

Biểu mẫu Xác nhận Phạm vi Chỉ định



Tất cả thông tin được cung cấp trong biểu mẫu này đều được bảo mật và phải được mỗi người có Medicare hoặc người đại diện được ủy quyền của họ hoàn tất.

Vui lòng ký tắt bên dưới với sự đồng ý của quý vị để nói về loại chương trình được liệt kê.

Medicare Advantage (Phần C) và Medicare Advantage Chương trình Thuốc theo Toa

Chương trình Nhu cầu Đặc biệt (D-SNP) Medicare - Một loại chương trình đặc biệt dành cho những người hội đủ điều kiện nhận cả Medicare và đầy đủ phúc lợi Medicaid.

Việc ký vào biểu mẫu này KHÔNG bắt buộc quý vị phải đăng ký tham gia một chương trình bảo hiểm nào, điều này sẽ ảnh hưởng đến việc đăng ký hiện tại hoặc tương lai của quý vị và sẽ không tự động đăng ký cho quý vị tham gia chương trình Medicare

Chữ ký của người thụ hưởng hoặc người đại diện được ủy quyền và ngày ký:

Chữ ký

Thời gian ký tên

Ngày ký

Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, vui lòng ký tên ở trên và ghi tên chữ in hoa bên dưới:

Tên người đại diện

Mối quan hệ của quý vị với người thụ hưởng

Sẽ do Đại diện hoàn tất:

Agent name:	Agent phone:
Beneficiary name:	Beneficiary phone:
Beneficiary address (optional)	
Initial method of contact: (Indicate here if beneficiary was a walk-in)	
Agents signature:	
Plan(s) the agent represented during this meeting:	
Date and time appointment completed:	
Plan use only:	

Scope of Appointment documentation is subject to CMS record retention requirements. Agent, if the form was signed by the beneficiary at time of appointment, provide explanation why SOA was not documented prior to meeting: