**WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**

Division of Public Health

F-00533CM (02/2024)

**PARTNERSHIP (合作关系) 计划登记**

**说明和重要信息**

**(PARTNERSHIP PROGRAM ENROLLMENT INSTRUCTIONS AND IMPORTANT INFORMATION)**

填写本表格纯属自愿；然而，如果您希望参与 Partnership（合作关系）计划，就必须填写该表格。如果您想申请 Partnership（合作关系）计划，您必须联系您当地的 Aging and Disability Resource Center（老年和残障资源中心，ADRC），或者，如果您是部落成员，您也可以联系您部落的 aging and disability resource specialist（老年和残障资源专家，ADRS）。有关当地 ADRC 或部落 ADRS 的联系信息，请访问 [www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm)

**如何使用本表**

1. 在签署表格之前，请先阅读重要信息部分和所有的说明。如需其他语言或格式的信息，请联系您当地的 ADRC 或部落 ADRS。
2. 此表格仅可由个人、其法定监护人、保护人或其授权委托人签名。

**重要信息**

* 签署该表格并不确保您符合参加 Partnership（合作关系）计划的要求。
* 若符合要求，您就能在当地选择 Partnership（合作关系）计划。
* 签署此表格后，您也可选择不参与计划。
* 参与 Partnership（合作关系）计划为自愿行为，您可以随时退出该计划；但是您在该计划中享有的 Medicare 福利将一直保留，直到您能够更改您的 Medicare 计划。
* 您的健康或财务状况变化可能影响您参与 Partnership (合作关系) 计划的资格。如发生此类变化，请咨询您的 Partnership Organization（合作关系机构，PO）护理经理或部落护理管理人员（如有）。

**签署此表格**

我理解我在该表格上的签名（或我的法定监护人、保护人或授权委托人的签名）意味着，我已经阅读并理解该表格的内容，包括登记日期和下列保证选项。我保证，所有回答都以我所了解的全部信息完整填写。我理解若在该表格上故意隐藏信息或提供虚假信息，我可能被该计划除名。我了解，签名即授权 ADRC 或部落 ADRS 将我的信息发布到：

* Managed Care Organization（管理式医疗组织）
* 其他 ADRC 或部落 ADRS
* Income Maintenance（收入维持）机构
* 隶属部落（如有）
* Medicaid
* Medicare
* 为我提供护理的服务提供商及其授权代表。

**申请登记日期**

您可以选择想要报名参与此计划的日期。但以下情况不可报名：

* ADRC 或部落 ADRS 尚未收到此签名表格。
* 您已满足所有功能和财务资格要求。

**保证选项**

Partnership（合作关系）计划的主要目的是帮助您在自己家或社区随时得到服务。

**个人信息**

根据 Wis. § 49.45(4) 规定， 您的个人身份信息将保密，仅用于 Partnership（合作关系）计划的直接管理。

**关于 PARTNERSHIP（合作关系）的信息**

Partnership（合作关系）是 Wisconsin 州 Medicaid 和 Medicare 管控的护理计划，需要满足特定的资格要求。如果您已参加 Medicare 并且想参加 Partnership（合作关系），则必须参加 Partnership（合作关系）Medicare 计划。

如果您目前已加入Medicare计划，您当前的计划将继续为您提供Medicare保险福利，直至您满足参与Partnership（合作关系）Medicare计划的资格要求。

若要参加 Partnership (合作关系)，您必须居住在 Partnership (合作关系) 组织的服务区域内，在加入当月至少年满 18 岁，需要护理员级别的护理，并且有资格参加Medicaid计划。

**其他说明**

**第 I 部分**

* 「住所所在的县」是指您实际居住的县。
* 「负责任的县」是指负责为您提供精神健康或其他服务的县。
* 「永久街道地址」是指您实际居住的住宅地址。

**第 II 部分**

如您有法定监护人、保护人、授权委托人或 Medicaid 授权代表，则需填写此部分。

**第 III 部分**

请提供朋友或亲属的紧急联系信息，以便我们在紧急情况与其取得联系。

**第 IV 部分**

如果适用，请填写此部分。

**第 V 部分**

如果您希望申请任何相应的 Medicare Part D 药物计划自动从您的 Social Security（社会保险）中扣除，则需要填写本部分。

**第 VI 部分**

必须由您或您的法定监护人、保护人或授权委托人签署。如果个人以符号签字，则需要有两人见证签字。如您的身体状况无法签名，可指定一位成年人在两位见证人前签字。代签者应表明其签名遵循申请人的指示。

如有记录请求，ADRC 或部落 ADRS 必须将原始签名表格或签名表格的电子扫描副本保留十年。

**PARTNERSHIP（合作关系）计划 - 登记**

**CIP**

**说明**: 填写此表格之前，请阅读所有说明。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **第 I 部分 — 个人信息** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 成员姓名（名字，中间名，姓氏） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 出生日期 | | | | | |
| 当前婚姻状况（单选）  单身  已婚  丧偶 | | | | | | | | | | | 若当前已婚，请填写配偶的姓名 （名字，中间名，姓氏） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 邮寄地址 | | | | | | | 城市 | | | | | | | | | | | | | 州分 | | | | | 邮政编码 | | | | |
| 电话号码 | | | | 住所所在的县 | | | | | | | | | | | | | | | | 负责任的县 | | | | | | | | | |
| 美洲印第安人或阿拉斯加原住民  是  否 | | | | | | | | | | | | | 美洲印第安人或阿拉斯加原住民背景 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 电子邮箱地址 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 永久街道地址 （若与上述地址不同，请填写） | | | | | | | | 城市 | | | | | | | | | | | | 州分 | | | | | 邮政编码 | | | | |
| 机构名称—类型：  NH  ICF-IID  CBRF  AFH  RCAC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 加入 NH 或 ICF-IID 的日期 | | | | | | | | | |
| 机构街道地址 （若与上述地址不同，请填写） | | | | | | | | | 城市 | | | | | | | | | | | 州分 | | | | | | 邮政编码 | | | |
| **第 II 部分 – 代报名授权** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 您是否有法定监护人？  是  否  类型：  人身监护人  财产监护人  人身和财产监护人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 监护人姓名（名字，中间名，姓氏） | | | | | | | | | | | | 电话号码 | | | | | | | | | | | 住所所在的县 | | | | | | |
| 邮寄地址（街道，城市，州，邮政编码） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 您是否有其他法定监护人？  是  否  类型：  人身监护人  财产监护人  人身和财产监护人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 监护人姓名（名字，中间名，姓氏） | | | | | | | | | | | | 电话号码 | | | | | | | | | | | 住所所在的县 | | | | | | |
| 邮寄地址（街道，城市，州，邮政编码） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 您是否有已生效的 Power of Attorney for Finance and Property（财务与资产授权委托人，POAF）？  是  否 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| POAF 的姓名（名字，中间名，姓氏） | | | | | | | | | | | | 电话号码 | | | | | | | | | | | 住所所在的县 | | | | | | |
| 邮寄地址（街道，城市，州，邮政编码） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 您是否有已生效的 Power of Attorney for Health Care（医疗保健授权委托人，POAHC）？ 是—授权日期：        否 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| POAHC 的姓名（名字，中间名，姓氏） | | | | | | | | | | | | 电话号码 | | | | | | | | | | | 住所所在的县 | | | | | | |
| 邮寄地址（街道，城市，州，邮政编码） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 您是否有保护人？ 是—预定保护人的日期        否 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保护人的姓名（名字，中间名，姓氏） | | | | | | | | | | | | 电话号码 | | | | | | | | | | | 住所所在的县 | | | | | | |
| 邮寄地址（街道，城市，州，邮政编码） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 您是否有 Medicaid 授权代表，比如在 DHS表格 [F-10126A](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/f10126a.pdf) 或 [F-10126B](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/f10126b.pdf)上指定的授权代表？  是—日期：        否 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medicaid 授权代表姓名（名字，中间名，姓氏） | | | | | | | | | | | | 电话号码 | | | | | | | | | | | 住所所在的县 | | | | | | |
| 邮寄地址（街道，城市，州，邮政编码） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **第 III 部分 – 其他联系人信息** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 请列出朋友或亲属的紧急联系信息，以便我们在发生紧急情况时可以联系他/她。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 联系人姓名（名字，中间名，姓氏） | | | | | 日间电话号码 | | | | | | | | | | | 夜间电话号码 | | | | | | | | 与您的关系 | | | | | |
