

電子通知申請表

請將此表郵寄至：

Elderplan c/o Command Direct

PO Box 18023

Hauppauge, NY 11788

參保者

姓名： _____

參保者全名

參保者編號： _____

會員 ID 編號

說明：請填寫此表向 Elderplan（長老計劃）申請以電子方式發送參保者名字的通知。

您必須在下面的第 1 條和第 2 條中選擇電子選項。

1. 我希望 Elderplan（長老計劃）透過以下方式向我發送通知，而不是郵寄通知： 入口網站
2. 除了打電話通知外，我還希望 Elderplan（長老計劃）透過以下方式向我發送通知： 入口網站
3. 我希望 Elderplan（長老計劃）透過以下方式向我通知有關我的會員手冊、計劃的醫療服務提供者目錄以及我的 Medicaid 醫療補助管理式長期護理福利變更的事宜，而不是郵寄通知： 入口網站

聯絡資訊：針對您在上面的選擇，輸入您的聯絡資訊。

手機號碼：(____) _____ 電子郵件地址： _____

您可以指定他人作為您的代表，例如家人、朋友或律師。如果您希望由他人代表您，請在下方告知我們。

- 您之前是否向 Elderplan（長老計劃）授權了該人士？ 是 否
- 您是否希望此人為您處理投訴、所有上訴或公平聽證會事宜？
如果您改變主意，請告知我們。 是 否

指定人（您希望代表您行事的人員）相關資訊

姓名： _____

地址： _____

城市： _____ 州： _____ 郵政編碼： _____

手機號碼：(____) _____ 電子郵件地址： _____

參保者簽名： _____ 日期： _____

指定人簽名： _____ 日期： _____

非歧視通知

Elderplan（長老計劃）遵守聯邦民權法律規定。Elderplan（長老計劃）不會因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別將人拒之門外或給予差別待遇。

Elderplan（長老計劃）提供以下服務：

- 向殘障人士提供免費協助和服務，幫助其與我們溝通，比如：
 - 合格的手語翻譯員
 - 其他格式（大號字體印刷版、音訊、可存取電子格式及其他格式）的書面資訊
- 向母語並非英語的人士提供免費語言服務，比如：
 - 合格的口譯員
 - 用其他語言書寫的資訊

如果您需要這些服務，請致電 Elderplan（長老計劃），電話：1-877-891-6447。如需 TTY/TDD 服務，請致電 711。

如果您認為 Elderplan（長老計劃）因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別未向您提供這些服務或給予差別待遇，您可以透過以下方式向 Elderplan（長老計劃）提出申訴：

- 郵寄： 55 Water Street, 46th Floor, New York, NY 10041,
- 電話： 1-877-326-9978（如需 TTY/TDD 服務，請致電 711）
- 親自提交： 55 Water Street, 46th Floor, New York, NY 10041,

您還可透過以下方式向美國衛生與公眾服務部民權辦公室提出投訴：

- 網站： 民權辦公室投訴入口網站
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- 郵寄： U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
投訴表格可在以下網址獲取：
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- 電話： 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537)

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-771-1119 (TTY: 711).	Inglés
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-771-1119 (TTY: 711).	Español
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 1-877-771-1119 (TTY: 711).	Chino
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (711) رقم هاتف الصم والبكم 1-877-771-1119	Árabe
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-877-771-1119 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	Coreano
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-771-1119 (телетайп: 711).	Ruso
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-877-771-1119 (TTY: 711).	Italiano
ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-771-1119 (TTY: 711).	Francés
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-771-1119 (TTY: 711).	Francés criollo
אויפּמערקזאַם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי רופט. אפצאל (711) פון 1-877-771-1119.	Yidis
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-771-1119 (TTY: 711).	Polaco
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-771-1119 (TTY: 711).	Tagalo
লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন 1-877-771-1119 (TTY: 711)	Bengalí
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi net 1-877-771-1119 (TTY: 711).	Albanés
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-877-771-1119 (TTY: 711).	Griego
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں - کال کریں 1-877-771-1119 (TTY: 711)	Urdu

elderplan | homefirst.

長老計劃 | 第一家
MJHS 醫療系統成員