

MẪU YÊU CẦU GHI DANH MEDICARE ADVANTAGE NĂM 2023

Ai có thể sử dụng biểu mẫu này?

Những người có bảo hiểm Medicare muốn tham gia Chương Trình Medicare Advantage

Để tham gia vào một chương trình bảo hiểm, quý vị phải:

- + Là công dân Hoa Kỳ hoặc hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ
- + Sống trong khu vực dịch vụ của chương trình

Lưu ý quan trọng: Để tham gia Chương Trình Medicare Advantage, quý vị cũng phải có cả:

- + Medicare Part A (Bảo Hiểm Bệnh Viện)
- + Medicare Part B (Bảo Hiểm Y Tế)

Tôi sử dụng biểu mẫu này khi nào?

Quý vị có thể tham gia vào một chương trình:

- + Từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 mỗi năm (cho bảo hiểm bắt đầu từ ngày 1 tháng 1)
- + Trong vòng 3 tháng đầu tiên nhận bảo hiểm Medicare
- + Trong một số tình huống nhất định, khi mà quý vị được phép tham gia hoặc chuyển đổi chương trình

Truy cập **Medicare.gov** để tìm hiểu thêm về thời điểm quý vị có thể đăng ký tham gia một chương trình bảo hiểm.

Tôi cần những gì để hoàn thành biểu mẫu này?

- + Mã số Medicare của quý vị (số trên thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh dương)
- + Địa chỉ và số điện thoại thường trú

Lưu ý: Quý vị phải hoàn thành tất cả các mục trong Phần 1. Các mục trong Phần 2 là tùy chọn – quý vị sẽ không bị từ chối bảo hiểm vì không điền vào phần này.

Lời nhắc:

- + Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình bảo hiểm trong giai đoạn ghi danh vào mùa thu (từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12), chương trình đó phải nhận được biểu mẫu hoàn chỉnh của quý vị trước ngày 7 tháng 12.
- + Chương trình sẽ gửi cho quý vị hóa đơn phí bảo hiểm của chương trình. Quý vị có thể chọn đăng ký để được khấu trừ các khoản thanh toán phí bảo hiểm từ tài khoản ngân hàng hoặc phúc lợi An sinh Xã hội (hoặc Hội đồng Hưu trí Ngành Hỏa xa) hàng tháng của quý vị.

Theo Đạo Luật Giám Thiểu Thủ Tục Giấy Tờ năm 1995, không có người nào được yêu cầu phản hồi việc thu thập thông tin trừ khi việc này hiển thị số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho việc thu thập thông tin này là 0938-1378. Thời gian cần thiết để điền những thông tin này ước tính là trung bình 20 phút cho mỗi phản hồi, bao gồm thời gian xem hướng dẫn, tìm kiếm tài nguyên dữ liệu hiện có, thu thập dữ liệu cần thiết, hoàn thành và xem xét yêu cầu thu thập thông tin. Nếu quý vị có bất kỳ nhận xét nào liên quan đến tính chính xác của (các) ước tính thời gian hoặc để xuất đề cải thiện biểu mẫu này, vui lòng viết thư cho: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

LƯU Ý QUAN TRỌNG

Không gửi biểu mẫu này hoặc bất kỳ mục nào có thông tin cá nhân của quý vị (chẳng hạn như yêu cầu bồi thường, thanh toán, hồ sơ y tế, v.v.) đến PRA Reports Clearance Office. Mọi nội dung chúng tôi nhận được mà không liên quan đến việc cải thiện biểu mẫu này hoặc khó khăn của yêu cầu thu thập thông tin (như nêu trong OMB 0938-1378) sẽ bị tiêu hủy. Các nội dung đó sẽ không được lưu giữ, xem xét hoặc chuyển đến chương trình. Xem phần "Điều gì xảy ra sau đó?" trên trang này để gửi biểu mẫu đã hoàn thành của quý vị cho chương trình.