| **第 IV 部分 – 保险信息** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 您目前是否已享有医疗/健康保险，比如雇主提供的健康保险、VA 福利、TRICARE 医疗保险或联邦雇员健康保险？  是  否 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保险公司的名字和地址 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 保单号码或身份号码 | | | | | | | |
| 群组号码 | | | | | | | |
| 您目前是否已有处方药保险？  是  否 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保险名称 | | | | | | | | | | 保单号码或身份号码 | | | | | | | | | | | | | | | | | 群组号码 | | |
| 您是否有接受 Social Security（社会保障）福利？  是  否 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 您是否有接受 Railroad Retirement Board（铁路职工退休委员会，RRB）津贴？  是  否 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **您是否有资格参加 Medicare**： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 有权： | | | | | | | | | | |
| 受益人姓名（名字，中间名，姓氏）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 生效日期：（月/日/年） | | | | | | | | | | |
| Medicare Beneficiary Identifier（Medicare 受益人身份识别信息，MBI）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **医院（A 部分）** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **医疗（B 部分）** | | | | | | | | | | |
| **请阅读该重要信息** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **如果您目前已有雇主或联盟提供的健康保险，参加 Partnership（合作关系）可能影响雇主或联盟为您提供的健康福利。如果参加 Partnership（合作关系），您可能会失去雇主或联盟提供的健康保险。**请阅读雇主或联盟发给您的邮件。若有疑问，请访问他们的网站或联系其邮件中列出的办公人员。如果您不知道联系谁，您的权益管理人或回答您问题的办公人员可能会帮到您。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **章节 V – MEDICARE PART D 处方药计划保费** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 大部分有资格获得关于 Medicare 计划处方药保险成本的额外帮助。Medicare 计划覆盖计划保费的全部或其中一部分。若适用，您每个月都可以获得该 Medicare Advantage 计划的保费，从您的 Social Security（社会保障）支票中自动扣除。若您不选择该选项，Partnership（合作关系）计划每个月会给您发送一份账单，您可以通过邮寄或 electronic funds transfer（电子资金转账，EFT）进行支付。  我希望从 Social Security Administration（社会保障总署，SSA）的每月福利支票中扣除该计划的保费：  是  否 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **第 VI 部分 – 登记选项和签名** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **请阅读并在下面签名** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请参加 Medicaid 计划的日期： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 选择的 Partnership（合作关系）计划：  My Choice Wisconsin Health Plan, Inc.  Community Care Health Plan, Inc.  Independent Care Health Plan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **填写该登记申请表，即表示我同意以下事项：**  Partnership（合作关系）计划是一项 Medicare Advantage 计划，与联邦政府签有合同。我一次只能参加一项 Medicare Advantage 计划，并且我了解参加该计划将自动结束参与其他 Medicare 健康计划或处方药计划。在符合更改 Medicare 计划的要求之前，我将继续接收当前 Medicare 计划的医疗保险福利。参与一项 Medicare 计划通常时限是一整年。一旦加入后，我只能在一年登记期间的特定时间（比如每年的 10 月 15 日到 12 月 7 日）或在特殊情况下退出 Medicare 计划或进行变更。我有责任在注册时通知 ADRC 或部落 ADRS 我的承保范围，并在将来的任何时间通知 PO 我已经享有或将来可能享有的任何处方药承保范围。所选计划适用于特定的服务区域。如果我从所选计划服务的区域搬走，我需要通知计划部门以便退出计划并在新的居住区域寻找新的计划。一旦成为所选计划的成员，我即有权对我不同意的付款或服务计划决策提出上诉。在收到计划组织提供的 Partnership Evidence of Coverage（合作关系承保证书）后，我会仔细阅读，了解我必须遵守哪些规定才能获得该 Medicare Advantage 或 Medicare 计划的福利。我理解参与 Medicare 计划的人士在出国期间（邻近美国边界的有限区域除外）不能享有计划福利。我理解从所选计划保险开始之日起，我必须从所选计划获得全部的保健服务，紧急情况或需要紧急服务或需要区域外透析服务的情况除外。涵盖所选计划的授权服务以及所选计划的Partnership Evidence of Coverage（合作关系承保证书）中包含的其他服务。  **未经授权，MEDICARE 和所选计划均不可为服务付款。**  **信息发布：**加入该 Medicare 健康计划，即表示我承认所选计划会在治疗、付款和保健运营管理需要时将我的信息发布给 Medicare 和其他计划。我还承认所选计划会将我的信息包括处方药事件数据发布给 Medicare，而 Medicare 会在遵循所有联邦法律法规的情况下将我的信息发布用于研究和其他目的。该已尽力保证该登记表上信息的准确性。我理解若在该表格上故意提供虚假信息，我可能被该计划除名。我理解我在该申请书上签字（或根据我所居住的州法律代表我行事的授权人员签字）意味着，我已经阅读并理解该申请书的内容。若由授权个人（上述人员）签字，该签名证明 (1) 该个人根据州法律授权完成该登记，且 (2) 若所选计划或 Medicare 要求，可以提供授权文件。  本人，作为签字人，特此声明，并特此同意参加上述 Partnership（合作关系）计划。  我理解如果我符合 Special Election Period（特定选择期）的要求，我参加 Medicaid 计划的开始日期是 ，而我参加 Medicare 计划将在提交该表格后一个月的 1 号开始。在我符合加入在上面选择的 Partnership（合作关系）计划资格要求之前，我将继续接受当前计划的 Medicare 福利。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **本人，作为签字人，特此声明，并特此同意参加上述 Partnership（合作关系）计划。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **签名 –** 个人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 签名日期 | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **签名 –**  法定监护人、保护人或授权委托人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 签名日期 | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **签名 –**  法定监护人、保护人或授权委托人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 签名日期 | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **签名** – 见证人（如有） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 签名日期 | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **签名** – 见证人（如有） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 签名日期 | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **仅为 ADRC 或部落 ADRS 办事处所用** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADRC 或部落： | | | | | | | | | | | | | | 县： | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADRC 或部落 ADRS 工作人员： | | | | | | | | | | | | | | | | | | 电话号码： | | | | | | | | | | | | | |
| 电子邮箱地址： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 报名日期信息：  实际报名日期：  待定报名日期：紧急服务  待定报名日期：预发布协议  待定报名日期：随搬家调往新机构。 | | | | | | | | | | | | | | | 计划：  Partnership （合作关系） | | | | | | | | | | | | 核实 HMO 截止日期（如有）： | | | | |
| FHiC 的报名状态：  FHiC 中填写的报名日期  FHiC中无报名日期且系统中：MA 或 IRIS 待输入系统。PO 将在 FHiC 中的报名信息经核实后更新 LTCFS。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medicaid 接受人  是  否  Medicaid（医疗补助计划） 身份证号：  CARES 注意事项语言：  英语  西班牙语 | | | 护理等级  选择左列表中列出的 NH LOC，然后在右列表中选择相应的 DD LOC。最多勾选两个框。   |  |  | | --- | --- | | 选择1 项 | 选择1 项 | | NH-ISN  NH-SNF  NH-ICF | DD1A  DD1B  DD2  DD3  NDD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 目标人群：  FE  ID/DD  PD | | | |
| 个人目前参加了 Children’s Waiver（儿童豁免计划，CLTS） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 — CLTS 工作人员 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 县 | | | | | | | | | | |
| 电话号码 | | 电子邮箱地址 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Partnership（合作关系）办事处专用**  计划 ID 编号： | | | | | | | | | | | | | 员工成员姓名（如果协助了登记） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medicare 选举期：  ICEP 或 IEP  OEPI  AEP  SEP（类型）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medicare 保险生效日期 | | | | | | Medicaid 供应商编号 | | | | | | | | | | | 参加 Medicaid 计划的实际日期 | | | | | | | | | | | | | | |
| 分发已填表格： | ☐个人、监护人、保护人或授权委托人  已选择 Partnership（合作关系）机构  Income Maintenance（收入维持机构）（如有）  部落（如有）  CLTS 工作人员（如有） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |