

若您需要另一種語言或格式（盲文）編寫的表格，請聯絡 **Affinity Health Plan** 親情健保。

若要參保 Affinity Health Plan，請提供以下資訊：

請選擇一項計劃：

- Affinity Medicare Passport Essentials (HMO)**，每月 \$0
- Affinity Medicare Passport Essentials NYC (HMO)**，每月 \$0
- Affinity Medicare Ultimate (HMO-SNP)**，每月 \$0
- Affinity Medicare Solutions (HMO SNP)**，每月 \$0

姓氏： _____ 名字： _____ 中間名縮寫： _____ 先生 夫人 女士

| | | | |
|--|--|---------------------|---------------------|
| 出生日期： (____ / ____ / ____) (月 / 日 / 年) | 性別： <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | 住宅電話號碼： (____) | 備用電話號碼： (____) |
|--|--|---------------------|---------------------|

永久居住地址（不允許使用郵政信箱）：

城市： _____ 郡： _____ 州： _____ 郵遞區號： _____

郵寄地址（僅在與您的永久居住街道地址不同時才需填寫）：

街道地址： _____ 郡： _____ 州： _____ 郵遞區號： _____

電子郵件地址： _____

緊急聯絡人： _____

電話號碼：(____) _____ 與您的關係： _____

請提供您的 Medicare 保險資訊

請取出您的紅白藍 Medicare 卡以填寫此部份。

- 按照您的 Medicare 卡上所示填寫此資訊。
- 或
- 附上您的 Medicare 卡副本或社會保障局/鐵路職工退休委員會給您的信函副本。

姓名（如您的 Medicare 卡上所示）： _____

Medicare 號碼： _____

有權享有： _____ 生效日期： _____

醫院保險（A 部份） _____

醫療保險（B 部份） _____

您必須擁有 Medicare A 部份及部份 B，才能參加 Medicare Advantage 計劃

若您需要另一種語言或格式（盲文）編寫的表格，請聯絡 **Affinity Health Plan** 親情健保。

若要參保 Affinity Health Plan，請提供以下資訊：

請選擇一項計劃：

- Affinity Medicare Passport Essentials (HMO)**，每月 \$0
- Affinity Medicare Passport Essentials NYC (HMO)**，每月 \$0
- Affinity Medicare Ultimate (HMO-SNP)**，每月 \$0
- Affinity Medicare Solutions (HMO SNP)**，每月 \$0

姓氏： _____ 名字： _____ 中間名縮寫： _____ 先生 夫人 女士

| | | | |
|--|--|---------------------|---------------------|
| 出生日期： (____ / ____ / ____) (月 / 日 / 年) | 性別： <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | 住宅電話號碼： () | 備用電話號碼： () |
|--|--|---------------------|---------------------|

永久居住地址（不允許使用郵政信箱）：

城市： _____ 郡： _____ 州： _____ 郵遞區號： _____

郵寄地址（僅在與您的永久居住街道地址不同時才需填寫）：

街道地址： _____ 郡： _____ 州： _____ 郵遞區號： _____

電子郵件地址： _____

緊急聯絡人： _____

電話號碼：() 與您的關係： _____

請提供您的 Medicare 保險資訊

請取出您的紅白藍 Medicare 卡以填寫此部份。

- 按照您的 Medicare 卡上所示填寫此資訊。
- 或
- 附上您的 Medicare 卡副本或社會保障局/鐵路職工退休委員會給您的信函副本。

姓名（如您的 Medicare 卡上所示）： _____

Medicare 號碼： _____

有權享有： _____ 生效日期： _____

醫院保險（A 部份） _____

醫療保險（B 部份） _____

您必須擁有 Medicare A 部份及部份 B，才能參加 Medicare Advantage 計劃

支付您的計劃保費

若我們確定您需繳納逾期參保罰金（或若您目前有欠付的逾期參保罰金），我們需要知道您想如何支付。您可以透過每月郵寄的方式支付。您也可以選擇每月透過社會保險或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利金支票賬戶自動扣繳保費。若您欠付 D 部份按收入每月調整保費，社會保障局將會通知您。除了計劃保費，您還需要繳納這筆額外保費。額外保費將從您的社會保險福利支票賬戶中扣除，或直接由 Medicare 或 RRB 收取。請勿向 Affinity Health Plan 支付 D 部份按收入每月調整保費 (IRMAA)。

