

Who can use this form?

People with Medicare who want to join a Medicare Advantage Plan.

To join a plan, you must:

- Be a United States citizen or be lawfully present in the U.S.
- Live in the plan's service area

Important: To join a Medicare Advantage Plan, you must also have both:

- Medicare Part A (Hospital Insurance)
- Medicare Part B (Medical Insurance)

When do I use this form?

You can join a plan:

- Between October 15–December 7 each year (for coverage starting January 1)
- Within 3 months of first getting Medicare
- In certain situations where you're allowed to join or switch plans

Visit [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) to learn more about when you can sign up for a plan.

What do I need to complete this form?

- Your Medicare Number (the number on your red, white, and blue Medicare card)
- Your permanent address and phone number

Note: You must complete all items in Section 1. The items in Section 2 are optional — you can't be denied coverage because you don't fill them out.

Reminders:

- If you want to join a plan during fall open enrollment (October 15–December 7), the plan must get your completed form by December 7.
- Your plan will send you a bill for the plan's premium. You can choose to sign up to have your premium payments deducted from your bank account or your monthly Social Security (or Railroad Retirement Board) benefit.

Individuals experiencing homelessness

- If you want to join a plan but have no permanent residence, a Post Office Box, an address of a shelter or clinic, or the address where you receive mail (e.g., social security checks) may be considered your permanent residence address.

What happens next?

Send your completed and signed form to:
KelseyCare Advantage
P.O. Box 841569
Pearland, Texas 77584-9832

Once they process your request to join, they'll contact you.

How do I get help with this form?

Call KelseyCare Advantage at 1-866-535-8343, TTY users can call 711.

Or, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048.

En español: Llame a KelseyCare Advantage al 1-866-535-8343 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

KelseyCare Advantage is offered by KS Plan Administrators, LLC, a Medicare Advantage HMO and POS plan with a Medicare contract. Enrollment in KelseyCare Advantage depends on contract renewal.

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-1378. The time required to complete this information is estimated to average 20 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANT

Do not send this form or any items with your personal information (such as claims, payments, medical records, etc.) to the PRA Reports Clearance Office. Any items we get that aren't about how to improve this form or its collection burden (outlined in OMB 0938-1378) will be destroyed. It will not be kept, reviewed, or forwarded to the plan. See "What happens next?" on this page to send your completed form to the plan.

¿Quiénes pueden usar este formulario?

Las personas que tienen Medicare y quieran afiliarse a un plan Medicare Advantage (MA).

Para inscribirte en un plan, debes:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en los Estados Unidos.
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para inscribirte en un plan Medicare Advantage, también debes tener ambas partes:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario)
- Medicare Parte B (seguro médico)

¿Cuándo debo usar este formulario?

Puedes usarlo para inscribirte en un plan:

- Cada año, entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre (para que la cobertura empiece el 1 de enero)
- En un plazo de 3 meses a partir de la fecha en que empezaste a tener Medicare
- En ciertas situaciones en las que se te permite inscribirte o cambiar de plan

Visita es.Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puedes inscribirte en un plan.

¿Qué necesito para poder completar este formulario?

- Tu número de Medicare (el número que aparece en tu tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Tu dirección permanente y número de teléfono

Nota: Debes completar todas las partes de la Sección 1. Las partes de la Sección 2 son opcionales — no se te puede negar la cobertura por no haberlas completado.

Recordatorios:

- Si quieres inscribirte en un plan durante la inscripción abierta de otoño (15 de octubre – 7 de diciembre), el plan debe recibir tu formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Tu plan te enviará una factura por la prima del plan. Puedes optar por que se te deduzcan los pagos de la prima de tu cuenta bancaria o de tu beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación de Trabajadores Ferroviarios).

Personas sin hogar (indigentes)

- Si deseas afiliarte a un plan pero no tienes un domicilio permanente, un apartado postal (P.O. Box), la dirección de un albergue o clínica, o la dirección donde recibes correo (por ejemplo, donde recibes tus cheques del seguro social) podrían considerarse la dirección de tu domicilio permanente.

¿Qué pasa después?

Envía tu formulario completado y firmado a:

KelseyCare Advantage
P.O. Box 841569
Pearland, Texas 77584-9832

Una vez que procesen tu solicitud de afiliación, se pondrán en contacto contigo.

¿Cómo puedo obtener ayuda para llenar este formulario?

Llama a KelseyCare Advantage al 1-866-535-8343, los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O, llama a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llama a KelseyCare Advantage al 1-866-535-8343 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprime el 2 para recibir asistencia en español y un representante estará disponible para ayudarte.

KelseyCare Advantage, ofrecido por KS Plan Administrators, LLC, es un plan HMO y POS de Medicare Advantage con contrato con Medicare. La inscripción en KelseyCare Advantage depende de la renovación del contrato.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que esta muestre un número de control de la OMB válido. El número de control de la OMB vigente para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo necesario para completar esta información se calcula en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tienes comentarios relacionados con la exactitud del tiempo calculado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor envía una carta a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíes este formulario ni ningún elemento con tu información personal (como reclamaciones, pagos, historiales médicos, etc.) a la PRA Reports Clearance Office (la Oficina de Autorización de Informes). Cualquier documento que recibamos que no sea sobre cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrita en OMB 0938 -1378) será destruido. No se conservará, revisará ni remitirá al plan. Consulta "¿Qué pasa después?" en esta página para enviar tu formulario completado al plan.

2027 Plan Year New Member Enrollment Application

Solicitud de inscripción para nuevos afiliados del plan del año 2027

Section 1 – All fields on this page are required (unless marked optional). Select the plan you want to join:
Sección 1 – Todos los campos de esta página son requeridos (a menos que se indique como opcional). Selecciona el plan al que quieras afiliarte:

Plans covering Medical + Prescription Drugs Planes que cubren Médico + Medicamentos recetados		Available in the following counties ONLY Disponibles SOLO en los siguientes condados	
Signature (HMO Plan) \$0/month Part D Deductible is \$0 Signature (Plan HMO) \$0/mes Parte D Deducible de \$0		Brazoria, Fort Bend, Harris, Montgomery, Galveston (excluding Galveston Island)	
Freedom (HMO-POS Plan) \$0/month, Part D Deductible is \$200 for drugs on tiers 3, 4, and 5 Freedom (Plan HMO-POS) \$0/mes, Deducible de la Parte D de \$200 para medicamentos de los niveles 3, 4 y 5		Brazoria, Fort Bend, Harris, Montgomery, Galveston (excluding Galveston Island), Austin, Grimes, San Jacinto, Waller, Chambers, Liberty, Walker, Wharton	
Plans covering Medical Only Planes que cubren solo Médico		Available in the following counties ONLY Disponibles SOLO en los siguientes condados	
Core (HMO Plan) \$0/month Core (Plan HMO) \$0/mes		Brazoria, Fort Bend, Harris, Montgomery, Galveston (excluding Galveston Island), Austin, Grimes, San Jacinto, Waller, Chambers, Liberty, Walker, Wharton	
FIRST Name: PRIMER nombre:		LAST Name: APELLIDO:	
		[Optional: Middle Initial] [Opcional: inicial del segundo nombre]	
Birth Date: (MM/DD/YYYY) Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)		Sex: Sexo:	
(/ /)		☐ Male Masculino ☐ Female Femenino	
		Phone Number: Número telefónico:	
		() -	
Permanent Residence Street Address (Don't enter a PO Box): (Note: for individuals experiencing homelessness, a PO Box may be considered your permanent residence address): Número y calle del domicilio permanente (No ingreses un apartado postal o "PO Box"): (Nota: para las personas sin hogar, un apartado postal o "PO Box" puede considerarse tu dirección de residencia permanente):			
City: Ciudad:	[Optional: County] [Opcional: Condado]:	State: Estado:	ZIP Code: Código postal:
Mailing Address, if different from your permanent address (PO Box allowed): Dirección postal, si es distinta de tu dirección permanente (se permite un apartado postal o "PO Box"):			
Street Address: Número y calle:	City: Ciudad:	State: Estado:	ZIP Code: Código postal:

Your Medicare Information
Tu Información de Medicare

Please take out your red, white and blue Medicare card to complete this section.

Por favor utiliza tu tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.

- Fill out this information as it appears on your Medicare card.

- Completa esta información como aparece en tu tarjeta de Medicare.

-OR- -O-

Attach a copy of your Medicare card or your letter from Social Security or the Railroad Retirement Board.

Adjunta una copia de tu tarjeta de Medicare o tu carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Trabajadores Ferroviarios.

Name (as it appears on your Medicare card):

Nombre (como aparece en tu tarjeta de Medicare):

Medicare Number:

Número de Medicare:

Effective Date Cobertura empieza

HOSPITAL (Part A): HOSPITAL (Parte A):

Effective Date Cobertura empieza

MEDICAL (Part B): MÉDICO (Parte B):

You must have Medicare Part A and Part B to join a Medicare Advantage plan.

Debes tener las Partes A y B de Medicare para participar en un plan Medicare Advantage.

Answer these important questions:

Contesta estas preguntas importantes:

Will you have other prescription drug coverage (like VA, TRICARE) in addition to KelseyCare Advantage?

¿Tendrás otra cobertura para medicamentos recetados (como VA o TRICARE) además de KelseyCare Advantage?

☐ Yes Sí ☐ No No

Name of other coverage:

Nombre de la otra cobertura:

Member number for this coverage:

Número de afiliación de la cobertura:

Group number for this coverage:

No. de grupo de la cobertura:

RX ID Number: (As shown on your ID Card)

Número de RX ID: (Como aparece en tu tarjeta de identificación)

RX Group: (As shown on your ID Card)

RxGrp o Rx Group: (Como aparece en tu tarjeta de identificación)

RX BIN Number: (Note: This is 6 digits)

Número de RX BIN: (Nota: Es de 6 dígitos)

