhin ang iyong kagustuhan para sa paghahatid anumang oras.

Pagbabayad ng mga premium ng iyong plano

Puwede mong bayaran ang iyong buwanang premium ng 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 mo ring piliing bayaran ang iyong premium sa pamamagitan ng awtomatikong pagbabawas nito sa iyong Segurong Panlipunan o benepisyo ng Railroad Retirement Board (RRB) bawat buwan.**

Para matutunan pa ang tungkol sa iyong mga opsiyon 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 benepisyo ng Segurong Panlipunan o Railroad Retirement Board (RRB).

Nakakatanggap ako ng mga buwanang benepisyo mula sa: ☐ Segurong Panlipunan ☐ RRB

(Ang pagbabawas sa Segurong Panlipunan/Railroad Retirement Board ay posibleng tumagal nang dalawa o higit pang buwan para 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 benepisyo 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 benepisyo 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 seksiyong ito kung isa kang indibidwal (hal. mga ahente, broker, 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 nakatalang sagutan ang form na ito.

Pangalan: _____ Relasyon sa nakatala: _____

Lagda: _____

Impormasyon ng lisensiyadong ahente ng insurance:

*Nagpapahiwatig ng kinakailangang patlang.

Pangalan ng itinalagang ahensiya: _____

ID ng Buwis ng itinalagang ahensiya:* _____

Pangalan ng lisensiyadong ahente
ng insurance:*

Indibidwal na NPN ng lisensiyadong ahente
ng insurance:*

Email address ng lisensiyadong ahente
ng insurance:

Numero ng telepono ng lisensiyadong ahente
ng insurance:

Lagda ng lisensiyadong ahente ng insurance:

Petsa kung kailan natanggap ng
lisensiyadong ahente ang aplikasyon:

Sa pamamagitan ng aking lagda, pinatutunayan ko na nakumpleto ko ang lahat ng kinakailangang sertipikasyon para sa broker at nabasa at nauunawaan ko ang Mga Patnubay ng CMS Medicare sa Komunikasyon at Marketing at ang mga tuntunin sa Pagpapatala, at kinukumpirma kong nakatanggap ang nagpapatala ng kumpletong kit sa pagpapatala. Sumasang-ayon ako na ang pagpapatalang ito ng isang benepisyaryo ng Medicare, sa ngalan ng Blue Shield of California, ay sumunod sa mga tuntuning ito.

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 seksiyon 1851 at 1860D-1 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.

Pagpapatunay ng Pagiging Kwalipikado para sa Yugto ng Pagpapatala

Karaniwang puwede ka lang magpatala sa planong Medicare Advantage sa taunang yugto ng pagpapatala mula Oktubre 15 hanggang sa Disyembre 7 ng bawat taon. May mga pagbubukod na posibleng magbigay-daan sa iyong magpatala sa planong 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 Yugto 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 planong Medicare Advantage at gusto kong gumawa ng pagbabago sa Yugto 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 mayroon akong mga bagong pagpipilian. 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 presensiya 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 nakukuha ko ang mga buong benepisyo ng Medicaid. Gusto kong sumali o lumipat sa isang plano na nauugnay ng saklaw sa pagitan ng aking mga Medicare at Medicaid na pinamamahalaang plano sa pangangalaga (tinatawag na isang pinagsamang Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP, Plano sa Mga Espesyal na Pangangailangan para sa Doble ang Pagiging Kwalipikado).
- ☐ 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 ng 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)
- _____.
- ☐ Ako ay nasa isang kwalipikadong State Pharmaceutical Assistance Program (Programa ng Tulong sa Gamot ng Estado), o nawawalan ako ng tulong mula sa isang State Pharmaceutical Assistance Program.
- ☐ 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, Planong Mga Espesyal na Pangangailangan) pero nawalan ako ng kwalipikasyon ng mga espesyal na pangangailangang 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, Ahensiya 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 ng pagpapatala dahil sa sakuna.
- ☐ Napalampas ko ang Paunang Yugto ng Pagpapatala (IEP)
- ☐ Napalampas ko ang Taunang Yugto ng Pagpapatala (AEP)

Kung wala sa mga pahayag na ito ang nalalapat sa iyo o hindi ka sigurado, mangyaring makipag-ugnayan sa Blue Shield of California sa **(800) 534-4263 (TTY: 711)** o pinahintulutang ahente, para malaman kung kwalipikado kang magpatala. Bukas kami 8 a.m. hanggang 8 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo mula Oktubre 1 hanggang sa Marso 31 at 8 a.m. hanggang 8 p.m. PT, Lunes hanggang Biyernes, mula Abril 1 hanggang sa Setyembre 30.

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