

**Please Contact Me!** *Please complete this form if you'd like to be contacted about Community First Medicare Advantage HMO plan(s) you may be eligible for.*

Full Name:  Date of Birth:

Street Address:  Apartment/Suite #:

City:  State:  Zip Code:

Email:  Phone:

Text Message:  Yes  No

### Medicare Eligibility

Are you eligible for Medicare?  Yes  No  I'm not sure

Please answer the following questions:

1. Do you have a Medicare card (red, white and blue card)?  Yes  No  
(If YES, Part A Effective Date: \_\_\_\_\_; PART B Effective Date: \_\_\_\_\_)
2. If you are under the age of 65, do you have a disability?  Yes  No
3. Are you a federal, state, or local government employee?  Yes  No
4. Do you receive monthly Social Security or Railroad Retirement Board (RRB) cash benefits?  
 Yes  No (IF YES, what is the date you started receiving Social Security or RRB benefits? \_\_\_\_\_)
5. Do you have End-Stage Renal Disease (ERSD)?  Yes  No
6. Do you have ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis, also known as Lou Gehrig's Disease)?  
 Yes  No

I am not eligible to enroll before October 15. Please contact me between October 1 – December 7.

**I am interested in plan information for the following (check all that apply):**

*Plan availability may vary by location.*

Prescription Drug Plans

Dental Plans

Medicare Supplement Plans

Hospital Indemnity Plans

Medicare Advantage Plans

---

Signature

---

Date

By providing my email address or telephone number, I agree that a licensed sales representative may contact me regarding information related to Medicare health plans and health insurance plans, products, services and/or educational information related to health care.

*Community First Health Plans, Inc. is a HMO/HMO SNP with a Medicare and Texas State Medicaid Agency Contract. Enrollment in Community First Health Plans, Inc. depends on contract renewal. Community First markets under the names Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) and Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP). This information is not a complete description of benefits. Call 1-833-434-2347 or 711 for more information. You must continue to pay your Medicare Part B premium.*

© 2026 Community First Health Plans, Inc.

The individual named above contacted the Community First Health Plans call center.

Yes  No

**¡Por favor, contácteme!** Complete este formulario si desea que le informemos sobre los planes Community First Medicare Advantage HMO para los cuales puede calificar.

Nombre completo:  Fecha de nacimiento:

Dirección:  Departamento/Suite #:

Ciudad:  Estado:  Código postal:

Correo electrónico:  Teléfono:

Mensaje de texto:  Sí  No

### Elegibilidad para Medicare

¿Cumple con los requisitos para Medicare?  Sí  No  No estoy seguro

Responda a las preguntas a continuación:

- ¿Tiene una tarjeta de Medicare (tarjeta roja y azul)?  Sí  No  
(Si la respuesta es Sí, indique la fecha de vigencia de la Parte A: \_\_\_\_\_; Fecha de vigencia de la Parte B \_\_\_\_\_)
  - Si tiene menos de 65 años, ¿tiene alguna discapacidad?  Sí  No
  - ¿Es usted un empleado del gobierno federal, estatal o local?  Sí  No
  - ¿Recibe beneficios mensuales del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB)?  
 Sí  No (Si la respuesta es Sí, ¿cuál es la fecha en que comenzó a recibir los beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB)? \_\_\_\_\_)
  - ¿Tiene enfermedad renal en etapa terminal (ERSD)?  Sí  No
  - ¿Tiene ELA (Esclerosis lateral amiotrófica, también conocida como enfermedad de Lou Gehrig)?  
 Sí  No
- No cumplo con los requisitos para inscribirme antes del 15 de octubre. Por favor, contácteme entre el 1 de octubre y el 7 diciembre.

**Me interesa recibir información sobre los siguientes planes (marque todos los que correspondan):**

*La disponibilidad de los planes puede variar según la ubicación.*

Planes de medicamentos con receta

Planes dentales

Planes de suplemento de Medicare

Planes de indemnización hospitalaria

Planes de Medicare Advantage

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Al proporcionar mi dirección de correo electrónico o número de teléfono, acepto que un representante de ventas con licencia se comunique conmigo para proporcionarme información relacionada con planes de salud de Medicare y planes de seguro de salud, productos, servicios y/o información educativa relacionada con la atención médica.

*Community First Health Plans, Inc. es un HMO/HMO SNP con un contrato con Medicare y la agencia Medicaid del estado de Texas. La inscripción en Community First Health Plans, Inc. depende de la renovación del contrato. Community First comercializa bajo los nombres del plan de Medicare Advantage Alamo de Community First (HMO) y el plan Community First Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs (HMO D-SNP). Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-833-434-2347 o al 711 para obtener más información. Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.*

© 2026 Community First Health Plans, Inc.

La persona mencionada anteriormente se comunicó con el centro de llamadas de Community First Health Plans.

Sí  No