

申請者需完成			
姓：	名：	中間名：	
Medicare ID 號碼：	出生日期：	電話號碼：	
<p>請用您的參加註冊申請完成以下章節。如果以下任一問題回答為「是」或「我不知道」，您可能符合加入 Imperial Health Plan of California (IHP) (HMO SNP) 的資格。在參加註冊的第一個月底之前，IHP 會和您指定的執業人員確認，您符合參加註冊 IHP SNP Plan 所需資格。如果隨時或在之後的時間確認您不符合資格，IHP 被要求要將您退出 IHP。</p>			
您有糖尿病 (DM) 嗎？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 我不知道
您有慢性心臟衰竭 (CHF) 嗎？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 我不知道
您有心血管疾病 (CVD) 嗎？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 我不知道
醫生姓名：	電話號碼：	傳真號碼：	
醫生地址：			
申請者授權公開健康資訊			
<p>我在此授權列於上方的醫療護理提供者公開我的健康資訊給 IHP，認證我曾經被診斷出慢性疾病，因此符合我參加註冊 IHP。此授權適用於所有醫療護理提供者擁有關於我上述慢性疾病醫療病史的健康資訊。</p>			
_____	_____	_____	
申請者的書寫體姓名	申請者署名	日期	
執業人員需完成			
醫生姓名：	電話號碼：	傳真號碼：	
醫生地址：			
<p>我在此確認上方的申請者符合下方指示的慢性疾病。</p> <p>申請者有：<input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> CHF <input type="checkbox"/> CVD <input type="checkbox"/> 無</p>			
_____	_____	_____	
醫生書寫體姓名	署名：	申請者檢閱日期：	
<p>傳真評估工具以 1-626-380-9066 至 IHP 關注參加註冊部</p>			



Imperial Health Plan of California (HMO SNP) Senior Value 預先 參加註冊資格評估工具

如果您有任何疑問，請致電我們的會員服務部門 1-800-838-8271 (TTY/TDD : 711)，10 月 1 日至 3 月 31 日期間為星期一至星期日，上午 8 點至晚上 8 點，假日除外；4 月 1 日至 9 月 30 日則是星期一至星期五上午 8 點至晚上 8 點，假日除外。

Imperial Health Plan 是與 Medicare 簽約的 (HMO) (HMO SNP)。參加註冊 Imperial Health Plan 取決於契約續期。

Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) 遵守適用的聯邦民權法，不因種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別而歧視。

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-838-8271 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-838-8271 (TTY : 711).