

**Elderplan Plus Long-Term Care  
(HMO-POS D-SNP)  
55 Water Street 46th Floor  
New York, NY 10041  
1-877-891-6447**

[Enrollee Full Name]

[Date]

[Address]

[City, State Zip]

## 電子通知選項信函

尊敬的 [Enrollee First Name] :

此函包含重要資訊，將為您介紹您將從 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 接收到的各種通知。請仔細閱讀本信函。

### 我為何會收到此信函？

向您發送此信函是為了通知您，當前您可以向 Elderplan（長老計劃）申請以電子方式發送某些通知。

### 我可以透過電子方式接收哪些通知？

與以下各項相關的通知：

- 您申請的服務
- 您正在接受的服務
- 計劃上訴
- 投訴；以及
- 投訴上訴

與以下各項相關的溝通：

- 您的會員手冊；
- 我們的醫療服務提供者目錄；
- 您的 Medicaid 醫療補助管理式長期護理福利變更。

這些通知包含有關您的服務和權利的重要資訊。

### 哪些人會收到通知？

您和您的醫療服務提供者會收到有關您的服務和計劃上訴的通知。您也可以指定他人作為您的代表，例如家人、朋友或律師。您指定的人將有權代您提出投訴、提起計劃上訴或申請召開公平聽證會。我們也會向他們發送通知副本。



如果您此前已告知我們，某人可以代表您行事，我們將向該人員發送一封與此信函類似的信函。如果您想重新指定代表，則您和該人員必須簽署一份聲明，表明這是您的意願，並註明日期。或者，您和該人員可以簽署隨附的電子通知申請表並註明日期。

您指定的人員可以提出申請，這樣他們便能以電子方式接收通知副本。我們將按照法律要求向他們發送通知。如果您在指定您的代表方面有任何疑問，請致電聯絡我們：**1-877-891-6447**。TTY 使用者請致電 **711**。

## 接收這些通知的方式有哪些？

**Elderplan**（長老計劃）和我們的供應商可能會透過入口網站向您發送這些通知。

您將收到一封電子郵件和/或簡訊，提醒您入口網站上發佈的通知。

若您選擇電子郵件選項，您需準備一個有效的電子郵件地址和一個可上網的網頁瀏覽器。

若您選擇簡訊選項，您需準備一台可以接收簡訊並且能夠上網的手機。請注意，可能需要按標準支付簡訊和流量資費。

如果您需要進一步的說明，或需要技術協助以使用 **Elderplan**（長老計劃）提供的電子方法，請聯絡我們的會員服務部：**1-877-891-6447 (TTY 711)**，服務時間為每週 7 天，早上 8 點至下午 8 點。或瀏覽 [www.elderplan.org](http://www.elderplan.org) 獲取更多資訊。

## 如何申請以電子方式接收通知？

您可以透過線上工具、郵件或電話聯絡我們：

線上..... [notices.elderplan.org](http://notices.elderplan.org)

郵寄..... **Elderplan c/o Command Direct, PO Box 18023, Hauppauge, NY 11788**

電話..... **1-877-891-6447**

### 聯絡我們時，您必須：

- 告知我們您希望如何獲取通常透過郵件寄送的通知，
- 告知我們您希望如何獲取通常透過電話提供的通知，以及
- 向我們提供您的聯絡資訊（手機號碼、電子郵件地址等）。

如需透過網站註冊，請瀏覽入口網站 [notices.elderplan.org](http://notices.elderplan.org) 並填寫會員/指定人註冊表單。您至少需要提供以下三點會員身份資訊才能獲取註冊表單：全名、出生日期、會員 ID 或 **CIN/Medicaid** 醫療補助 ID。提交註冊表單後，您將收到一封電子郵件，其中包含用於完成註冊的連結。完成註冊後，您便可存取通知。

如果透過郵寄方式登記參保，請填寫隨附的電子通知申請表，然後郵寄至以下地址：**Elderplan c/o Command Direct, PO Box 18023, Hauppauge, NY 11788**。您可以使用隨附的電子通知申請表，但也可以不這樣做。我們收到您的申請並進行處理後，會向您發送一封電子郵件，要求您點擊連結完成註冊。完成註冊後，您便可存取通知。