您可以每月透過郵寄來支付您的每月計劃保費（包含您目前應付或可能積欠的所有逾期參保罰金）。您也可以選擇每月透過社會保險或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利金支票賬戶自動扣繳保費。

若經評估您被認為需繳納 D 部份按收入每月調整保費，社會保障局將會通知您。除了計劃保費，您還需要繳納這筆額外保費。額外保費將從您的社會保險福利支票賬戶中扣除，或直接由 Medicare 或 RRB 收取。請勿向 Affinity Health Plan 支付 D 部份按收入每月調整保費 (IRMAA)。

收入有限的人士可能有資格獲得額外補助，以支付其處方藥費用。若符合資格，Medicare 可能會支付 75% 或更多的藥費，包括每月的處方藥保費、年度自付額和共同保險。另外，符合資格的人士不必受限於保障空窗期或延期參加罰款。許多人有資格獲得此類補助卻對此毫不知情。要瞭解有關額外補助的更多資訊，請聯絡您當地的社會保障局辦事處，或撥打 800.772.1213 致電社會保障局。聽障和語障人士可致電 800.325.0778。您亦可從 www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp 網上申請額外補助。

若您符合資格享受針對 Medicare 處方藥保險費用的額外幫助，則 Medicare 將支付您的全部或部份保費。如果 Medicare 只支付部份保費，我們會向您收取 Medicare 未給付的金額。如果您未選擇付款方式，您每個月都會收到賬單。

請選擇一項保費付款方式

收取賬單

每月自動從您的社會保險或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利金支票扣繳。

我領取每月福利: Social Security RRB

(扣繳可能需要在社會保險/RRB 批准後二個月或更長時間才會生效。在多數情況下，如果社會保障局或 RRB 批准自動扣繳申請，第一次透過社會保險或 RRB 福利金支票扣繳的金額將包含您從投保生效日起到扣繳日止的所有應繳保費。如果您的申請未獲社會保障局或 RRB 批准，我們將郵寄月繳保費的紙本賬單給您。)

支付您的計劃保費

若我們確定您需繳納逾期參保罰金（或若您目前有欠付的逾期參保罰金），我們需要知道您想如何支付。您可以透過每月郵寄的方式支付。您也可以選擇每月透過社會保險或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利金支票賬戶自動扣繳保費。若您欠付 D 部份按收入每月調整保費，社會保障局將會通知您。除了計劃保費，您還需要繳納這筆額外保費。額外保費將從您的社會保險福利支票賬戶中扣除，或直接或由 Medicare 或 RRB 收取。請勿向 Affinity Health Plan 支付 D 部份按收入每月調整保費 (IRMAA)。

您可以每月透過郵寄來支付您的每月計劃保費（包含您目前應付或可能積欠的所有逾期參保罰金）。您也可以選擇每月透過社會保險或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利金支票賬戶自動扣繳保費。

若經評估您被認為需繳納 D 部份按收入每月調整保費，社會保障局將會通知您。除了計劃保費，您還需要繳納這筆額外保費。額外保費將從您的社會保險福利支票賬戶中扣除，或直接或由 Medicare 或 RRB 收取。請勿向 Affinity Health Plan 支付 D 部份按收入每月調整保費 (IRMAA)。

收入有限的人士可能有資格獲得額外補助，以支付其處方藥費用。若符合資格，Medicare 可能會支付 75% 或更多的藥費，包括每月的處方藥保費、年度自付額和共同保險。另外，符合資格的人士不必受限於保障空窗期或延期參加罰款。許多人有資格獲得此類補助卻對此毫不知情。要瞭解有關額外補助的更多資訊，請聯絡您當地的社會保障局辦事處，或撥打 800.772.1213 致電社會保障局。聽障和語障人士可致電 800.325.0778。您亦可從 www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp 網上申請額外補助。

若您符合資格享受針對 Medicare 處方藥保險費用的額外幫助，則 Medicare 將支付您的全部或部份保費。如果 Medicare 只支付部份保費，我們會向您收取 Medicare 未給付的金額。如果您未選擇付款方式，您每個月都會收到賬單。