Điều gì xảy ra sau đó?

Gửi biểu mẫu đã hoàn thành và ký tên của quý vị theo một trong ba lựa chọn bên dưới:

Chương Trình Providence Medicare Advantage
P.O. Box 5548
Portland, OR 97228-5548

Chụp và fax các trang của biểu mẫu đến:
503-574-8653

Chụp và gửi email các trang của biểu mẫu đến:
provMedicare@providence.org

Sau khi chương trình xử lý yêu cầu tham gia của quý vị, họ sẽ liên hệ với quý vị.

Làm thế nào để tôi xin trợ giúp hoàn thành biểu mẫu này?

Quý vị hãy gọi cho Chương trình Providence Medicare Advantage theo số

503-574-6508 hoặc **1-855-234-2495**. Người dùng TTY có thể gọi 711.

Hoặc, gọi cho Medicare theo số **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Người dùng TTY có thể gọi **1-877-486-2048**.

En español: Llame a Providence Medicare Advantage Plans al **503-574-6508** or **1-855-234-2495/TTY: 711** o a Medicare gratis al **1-800-633-4227** y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Những người đang gặp phải tình trạng vô gia cư

Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình nhưng không có hộ khẩu thường trú thì Hộp thư Bưu điện, địa chỉ nhà tạm trú hoặc phòng khám, hoặc địa chỉ nơi nhận thư (ví dụ: séc an sinh xã hội) có thể được coi là địa chỉ thường trú của quý vị.

Phần 1 – Tất cả các ô trên trang này là bắt buộc (trừ khi được đánh dấu là tùy chọn)

Chọn chương trình quý vị muốn tham gia:

Providence Medicare Sycamore + RX (HMO) - \$0/tháng

TÊN _____ HỌ _____ Tên Đệm Viết Tắt (Tùy chọn) _____
_____/_____/_____ () _____
Ngày sinh (MM/DD/YYYY) GIỚI TÍNH: Nam Nữ Số điện thoại _____

Địa chỉ đường phố thường trú (Không nhập Hộp thư Bưu điện)

Thành phố _____ Quận (tùy chọn) _____ Tiểu bang _____ Mã ZIP _____

Địa chỉ gửi thư, nếu khác với địa chỉ thường trú (Hộp thư Bưu điện được cho phép):

Địa Chỉ Đường Phố _____

Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã ZIP _____

Thông tin Medicare của quý vị:

_____-_____-_____- _____/_____/_____ _____/_____/_____
Mã số Medicare Bảo hiểm Bệnh viện (Part A) Bảo hiểm Y tế (Part B)
Ngày có hiệu lực (Tùy chọn) Ngày có hiệu lực (Tùy chọn)

Hãy trả lời những câu hỏi quan trọng sau:

Quý vị có bảo hiểm nào khác ngoài các Chương trình Providence Medicare Advantage không? Có Không

Một số cá nhân có thể có bảo hiểm khác, bao gồm bảo hiểm tư nhân khác, TRICARE, bảo hiểm phúc lợi sức khỏe của nhân viên Liên bang, phúc lợi VA hoặc các chương trình hỗ trợ được phẩm của Tiểu bang.

Nếu "có", vui lòng liệt kê bảo hiểm khác của quý vị và mã số nhận dạng (ID) của quý vị cho bảo hiểm này.

Tên của bảo hiểm khác

Mã ID cho bảo hiểm này

Mã nhóm cho bảo hiểm này

Xin đánh dấu tất cả các mục phù hợp: Y tế Nhân khoa Nha khoa Thuốc theo toa

LƯU Ý QUAN TRỌNG: Đọc và ký tên bên dưới:

- + Tôi phải duy trì cả Bảo hiểm Bệnh viện (Part A) và Bảo hiểm Y tế (Part B) để tiếp tục tham gia Chương trình Providence Medicare Advantage.
- + Bằng việc tham gia Chương trình Medicare Advantage này, tôi xác nhận rằng các Chương trình Providence Medicare Advantage sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare, và Medicare có thể sử dụng thông tin đó để theo dõi việc ghi danh của tôi, thực hiện thanh toán và cho các mục đích khác được luật Liên bang cho phép thu thập thông tin này (xem Tuyên bố về Đạo luật Quyền riêng tư bên dưới).
- + Phản hồi của quý vị cho biểu mẫu này là tự nguyện. Tuy nhiên, nếu không phản hồi có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.
- + Tôi hiểu rằng tôi chỉ có thể được ghi danh vào một chương trình MA tại một thời điểm - và việc ghi danh vào chương trình này sẽ tự động kết thúc việc ghi danh của tôi trong một chương trình MA khác (các trường hợp ngoại lệ được áp dụng cho các chương trình MA PFFS, MA MSA).
- + Thông tin trong mẫu đơn ghi danh này là chính xác theo sự hiểu biết của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai trên biểu mẫu này, tôi sẽ bị rút tên khỏi chương trình.
- + Tôi hiểu rằng khi bảo hiểm theo Chương trình Providence Medicare Advantage bắt đầu, tôi phải nhận được tất cả các phúc lợi y tế và thuốc theo toa của mình từ Chương trình Providence Medicare Advantage. Các phúc lợi và dịch vụ được cung cấp bởi các Chương trình Providence Medicare Advantage và có trong tài liệu "Chứng thư Bảo hiểm" của các Chương trình Providence Medicare Advantage của tôi (còn được gọi là hợp đồng hội viên hoặc thỏa thuận người đăng ký) sẽ được bao trả. Cả Chương trình Medicare và Providence Medicare Advantage đều không thanh toán cho các phúc lợi hoặc dịch vụ không được bao trả.
- + Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người được ủy quyền hợp pháp thay mặt tôi) trên mẫu đơn này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu nội dung của đơn này. Nếu được ký bởi một đại diện được ủy quyền (như mô tả ở trên), chữ ký này xác nhận rằng:
 - 1) Người này được ủy quyền theo luật Tiểu bang để hoàn thành việc ghi danh này, và
 - 2) Tài liệu ủy quyền này sẽ được cung cấp theo yêu cầu của Medicare.

Chữ ký

Ngày hôm nay

Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, vui lòng ký ở trên và điền vào các ô dưới đây:

Tên

Địa chỉ

() -

Số điện thoại

Mối quan hệ với người ghi danh

CHỈ DÀNH CHO ĐẠI LÝ SỬ DỤNG

TÊN ĐẠI LÝ

NGÀY

NPN #

NGÀY YÊU CẦU BẢO HIỂM

Phần 2 – Tất cả các ô trên trang này là tùy chọn

Quý vị toàn quyền lựa chọn có trả lời những câu hỏi này hay không. Quý vị sẽ không bị từ chối bảo hiểm vì không điền câu trả lời vào phần này.

Quý vị là người nói tiếng Tây Ban Nha, người La-tinh hoặc người Tây Ban Nha phải không? Chọn tất cả các mục thích hợp.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Không, không phải là người nói tiếng Tây Ban Nha, người La-tinh hoặc người Tây Ban Nha | <input type="checkbox"/> Đúng, tôi là người Cuba |
| <input type="checkbox"/> Đúng, tôi là người Mexico, người Mỹ gốc Mexico, người Mỹ La-tinh | <input type="checkbox"/> Đúng, tôi là người nói tiếng Tây Ban Nha, người La-tinh hoặc người Tây Ban Nha khác |
| <input type="checkbox"/> Đúng, tôi là người Puerto Rico | <input type="checkbox"/> Tôi chọn không trả lời. |

Chủng tộc của quý vị? Chọn tất cả các mục thích hợp.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Người Mỹ da đỏ hoặc Người bản địa Alaska | <input type="checkbox"/> Người đảo Guam hoặc người Chamorro | <input type="checkbox"/> Người Samoa |
| <input type="checkbox"/> Người Ấn Độ gốc Á | <input type="checkbox"/> Người Nhật | <input type="checkbox"/> Người Việt |
| <input type="checkbox"/> Người Mỹ da đen hoặc Người Mỹ gốc Phi | <input type="checkbox"/> Người Hàn | <input type="checkbox"/> Người Da Trắng |
| <input type="checkbox"/> Người Trung Quốc | <input type="checkbox"/> Người bản xứ Hawaii | <input type="checkbox"/> Tôi chọn không trả lời. |
| <input type="checkbox"/> Người Philippines | <input type="checkbox"/> Người Châu Á khác | |
| | <input type="checkbox"/> Người đảo Thái Bình Dương khác | |

Liệt kê Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (PCP), phòng khám hoặc trung tâm y tế của quý vị:

Nếu quý vị không nêu tên một PCP, quý vị sẽ được chỉ định một PCP.

- Chọn ô này nếu quý vị muốn nhận thông tin bằng tiếng Tây Ban Nha.
 Chọn ô này nếu quý vị muốn nhận thông tin bằng tiếng Việt.

Chọn một ô nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin cho quý vị theo định dạng có thể truy cập được.

- Chữ nổi Braille Bản in chữ lớn Đĩa CD

Vui lòng liên hệ với Chương trình Providence Medicare Advantage theo số 1-800-603-2340 hoặc 503-574-8000 nếu quý vị cần thông tin ở định dạng có thể truy cập khác với định dạng được nêu ở trên. Văn phòng của chúng tôi hoạt động 7 ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, (theo giờ Thái Bình Dương). Người dùng TTY có thể gọi 711.

Quý vị có đi làm không?

- Có Không

Vợ/chồng quý vị có đi làm không?

- Có Không

Thanh toán phí bảo hiểm chương trình của quý vị

Quý vị có thể thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng của mình (bao gồm mọi khoản phạt ghi danh trễ mà quý vị hiện có hoặc có thể nợ) qua đường bưu điện mỗi tháng. **Quý vị cũng có thể chọn thanh toán phí bảo hiểm của mình bằng cách tự động khấu trừ từ phúc lợi An sinh Xã hội hoặc Hội đồng Hưu trí Ngành Hòa xa (RRB) mỗi tháng.**

Nếu quý vị phải trả Số tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập Part D (Part D-IRMAA), quý vị phải trả thêm số tiền này cùng với phí bảo hiểm chương trình của quý vị. Số tiền này thường được trích từ phúc lợi An sinh Xã hội của quý vị, hoặc quý vị có thể nhận được hóa đơn từ Medicare (hoặc RRB). KHÔNG trả số tiền Part D-IRMAA cho Chương trình Providence Medicare Advantage.

Vui lòng chọn một lựa chọn thanh toán phí bảo hiểm:

- Nhận hóa đơn hàng tháng - Sau khi nhận được hóa đơn đầu tiên, quý vị có thể chọn một lựa chọn thanh toán khác:
- + Quý vị có thể thanh toán bằng thẻ tín dụng/thẻ ghi nợ hoặc tài khoản thanh toán/tiết kiệm: Thanh toán một lần hoặc định kỳ có thể được thực hiện qua tài khoản myProvidence của quý vị tại myProvidence.com hoặc thông qua trang web của Providence tại providence.org/premiumpay.
 - + Quý vị có thể thanh toán qua điện thoại: Dịch vụ Tự phục vụ có sẵn 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần theo số 1-844-791-1468, TTY: 711.
- Tự động khấu trừ từ séc phúc lợi An sinh Xã hội hoặc Hội đồng Hưu trí Ngành Hòa xa (RRB) hàng tháng của quý vị.

Tôi nhận phúc lợi trợ cấp hàng tháng từ: An sinh Xã hội RRB

(Việc khấu trừ từ phúc lợi An sinh Xã hội/RRB có thể mất từ hai tháng trở lên để bắt đầu sau khi Sở An sinh Xã hội hoặc RRB chấp thuận khấu trừ. Quý vị có thể nhận được hóa đơn trong vài tháng đầu tiên trước khi bắt đầu khấu trừ. Nếu Sở An sinh Xã hội hoặc RRB không chấp thuận yêu cầu khấu trừ tự động của quý vị, chúng tôi sẽ gửi quý vị một lá thư cùng hóa đơn giấy cho khoản phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị).

TUYÊN BỐ ĐẠO LUẬT QUYỀN RIÊNG TƯ

Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) thu thập thông tin từ các chương trình Medicare để theo dõi việc ghi danh của người thụ hưởng trong các Chương trình Medicare Advantage (MA), cải thiện dịch vụ chăm sóc và để thanh toán các phúc lợi Medicare. Mục 1851 của Đạo luật An sinh Xã hội và 42 CFR §§ 422.50 và 422.60 cho phép thu thập thông tin này. CMS có thể sử dụng, tiết lộ và trao đổi dữ liệu ghi danh từ những người thụ hưởng Medicare như được quy định trong Hệ thống Thông báo Hồ sơ (SORN) "Thuốc theo toa Medicare Advantage (MARx)", Hệ thống số 09-70-0588. Phản hồi của quý vị cho biểu mẫu này là tự nguyện. Tuy nhiên, nếu không phản hồi có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.

Chứng thực Tình trạng Hội đủ Điều kiện trong Giai đoạn Ghi danh

Thông thường, quý vị chỉ có thể ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage trong Giai đoạn Ghi danh Hàng năm từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12. Có những trường hợp ngoại lệ mà theo đó quý vị được phép ghi danh vào chương trình Medicare Advantage ngoài khoảng thời gian này.

Vui lòng đọc kỹ các tuyên bố sau đây và đánh dấu vào ô nếu tuyên bố đó đúng với quý vị.

Bằng cách đánh dấu vào bất kỳ ô nào sau đây, quý vị xác nhận rằng, theo hiểu biết tốt nhất của mình, quý vị hội đủ điều kiện trong Giai đoạn Ghi danh. Nếu sau đó chúng tôi xác định rằng thông tin này không chính xác, quý vị có thể bị hủy ghi danh.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tôi là người mới tham gia Medicare. | <input type="checkbox"/> Gần đây tôi đã có sự thay đổi về Medicaid của mình (mới nhận Medicaid, có sự thay đổi về mức hỗ trợ Medicaid, hoặc bị mất Medicaid) vào (điền ngày): ____ / ____ / ____ |
| <input type="checkbox"/> Tôi sẽ hủy ghi danh khỏi bảo hiểm của chủ lao động hoặc nghiệp đoàn vào (điền ngày): ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> Tôi tham gia một chương trình hỗ trợ dược phẩm do tiểu bang của tôi cung cấp. |
| <input type="checkbox"/> Gần đây, tôi đã có sự thay đổi về Trợ giúp Bổ sung để thanh toán bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare (Trợ giúp Bổ sung mới, đã có sự thay đổi về cấp độ Trợ giúp Bổ sung, hoặc Trợ giúp Bổ sung bị mất) vào (điền ngày): ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> Gần đây tôi đã rời khỏi chương trình PACE vào (điền ngày): ____ / ____ / ____ |
| <input type="checkbox"/> Tôi đang ghi danh trong Giai đoạn Ghi danh Hàng năm (từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12) | <input type="checkbox"/> Tôi có cả Medicare và Medicaid (hoặc tiểu bang giúp thanh toán phí bảo hiểm Medicare của tôi) hoặc tôi nhận được Trợ giúp Bổ sung để thanh toán cho bảo hiểm thuốc theo toa Medicare của mình, nhưng tôi chưa có thay đổi. |
| <input type="checkbox"/> Tôi đang ghi danh trong Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt (điền loại ghi danh đặc biệt đang được sử dụng) _____ | <input type="checkbox"/> Tôi đang chuyển đến, sống tại hoặc gần đây đã chuyển ra khỏi Cơ sở Chăm sóc Dài hạn (ví dụ: viện dưỡng lão hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn). Tôi đã/sẽ chuyển đến cơ sở vào (điền ngày): ____ / ____ / ____ |
| <input type="checkbox"/> Tôi đã ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage và muốn thay đổi trong Giai đoạn Ghi danh Mở của Medicare Advantage (MA OEP) (từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3). | <input type="checkbox"/> Tôi đã/sẽ chuyển ra khỏi cơ sở vào (điền ngày): ____ / ____ / ____ |
| <input type="checkbox"/> Gần đây tôi đã chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hiện tại của mình hoặc tôi mới chuyển đến và chương trình này là một lựa chọn mới cho tôi. Tôi đã chuyển đi vào ngày (điền ngày): ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> Gần đây, tôi đã bị mất bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy của mình (bảo hiểm tốt như bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare). Tôi đã mất bảo hiểm thuốc của mình vào (điền ngày): ____ / ____ / ____ |
| <input type="checkbox"/> Gần đây tôi đã được ra khỏi tù. Tôi được thả vào ngày (điền ngày): ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> Chương trình của tôi sắp kết thúc hợp đồng với Medicare, hoặc Medicare sắp kết thúc hợp đồng với chương trình của tôi (điền ngày): ____ / ____ / ____ |
| <input type="checkbox"/> Gần đây tôi đã trở lại Hoa Kỳ sau thời gian dài sống bên ngoài Hoa Kỳ. Tôi đã trở lại Hoa Kỳ vào (điền ngày): ____ / ____ / ____ | |
| <input type="checkbox"/> Gần đây tôi đã có được tư cách hiện diện hợp pháp ở Hoa Kỳ. Tôi có được trạng thái này vào (điền ngày): ____ / ____ / ____ | |

- Tôi đã được ghi danh vào một chương trình của Medicare (hoặc tiểu bang của tôi) và tôi muốn chọn một chương trình khác. Việc ghi danh của tôi trong chương trình đó bắt đầu vào (điền ngày): ____ / ____ / ____
- Tôi đã được ghi danh vào một chương trình Nhu Cầu Đặc Biệt (Special Needs Plan, SNP) nhưng tôi đã mất tư cách đủ tiêu chuẩn cho nhu cầu đặc biệt cần thiết để được tham gia vào chương trình đó. Tôi đã bị hủy ghi danh khỏi SNP vào (điền ngày): ____ / ____ / ____
- Tôi đã bị ảnh hưởng bởi một trường hợp khẩn cấp hoặc thảm họa (theo tuyên bố của Cơ quan Quản lý Khẩn cấp Liên bang (FEMA) hoặc bởi một tổ chức chính quyền Liên bang, Tiểu bang hoặc địa phương.)

Một trong những tuyên bố khác ở đây đúng với tôi, nhưng tôi không thể thực hiện yêu cầu ghi danh của mình vì thảm họa.

Tên của thảm họa gây ảnh hưởng:

Giai đoạn Đủ điều kiện đã bị bỏ lỡ do thảm họa:
(ví dụ: giai đoạn ghi danh ban đầu, giai đoạn ghi danh hàng năm, giai đoạn ghi danh mở hoặc giai đoạn ghi danh đặc biệt).

- Tôi đã bị ảnh hưởng bởi một thay đổi mạng lưới quan trọng với chương trình hiện tại của tôi và đã được thông báo vào (điền ngày): ____ / ____ / ____

Nếu không có tuyên bố nào trong số này đúng với quý vị hoặc nếu không chắc chắn, quý vị vui lòng liên hệ với Chương trình Providence Medicare Advantage theo số 1-800-603-2340 hoặc 503-574-8000 (Người dùng TTY xin gọi số 711) để xem quý vị có hội đủ điều kiện ghi danh hay không. Chúng tôi làm việc bảy ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (theo giờ Thái Bình Dương).

Bảng câu hỏi về chủng tộc/Dân tộc

Các câu hỏi sau đây là tùy chọn. Phản hồi của quý vị sẽ giúp chúng tôi phục vụ tất cả các cộng đồng tốt hơn.

Nếu quý vị không tìm thấy lựa chọn mô tả chính xác nhất chủng tộc hoặc dân tộc của mình trong Phần 2, vui lòng thực hiện lựa chọn từ danh sách sau. Mục nào sau đây mô tả bản sắc chủng tộc hoặc dân tộc của quý vị? Vui lòng đánh dấu tất cả các mục phù hợp.

Người Hawaii bản địa hoặc Người đảo Thái Bình Dương

- Người Marshall
- Các cộng đồng thuộc Khu Vực Micronesia
- Người Tonga

Người Da Trắng

- Người Cáp-ca/Người Da trắng (không có liên kết quốc gia)
- Người Đông Âu
- Người Slav
- Người Tây Âu
- Người Da trắng khác (gốc Phi, Úc, New Zealand)

Khác

- Khác
- Tôi không biết.
- Tôi không muốn trả lời.

Người Mỹ da đỏ hoặc Người bản địa Alaska

- Người Mỹ Da Đỏ
- Người Alaska Bản Xứ
- Người Inuit, Metis, hoặc First Nation ở Canada
- Người Bản Xứ Mexico, Trung Mỹ, hoặc Nam Mỹ

Người Mỹ da đen hoặc Người Mỹ gốc Phi

- Người Mỹ gốc Phi
- Người Caribê gốc Phi
- Người Etiopia
- Người Somali
- Người Châu Phi khác (Da Đen)
- Người gốc Afro-Latinx/Người thuộc hai chủng tộc/Khác
- Người Da Đen khác

Người Trung Đông hoặc Bắc Phi

- Người Trung Đông
- Người Bắc Phi

Người Châu Á

- Người Campuchia
- Các cộng đồng ở Myanmar
- Người Hmong
- Người Lào
- Người Nam Á

Nếu quý vị đã chọn nhiều hơn một phân loại bên trên, có một phân loại quý vị cho là chủng tộc hoặc sắc tộc chính của quý vị không?

- Có** (vui lòng ghi rõ): _____
- Không:** Tôi không chỉ có một chủng tộc hoặc sắc tộc chính.
- Không:** Tôi xác định mình thuộc Hai Chủng Tộc hoặc Nhiều Chủng Tộc.
- Không áp dụng:** Tôi chỉ chọn một phân loại bên trên.
- Không áp dụng:** Tôi không biết.
- Không áp dụng:** Tôi không muốn trả lời.

Ngôn ngữ nói ưa thích của quý vị là gì?

- Tiếng Anh
- Tiếng Quảng Đông
- Tiếng Pháp
- Tiếng Ả Rập
- Tiếng Tây Ban Nha
- Tiếng Việt
- Tiếng Tagalog
- Từ chối/Không rõ
- Tiếng Trung - Khác
- Tiếng Nga
- Tiếng Nhật
- Khác
- Tiếng Quan Thoại
- Tiếng Đức
- Tiếng Hàn

Ngôn ngữ viết ưa thích của quý vị là gì?

- Tiếng Anh
- Tiếng Việt
- Tiếng Nga
- Từ chối/Không rõ
- Tiếng Tây Ban Nha
- Tiếng Trung Giản Thể
- Khác

Nếu quý vị không tìm thấy lựa chọn mô tả chính xác nhất bản dạng giới của mình trong Phần 1, vui lòng thực hiện lựa chọn từ danh sách sau. Quý vị xác định giới của mình thế nào?

- Người chuyển giới Nam
- Phi nhị giới
- Không biết
- Người chuyển giới Nữ
- Khác
- Từ chối trả lời