如需透過電話註冊，請致電 **1-877-891-6447 (TTY 711)**，服務時間為每週 7 天，早上 8 點至下午 8 點 並告知我們您希望登記為以電子方式接收通知。我們的會員服務團隊將指導您完成註冊以存取這些通知。



如果在任何時候您的聯絡資訊發生變更，請務必告知我們。如需更改您的資訊，請前往入口網站自行更新，或透過上面列出的郵寄地址或電話號碼與我們聯絡。

## 接下來會如何進展？

Elderplan（長老計劃）將向您郵寄信件，確認您已申請日後以電子方式接收通知。

如果您申請以電子方式獲取通知：

- 我們將以允許您儲存和列印通知的方式向您發送通知。
- 您仍然可以向我們申請透過郵件寄送通知。
  - 如果通知與服務、計劃上訴、投訴和投訴上訴相關，我們將在您提出申請後**兩 (2) 個**工作日內向您郵寄通知。
  - 如果通知與其他溝通相關，我們將在您提出申請後**五 (5) 個**工作日內向您郵寄通知。
- 您仍然可以向我們申請以符合殘障人士或特定語言需求的其他格式發送通知。
  - 如果通知與服務、計劃上訴、投訴和投訴上訴相關，我們將在您提出申請後**五 (5) 個**工作日內向您發送通知。但有些時候，自您提出申請之日起，我們最多可能需要三十 **(30)** 天才能向您發送通知。在這種情況下，我們會致電您尋求幫助。
  - 如果通知與其他溝通相關，我們將在您提出申請後**十五 (15) 個**工作日內向您發送通知。但有些時候，自您提出申請之日起，我們最多可能需要六十 **(60)** 天才能向您發送通知。在這種情況下，我們會致電您尋求幫助。

如果您已申請以電子方式接收通知，而我們認為您的電子通知未送達，則我們將透過郵寄方式寄送通知，除此之外，我們也可能會根據法律要求，透過電話聯絡您。

## 我能在之後更改接收通知的方式嗎？

您可以隨時更改接收通知的方式。如需更改接收通知的方式，您可以透過以下方式聯絡我們：瀏覽入口網站 [notices.elderplan.org](https://notices.elderplan.org)，將申請郵寄至上文「如何申請以電子方式接收通知」部分列出的地址，或者致電 1-877-891-6447。

如果您透過入口網站或電話申請更改，自收到您的申請之日起，我們最多可能需要 **5** 個工作日來作出更改。如果您透過郵寄方式申請更改，我們將在收到您的信函後 **10** 個工作日內作出更改。

## 如果我不想以電子方式接收通知怎麼辦？

您將繼續透過郵寄方式接收通知，除此之外，我們也可能會透過電話聯絡您。除非您提出申請，否則我們不會以電子方式向您發送通知。

您仍然可以向我們申請以其他方式發送通知，以解決您的殘障需求或語言不便之處。



## 其他協助：

如果您有任何關於本通知的疑問或需要進一步協助，請致電 1-877-891-6447 聯絡 Elderplan（長老計劃）。

謹致，

**Elderplan（長老計劃）支援團隊**

附件：電子通知申請表



## ELDERPLAN PLUS LONG-TERM CARE (HMO-POS D-SNP)

### 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：[Enrollee Full Name]

參保者編號：[Member ID number]

說明：請填寫此表向 Elderplan（長老計劃）申請以電子方式發送 [Enrollee's First name] 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

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、所有上訴步驟或公平聽證會？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： \_\_\_\_\_ 電子郵件地址： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

城市： \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ 郵政編碼： \_\_\_\_\_

電話號碼：( ) \_\_\_\_\_



---

指定人簽名：\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_

參保者簽名：\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_



## 非歧視聲明

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

### **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
  - 以其他格式排版的書面資訊（大字體、音訊、可存取的電子格式、其他格式）
- 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 **1-877-891-6447** 聯絡 **Elderplan (長老計劃)**。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)  
親自來訪： 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  
投訴表單可從以下網站獲取：  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>  
電話： 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)



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