請選擇一項保費付款方式

收取賬單

每月自動從您的社會保險或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利金支票扣繳。

我領取每月福利: Social Security RRB

(扣繳可能需要在社會保險/RRB 批准後二個月或更長時間才會生效。在多數情況下，如果社會保障局或 RRB 批准自動扣繳申請，第一次透過社會保險或 RRB 福利金支票扣繳的金額將包含您從投保生效日起到扣繳日止的所有應繳保費。如果您的申請未獲社會保障局或 RRB 批准，我們將郵寄月繳保費的紙本賬單給您。)

請閱讀和回答以下重要問題

1. 您是否患有晚期腎病 (ESRD)? 是 No

若您已順利進行腎臟移植手術和/或您已不再需要進行定期透析，請附上醫生提供的說明或記錄，證明您已順利進行腎臟移植手術或不需要透析服務。否則我們可能需要聯絡您，以取得額外資訊

2. 有些人可能擁有其他藥物保險，包括其他私人保險、TRICARE、聯邦政府員工健康福利保險、VA 福利或州政府醫藥補助計劃。

您是否有除去Affinity Medicare Passport計劃之外的其他處方藥保險？

是 否

若回答「是」，請列出您所持有的其他保險，以及您該保險的識別 (ID) 號碼:

其他保險的名稱：

用於該保險的 ID 號碼：

用於該保險的團體號碼：

3. 您是否是長期護理機構（如療養院）的住院患者？ 是 否

若選擇「是」，請提供以下資訊:

機構名稱: _____

機構的地址和電話號碼（門牌號碼和街道):

4. 您是否已加入您居住地的州政府 Medicaid 計劃？ 是 否

若選擇「是」，請提供您的 Medicaid 號碼: _____

5. 您或您的配偶是否在工作？ 是 否

請選擇主治醫生 (PCP)、診所或健康中心的名稱:

姓名: _____ 醫療服務提供者編號: _____

地址: _____

若您希望我們以英文以外的語言或其他格式給您傳送資訊，請勾選以下的一個方塊:

西班牙文 中文 俄文 盲文 磁帶 大號字體印刷版

若您需要以上所列之外的其他語言或格式的資訊，請撥打 877.234.4499 聯絡 Affinity Health Plan。我們的辦公時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。聽障人士可致電 711。



請閱讀以下重要資訊

若您目前擁有僱主或工會提供的健康保險，加入 Affinity Medicare Passport 計劃可能會影響您的僱主或工會健康福利。若您加入 Affinity Medicare Passport 計劃，您可能會失去您的僱主或工會健康保險。請閱讀僱主或工會傳送給您的函件。若您有疑問，請瀏覽他們的網站或聯絡其函件上列出的辦事處。若沒有關於聯絡人的任何資訊，您的福利管理人員或回答保險相關問題的辦事處可以提供幫助。

請閱讀並簽署以下內容

填寫此註冊申請，表示我同意以下內容：

Affinity Medicare Passport 計劃是與聯邦政府簽有合約的 Medicare Advantage 計劃。我必須保持我的 Medicare A 部份和 B 部份資格。我一次僅可參保一項 Medicare Advantage 計劃，並且我理解參保此計劃將自動終止我參保其他 Medicare 健康計劃或處方藥計劃的資格。我有責任告知計劃我所擁有的或在將來可能獲得的任何處方藥保險。參加此計劃通常為期一整年。一旦我參加，我只能在年中開放參保的特定時間（每年的10月15日至12月7日），或在某些特殊情況下才能退出計劃或做出變更。

Affinity Medicare Passport 計劃為特定的服務區域提供服務。若我遷出這些計劃服務的區域，我需要通知計劃以便退出計劃並在新區域尋找新的計劃。一旦我成為本計劃的成員，若我不同意關於計劃就付款或服務作出的裁決，我有權提出上訴。在我收到來自 Affinity Medicare Passport 計劃的承保範圍說明書文件時，我將閱讀它以瞭解我必須遵守哪些規則才能獲得此 Medicare Advantage 計劃的承保。我瞭解，即使已參保 Medicare，出國期間通常仍無法享有 Medicare 承保，在美國邊界附近可享有的有限承保除外。