IMPORTANT: Read and sign below:**IMPORTANTE: Lee y firma a continuación:**

- I must keep both Hospital (Part A) and Medical (Part B) to stay in KelseyCare Advantage.
- By joining this Medicare Advantage Plan, I acknowledge that KelseyCare Advantage will share my information with Medicare, who may use it to track my enrollment, to make payments, and for other purposes allowed by Federal law that authorize the collection of this information (See Privacy Act Statement below). Your response to this form is voluntary. However, failure to respond may affect enrollment in this plan.
- I understand that I can be enrolled in only one MA plan at a time – and that enrollment in this plan will automatically end my enrollment in another MA plan (exceptions apply for MA PFFS, MA MSA plans).
- I understand that when my KelseyCare Advantage coverage begins, I must get all of my medical and prescription drug benefits from KelseyCare Advantage. Benefits and services provided by KelseyCare Advantage and contained in my KelseyCare Advantage “Evidence of Coverage” document (also known as a member contract or subscriber agreement) will be covered. Neither Medicare nor KelseyCare Advantage will pay for benefits or services that are not covered.
- By providing my telephone number and/or email address to KelseyCare Advantage, I agree to receive automated calls, prerecorded messages, e-mails, and/or voice/text messages related to my application or account from KelseyCare Advantage and its affiliates. I understand that message and data rates may apply. Terms and privacy information are available at www.kelseycareadvantage.com. If you would like to opt-out, contact Member Services at 866-535-8343 and ask to be added to our do not call list. TTY users can call 711.
- The information on this enrollment form is correct to the best of my knowledge. I understand that if I intentionally provide false information on this form, I will be disenrolled from the plan.
- I understand that my signature (or the signature of the person legally authorized to act on my behalf) on this application means that I have read and understand the contents of this application. If signed by an authorized representative (as described above), this signature certifies that:
 - 1) This person is authorized under State law to complete this enrollment, and
 - 2) Documentation of this authority is available upon request by Medicare.
- Debo mantener tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como la cobertura médica (Parte B) para permanecer en KelseyCare Advantage.
- Al inscribirme en este Plan Medicare Advantage, acepto que KelseyCare Advantage comparta mi información con Medicare, y que Medicare podrá utilizarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, efectuar pagos y para otros fines permitidos por la legislación federal que autoriza la recopilación de esta información (consultar la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Responder a este formulario es voluntario. Sin embargo, el hecho de no responder podría afectar tu inscripción en este plan.
- Entiendo que solamente puedo estar inscrito en un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan automáticamente pondrá fin a mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de KelseyCare Advantage debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados a través de KelseyCare Advantage. Se cubrirán los beneficios y servicios autorizados por KelseyCare Advantage y estarán incluidos en mi documento de Evidencia de cobertura de KelseyCare Advantage (este también se conoce como contrato de miembro o contrato de afiliado/suscriptor). Ni Medicare ni KelseyCare Advantage pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Al proporcionar mi número de teléfono a KelseyCare Advantage, acepto recibir llamadas automatizadas, mensajes pregrabados o mensajes de texto relacionados con mi atención médica por parte de KelseyCare Advantage y sus afiliados. Tengo entendido que podrían aplicarse tarifas de mensajes y datos. Las condiciones y la información sobre privacidad están disponibles en www.kelseycareadvantage.com (solo en inglés). Si deseas darte de baja, comunícate al Servicio de Atención a Afiliados llamando al 866-535-8343 y solicita que te incluyan en nuestra lista de no-llamar. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.
- La información contenida en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que, si a propósito presento datos falsos en este formulario, se me dará de baja del plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si está firmada por un representante autorizado (como se describe anteriormente), la firma certifica que:
 - 1) esta persona está autorizada bajo la ley estatal para llenar esta solicitud de inscripción y
 - 2) la documentación de esta autorización está disponible a solicitud de Medicare.

Signature: Firma:**Today's Date: Fecha de hoy:****If you're the authorized representative, sign above and fill out these fields:****Si eres el representante autorizado, firma arriba y completa los campos a continuación.****Name: Nombre:****Address: Dirección:****Phone number: Número de teléfono:****Relationship to enrollee: Relación con el afiliado:**

For individuals helping enrollee with completing this form only:

Complete this section if you're an individual (i.e. agents, brokers, SHIP counselors, family members or other third parties) helping an enrollee fill out this form. **Note:** Agents/Brokers, completion of this entire box is **required**.

Name (This should not be the enrollee's name): _____

Relationship to enrollee: _____

Signature: _____ Date: _____

Agent/Broker National Producer Number (NPN) ID: _____

Plan ID #: _____ Proposed Effective Date of Coverage: _____

Select the appropriate election period (for SEP, write in the desired SEP, e.g., SEPR for 5-Star).

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (type): _____ MA OEP: _____ Not Eligible: _____

Section 2 – All fields in this section are optional

Sección 2 – todos los campos de esta sección son opcionales

Answering these questions is your choice. You can't be denied coverage because you don't fill them out.

Tú decides si quieres responder a estas preguntas. No se te puede negar la cobertura por no responderlas.

Select one if you want us to send you information in a language other than English. ☐ Spanish Español
Selecciona esta opción si deseas que te enviemos la información en este idioma.

Select one if you want us to send you information in an accessible format.

Selecciona una de las casillas si deseas que te enviemos información en un formato accesible.

☐ Braille Braille ☐ Large Print Letra grande ☐ Audio CD Disco compacto de audio (CD)

Please contact KelseyCare Advantage at 713-442-CARE (2273) if you need information in an accessible format or language other than what is listed above. Our office hours are 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week. TTY users can call 711.

Por favor comunícate a KelseyCare Advantage al 713-442-CARE (2273) si necesitas información en un formato accesible o idioma diferente de lo indicado arriba. Nuestras horas hábiles son de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Do you work? ¿Tú trabajas? ☐ Yes Sí ☐ No No

Does your spouse work? ¿Tu cónyuge trabaja? ☐ Yes Sí ☐ No No

If you are switching from another plan, what is the name of the plan or Medicare plan you are switching from?
Si te estás cambiando de otro plan, ¿cuál es el nombre del plan o del plan de Medicare del que te estás cambiando?

I want to get the following materials via email. Quiero recibir los siguientes documentos por correo electrónico.

_____ **Yes, I would like to receive many of my plan documents delivered electronically. We will send you an email when new communications (ie.; Quarterly Newsletters, Annual Notice of Change) are available online. You can access these communications through any device such as a computer, tablet or mobile phone.**

Sí, quiero recibir muchos de los documentos de mi plan de manera electrónica. Te enviaremos un correo electrónico cuando se publiquen en línea nuevas comunicaciones (por ejemplo, boletines trimestrales o notificaciones anuales de cambios). Podrás acceder a estas comunicaciones mediante cualquier dispositivo, como computadora, tableta o teléfono móvil.

Email Address: Correo electrónico: _____

Paying your plan premiums:

Cómo pagar las primas de tu plan:

You can pay your monthly plan premium (including any late enrollment penalties that you currently have or may owe) by mail, Electronic Funds Transfer (EFT), credit card each month. **You can also choose to pay your premium by having it automatically taken out of your Social Security or Railroad Retirement Board (RRB) benefit each month.**

If you have to pay a Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount (Part D-IRMAA), you must pay this extra amount in addition to your plan premium. DON'T pay KelseyCare Advantage the Part D-IRMAA.

Puedes pagar la prima mensual de tu plan (incluidas las sanciones por inscripción tardía que tengas actualmente o puedas adeudar) por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés) o tarjeta de crédito cada mes. **También puedes optar por pagar cada mes tu prima mediante deducción automática de tu cheque mensual de beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB, por sus siglas en inglés).**

Si tienes que pagar un importe de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (Part D-IRMAA, por sus siglas en inglés), deberás pagar este importe adicional además de tu prima del plan. NO le pagues a KelseyCare Advantage la Parte D-IRMAA.

Please select a premium payment option:

Por favor selecciona una opción para pagar la prima:

Get a bill Recibir una factura
Electronic funds transfer (EFT) from your bank account each month. Please enclose a VOIDED check or provide the following: Transferencia electrónica de fondos (EFT) de tu cuenta bancaria cada mes. Por favor adjunta un cheque CANCELADO (VOIDED) o proporciona lo siguiente: Account Name: _____ Account Type: ☐Checking ☐Savings Nombre en la cuenta: Tipo de cuenta: Cheques Ahorros Bank routing number: _____ Bank account number: _____ Número de identificación del banco (routing number): Número de la cuenta bancaria:
Automatic deduction from your monthly Social Security or Railroad Retirement Board (RRB) benefit check. Deducción automática del cheque mensual de beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB). I get monthly benefits from: ☐ Social Security ☐ RRB Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB (The Social Security/RRB deduction may take two or more months to begin after Social Security or RRB approves the deduction. In most cases, if Social Security or RRB accepts your request for automatic deduction, the first deduction from your Social Security or RRB benefit check will include all premiums due from your enrollment effective date up to the point withholding begins. If Social Security or RRB does not approve your request for automatic deduction, we will send you a paper bill for your monthly premiums.) (La deducción de sus primas de los beneficios del Seguro Social o de la RRB puede tardar dos meses o más en comenzar después de que se apruebe su solicitud. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigor de su inscripción hasta el momento en que comience la deducción. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales).

PRIVACY ACT STATEMENT

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) collects information from Medicare plans to track beneficiary enrollment in Medicare Advantage (MA) Plans, improve care, and for the payment of Medicare benefits. Sections 1851 of the Social Security Act and 42 CFR §§ 422.50 and 422.60 authorize the collection of this information. CMS may use, disclose and exchange enrollment data from Medicare beneficiaries as specified in the System of Records Notice (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", System No. 09-70-0588. Your response to this form is voluntary. However, failure to respond may affect enrollment in the plan.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) recopilan la información de los planes de Medicare para hacer el seguimiento de la inscripción de beneficiarios en los planes de Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y efectuar el pago de los beneficios de Medicare. La sección 1851 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS podrán usar, divulgar e intercambiar datos de los beneficiarios de Medicare, según se especifican en el Sistema de Notificación de Registros (SORN, por sus siglas en inglés) No. de sistema 09-70-0588 que se denomina "Medicamentos con Receta de Medicare Advantage" (MARx, por sus siglas en inglés). Responder a este formulario es voluntario. Sin embargo, el hecho de no responder podría afectar la inscripción en el plan.

Form continued on next page
Formulario continúa en la página siguiente

Attestation of Eligibility for an Enrollment Period

Typically, you may enroll in a Medicare Advantage plan only during the annual enrollment period from October 15 through December 7 of each year. There are exceptions that may allow you to enroll in a Medicare Advantage plan outside of this period.

Please read the following statements carefully and check the box if the statement applies to you. By checking any of the following boxes you are certifying that, to the best of your knowledge, you are eligible for an Enrollment Period. If we later determine that this information is incorrect, you may be disenrolled.

- ☐ I am new to Medicare.
- ☐ I am enrolled in a Medicare Advantage plan and want to make a change during the Medicare Advantage Open Enrollment Period (MA OEP).
- ☐ I recently moved outside of the service area for my current plan or I recently moved and have new options available to me. I moved on (insert date) _____.
- ☐ I recently was released from incarceration. I was released on (insert date) _____.
- ☐ I recently returned to the United States after living permanently outside of the U.S. I returned to the U.S. on (insert date) _____.
- ☐ I recently obtained lawful presence status in the United States. I got this status on (insert date) _____.
- ☐ I recently had a change in my Medicaid (newly got Medicaid, had a change in level of Medicaid assistance, or lost Medicaid) on (insert date) _____.
- ☐ I recently had a change in my Extra Help paying for Medicare prescription drug coverage (newly got Extra Help, had a change in the level of Extra Help, or lost Extra Help) on (insert date) _____.
- ☐ I have Medicare and get full Medicaid benefits. I want to join or switch to a plan that coordinates coverage between my Medicare and Medicaid managed care plans (called an integrated Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP)).
- ☐ I am moving into, live in, or recently moved out of a Long-Term Care Facility (for example, a nursing home or long term care facility). I moved/will move into/out of the facility on (insert date) _____.
- ☐ I recently left a PACE program on (insert date) _____.
- ☐ I recently involuntarily lost my creditable prescription drug coverage (coverage as good as Medicare's). I lost my drug coverage on (insert date) _____.
- ☐ I am leaving employer or union coverage on (insert date) _____.
- ☐ I'm in a qualified State Pharmaceutical Assistance Program, or I'm losing help from a State Pharmaceutical Assistance Program.
- ☐ My plan is ending its contract with Medicare, or Medicare is ending its contract with my plan.
- ☐ I was enrolled in a plan by Medicare (or my state) and I want to choose a different plan. My enrollment in that plan started on (insert date) _____.
- ☐ I was enrolled in a Special Needs Plan (SNP) but I have lost the special needs qualification required to be in that plan. I was disenrolled from the SNP on (insert date) _____.
- ☐ I was affected by an emergency or major disaster (as declared by the Federal Emergency Management Agency (FEMA) or by a Federal, state or local government entity). One of the other statements here applied to me, but I was unable to make my enrollment request because of the disaster.
- ☐ I signed up for Part A (Hospital Insurance) or Part B (Medical Insurance) during a Special Enrollment Period I qualified for because of an exceptional circumstance. I want to join a Medicare Advantage Plan (with or without drug coverage).
- ☐ I signed up for Part A (Hospital Insurance) or Part B (Medical Insurance) during a Special Enrollment Period I qualified for because of an exceptional circumstance. I want to join a Medicare drug plan (Part D).