Affinity Health Plan 親情健保是一項與 Medicare 以及紐約州 Medicaid 管理式護理計劃均簽有合約的 HMO 和 HMO-SNP 計劃。能否在 Affinity Health Plan 註冊參保視合約續簽情況而定。本資訊並非完整之福利敘述。聯絡計劃以瞭解更多資訊。限制、共付額及約束可能適用。每年1月1日，福利、保費和/或共付額/共同保險及限制可能會有所調整。您必須繼續繳納您的 Medicare B 部份保費。保費、共付額、共同保險及自付額可能視您接受的「額外補助」等級而有所不同。更多詳細資訊請聯絡本計劃。Affinity Health Plan 遵守適用的聯邦民權法，不會因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而歧視他人。

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 877.234.4499 (TTY:711) 。

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 877.234.4499 (TTY: 711).



請閱讀以下重要資訊

若您目前擁有僱主或工會提供的健康保險，加入 Affinity Medicare Passport 計劃可能會影響您的僱主或工會健康福利。若您加入 Affinity Medicare Passport 計劃，您可能會失去您的僱主或工會健康保險。請閱讀僱主或工會傳送給您的函件。若您有疑問，請瀏覽他們的網站或聯絡其函件上列出的辦事處。若沒有關於聯絡人的任何資訊，您的福利管理人員或回答保險相關問題的辦事處可以提供幫助。

請閱讀並簽署以下內容

填寫此註冊申請，表示我同意以下內容：

Affinity Medicare Passport 計劃是與聯邦政府簽有合約的 Medicare Advantage 計劃。我必須保持我的 Medicare A 部份和 B 部份資格。我一次僅可參保一項 Medicare Advantage 計劃，並且我理解參保此計劃將自動終止我參保其他 Medicare 健康計劃或處方藥計劃的資格。我有責任告知計劃我所擁有的或在將來可能獲得的任何處方藥保險。參加此計劃通常為期一整年。一旦我參加，我只能在年中開放參保的特定時間（每年的10月15日至12月7日），或在某些特殊情況下才能退出計劃或做出變更。

Affinity Medicare Passport 計劃為特定的服務區域提供服務。若我遷出這些計劃服務的區域，我需要通知計劃以便退出計劃並在新區域尋找新的計劃。一旦我成為本計劃的成員，若我不同意關於計劃就付款或服務作出的裁決，我有權提出上訴。在我收到來自 Affinity Medicare Passport 計劃的承保範圍說明書文件時，我將閱讀它以瞭解我必須遵守哪些規則才能獲得此 Medicare Advantage 計劃的承保。我瞭解，即使已參保 Medicare，出國期間通常仍無法享有 Medicare 承保，在美國邊界附近可享有的有限承保除外。

Affinity Health Plan 親情健保是一項與 Medicare 以及紐約州 Medicaid 管理式護理計劃均簽有合約的 HMO 和 HMO-SNP 計劃。能否在 Affinity Health Plan 註冊參保視合約續簽情況而定。本資訊並非完整之福利敘述。聯絡計劃以瞭解更多資訊。限制、共付額及約束可能適用。每年1月1日，福利、保費和/或共付額/共同保險及限制可能會有所調整。您必須繼續繳納您的 Medicare B 部份保費。保費、共付額、共同保險及自付額可能視您接受的「額外補助」等級而有所不同。更多詳細資訊請聯絡本計劃。Affinity Health Plan 遵守適用的聯邦民權法，不會因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而歧視他人。

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 877.234.4499 (TTY:711) 。

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 877.234.4499 (TTY: 711).

本人瞭解，從 Affinity Medicare Passport 計劃保險生效的日期開始，本人所有的醫療保健皆須自 Affinity Medicare Passport 計劃取得，除了急救或迫切需要的服務，或區域外透析服務。未經授權，**MEDICARE 或 AFFINITY 均不會為服務付費。**

本人瞭解，若我接受銷售代理、經紀人或受僱於 Affinity Medicare Passport 計劃或與其訂有合約的其他個人之協助參保，根據我參保與否，此代表可能會獲得報酬協助參保，根據我參保與否，此代表可能會獲得報酬。

資訊披露：透過加入此 Medicare 保健計劃，表示我確知，出於治療、支付和醫療護理運作方面的原因，必要時 Affinity Medicare Passport 計劃將向 Medicare 或其他計劃披露我的資訊。我還確知，Affinity 將向 Medicare 披露我的資訊（包括我的處方藥事件資料），而 Medicare 可能出於研究目的或符合所有適用聯邦法令和法規的其他目的披露該資訊。就我所知，本參保表上的資訊正確無誤。我瞭解，若我故意在此表上提供虛假資訊，我將被計劃退保。

我理解，我（或根據所在州法律獲授權代表我的人）在此申請表上簽名表示我已經閱讀並理解此申請表的內容。若由授權代表（如上所述）簽名，此簽名確認：1) 此人在州政府法律下經授權完成此參保程序，且 2) 在 Medicare 要求下應提供該授權之證明文件。

申請生效日期：
簽名：

今日日期：

若您是授權代表，您必須在上方簽名並提供以下資訊：

姓名：_____

地址：_____

電話號碼：() _____

與參保人的關係：_____

僅限辦事處使用：

工作人員/代理人/經紀人姓名（若協助投保）：_____

計劃 ID 號：_____ 保險生效日期：_____

ICEP/IEP：_____ AEP：_____ SEP（類型）：_____ 不符合資格：_____

工作人員/代理人/經紀人 ID 號：_____

本人瞭解，從 Affinity Medicare Passport 計劃保險生效的日期開始，本人所有的醫療保健皆須自 Affinity Medicare Passport 計劃取得，除了急救或迫切需要的服務，或區域外透析服務。未經授權，**MEDICARE 或 AFFINITY 均不會為服務付費。**

本人瞭解，若我接受銷售代理、經紀人或受僱於 Affinity Medicare Passport 計劃或與其訂有合約的其他個人之協助參保，根據我參保與否，此代表可能會獲得報酬協助參保，根據我參保與否，此代表可能會獲得報酬。

資訊披露：透過加入此 Medicare 保健計劃，表示我確知，出於治療、支付和醫療護理運作方面的原因，必要時 Affinity Medicare Passport 計劃將向 Medicare 或其他計劃披露我的資訊。我還確知，Affinity 將向 Medicare 披露我的資訊（包括我的處方藥事件資料），而 Medicare 可能出於研究目的或符合所有適用聯邦法令和法規的其他目的披露該資訊。就我所知，本參保表上的資訊正確無誤。我瞭解，若我故意在此表上提供虛假資訊，我將被計劃退保。

我理解，我（或根據所在州法律獲授權代表我的人）在此申請表上簽名表示我已經閱讀並理解此申請表的內容。若由授權代表（如上所述）簽名，此簽名確認：1) 此人在州政府法律下經授權完成此參保程序，且 2) 在 Medicare 要求下應提供該授權之證明文件。

申請生效日期：
簽名：

今日日期：

若您是授權代表，您必須在上方簽名並提供以下資訊：

姓名：_____

地址：_____

電話號碼：() _____

與參保人的關係：_____

僅限辦事處使用：

工作人員/代理人/經紀人姓名（若協助投保）：_____

計劃 ID 號：_____ 保險生效日期：_____

ICEP/IEP：_____ AEP：_____ SEP（類型）：_____ 不符合資格：_____

工作人員/代理人/經紀人 ID 號：_____

申請表

通常，您只能在每年 10 月 15 日到 12 月 7 日的年度參保期內參保 Medicare Advantage 計劃。 以下列出可在上述期間以外參保 Medicare Advantage 計劃的例外情形。同時擁有 Medicare 和 Medicaid 的人士可在一年的任何時間參保。

請詳閱下列聲明，並且勾選其中與您的情況相符的聲明。

勾選下列任一方塊即表示，據您所知的範圍內，您符合參保期的資格。如果我們日後判定此項資訊不正確，您可能會遭到退保。

- 我是初次參保 Medicare。
- 我最近搬離我現有計劃的服務區域，或者我剛搬家，而這項計劃對我來說是新的選項。我搬遷的日期是（填入日期）_____。
- 我最近被刑滿釋放。我被刑滿釋放的日期是（填入日期）_____。
- 我常年在國外居住，最近剛回到美國。我回到美國的日期是（填入日期）_____。
- 我最近獲得美國的合法居留身份。我獲得此身份的日期是（填入日期）_____。
- 我同時擁有 Medicare 和 Medicaid，或者我所居住的州協助支付我的 Medicare 保費。
- 我領有 Medicare 處方藥保險的額外補助。
- 我已喪失 Medicare 處方藥的額外補助資格。我停止領取額外補助的日期是（填入日期）_____。
- 我即將搬入、居住於或於最近搬出長期護理機構（例如療養院或長期護理機構）。我（將）搬入/搬出該機構的日期是（填入日期）_____。
- 我最近退出了 PACE 計劃，退出日期是（填入日期）_____。
- 我最近非自願性地喪失了同等級的處方藥保險（與 Medicare 有類似承保內容的保險）我喪失藥物保險的日期是（填入日期）_____。
- 我將要退出僱主或工會保險，退出日期是（填入日期）_____。
- 我受居住地之州政府提供的藥房協助計劃承保。
- 我的計劃即將終止與 Medicare 的合約，或者 Medicare 即將終止與該計劃的合約。
- 我曾參保 Special Needs Plan (SNP)，但現已失去了參保該計劃所需的特殊需求資格。我被 SNP 退保的日期是（填入日期）_____。

年度參保期為 10 月 15 日至 12 月 7 日。

若以上陳述皆不符合您的情況，或您不確定是否符合，請致電 Affinity Health Plan，電話：877.234.4499，以瞭解您是否符合參保資格。聽障人士可致電 711。我們的辦公時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。

通常，您只能在每年 10 月 15 日到 12 月 7 日的年度參保期內參保 Medicare Advantage 計劃。 以下列出可在上述期間以外參保 Medicare Advantage 計劃的例外情形。同時擁有 Medicare 和 Medicaid 的人士可在一年的任何時間參保。

請詳閱下列聲明，並且勾選其中與您的情況相符的聲明。

勾選下列任一方塊即表示，據您所知的範圍內，您符合參保期的資格。如果我們日後判定此項資訊不正確，您可能會遭到退保。

- 我是初次參保 Medicare。
- 我最近搬離我現有計劃的服務區域，或者我剛搬家，而這項計劃對我來說是新的選項。我搬遷的日期是（填入日期）_____。
- 我最近被刑滿釋放。我被刑滿釋放的日期是（填入日期）_____。
- 我常年在國外居住，最近剛回到美國。我回到美國的日期是（填入日期）_____。
- 我最近獲得美國的合法居留身份。我獲得此身份的日期是（填入日期）_____。
- 我同時擁有 Medicare 和 Medicaid，或者我所居住的州協助支付我的 Medicare 保費。
- 我領有 Medicare 處方藥保險的額外補助。
- 我已喪失 Medicare 處方藥的額外補助資格。我停止領取額外補助的日期是（填入日期）_____。
- 我即將搬入、居住於或於最近搬出長期護理機構（例如療養院或長期護理機構）。我（將）搬入/搬出該機構的日期是（填入日期）_____。
- 我最近退出了 PACE 計劃，退出日期是（填入日期）_____。
- 我最近非自願性地喪失了同等級的處方藥保險（與 Medicare 有類似承保內容的保險）我喪失藥物保險的日期是（填入日期）_____。
- 我將要退出僱主或工會保險，退出日期是（填入日期）_____。
- 我受居住地之州政府提供的藥房協助計劃承保。
- 我的計劃即將終止與 Medicare 的合約，或者 Medicare 即將終止與該計劃的合約。
- 我曾參保 Special Needs Plan (SNP)，但現已失去了參保該計劃所需的特殊需求資格。我被 SNP 退保的日期是（填入日期）_____。

年度參保期為 10 月 15 日至 12 月 7 日。

若以上陳述皆不符合您的情況，或您不確定是否符合，請致電 Affinity Health Plan，電話：877.234.4499，以瞭解您是否符合參保資格。聽障人士可致電 711。我們的辦公時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。