If none of these statements applies to you or you're not sure, please contact KelseyCare Advantage at 713-442-CARE (2273) or toll free at 1-866-535-8343 (TTY users can call 711) to see if you are eligible to enroll. We are open 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week.

Certificación de elegibilidad durante un Período de Inscripción

Generalmente, puedes inscribirte en el plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirte inscribirte en un plan Medicare Advantage en una fecha fuera de este período.

Por favor lee las siguientes declaraciones con cuidado y señala la casilla de cualquier declaración que te corresponda. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certificas que, a tu mejor saber y entender, eres elegible durante un Período de Inscripción. Si después determinamos que esta información no es la correcta, tu inscripción puede ser cancelada.

- ☐ Soy nuevo afiliado de Medicare.
- ☐ Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- ☐ Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (ingresa la fecha) _____.
- ☐ Recientemente fui liberado de prisión. Fui liberado el (ingresa la fecha) _____.
- ☐ Hace poco regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera del país. Regresé a los Estados Unidos el (ingresa la fecha). _____.
- ☐ Recientemente obtuve el estatus de residencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el (ingresa la fecha) _____.
- ☐ Recientemente hubo un cambio en mi Medicaid (acabo de obtener Medicaid, hubo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (ingresa la fecha) _____.
- ☐ Hace poco hubo un cambio en mi Ayuda Extra (Extra Help) para el pago de la cobertura de Medicare de medicamentos con receta (acabo de obtener Ayuda Extra, hubo un cambio en el nivel de Ayuda Extra o perdí la Ayuda Extra) el (ingresa la fecha) _____.
- ☐ Tengo Medicare y recibo los beneficios completos de Medicaid. Quiero participar o cambiarme a un plan que coordine la cobertura entre mis planes de Medicare y Medicaid (llamado Plan integrado para Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad, o D-SNP, por sus siglas en inglés).
- ☐ Me voy a mudar, vivo en o hace poco me mudé de un Centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un asilo de adultos mayores o centro de atención a largo plazo). Me mudé o me voy a mudar al/del centro el (ingresa la fecha) _____.
- ☐ Recientemente me salí de un programa PACE, el (ingresa la fecha) _____.
- ☐ Recientemente perdí, de manera involuntaria, mi cobertura válida de medicamentos recetados (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí la cobertura de mis medicamentos el (ingresa la fecha) _____.
- ☐ Voy a dejar la cobertura de un empleador o sindicato el (ingresa la fecha) _____.
- ☐ Estoy inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica, o estoy a punto de perder la ayuda de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica.
- ☐ Mi plan terminará su contrato con Medicare, o bien Medicare terminará su contrato con mi plan.
- ☐ Medicare (o mi estado) me inscribieron en un plan y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (ingresa la fecha) _____.
- ☐ Estuve inscrito en un plan por necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero dejé de cumplir con los requisitos de necesidades especiales que se exigen para formar parte del plan. Me cancelaron la suscripción del SNP el (ingresa la fecha) _____.
- ☐ Me vi afectado por una emergencia o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA, por sus siglas en inglés] o por una entidad gubernamental federal, estatal o local). Una de las otras declaraciones que se muestran aquí corresponde a mi situación, pero no pude inscribirme debido al desastre.
- ☐ Me inscribí en la Parte A (seguro hospitalario) o la Parte B (seguro médico) durante un Período de Inscripción Especial para el cual califiqué debido a una circunstancia excepcional. Quiero inscribirme en un plan Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos).
- ☐ Me inscribí en la Parte A (seguro hospitalario) o la Parte B (seguro médico) durante un Período de Inscripción Especial para el cual califiqué debido a una circunstancia excepcional. Quiero inscribirme en un plan de medicamentos de Medicare (Parte D).

Si ninguna de estas declaraciones te corresponde o no estás seguro, comunícate a KelseyCare Advantage al 713-442-CARE (2273) o sin cargo al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para ver si calificas para inscribirte. Abrimos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.