



# **COMMUNITY FIRST**

## **HEALTH PLANS**

**INDIVIDUAL ENROLLMENT REQUEST FORM  
TO ENROLL IN COMMUNITY FIRST MEDICARE  
ADVANTAGE ALAMO PLAN OR DUAL ELIGIBLE  
SPECIAL NEEDS PLAN (D-SNP) (HMO)**

# INDIVIDUAL ENROLLMENT REQUEST FORM TO ENROLL IN COMMUNITY FIRST MEDICARE ADVANTAGE ALAMO PLAN OR DUAL ELIGIBLE SPECIAL NEEDS PLAN (D-SNP)

## Who can use this form?

People with Medicare who want to join Community First Medicare Advantage Alamo Plan or D-SNP.

## 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 Community First 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 are 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 cannot be denied coverage because you do not fill them out.

## Reminders:

- If you want to join a plan during fall open enrollment (October 15 – December 7), the plan must receive 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.

## What happens next?

Send your completed and signed form to:

Community First Health Plans, Inc.  
Member Services – Medicare Enrollment  
12238 Silicon Dr., Suite 100  
San Antonio, TX 78249

You will be contacted once your request to join is processed.

## How do I get help with this form?

Call Community First Medicare Advantage Plans at 210-358-6386 or 1-833-434-2347 (toll-free) 7 days a week, from 8 a.m. to 8 p.m. (October 1 - March 31); Monday through Friday, from 8 a.m. to 8 p.m. (April 1 - September 30); TTY users can call 711 (24 hours a day/7 days a week)

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

**En español:** Llame a Planes de Community First Medicare Advantage al 210-358-6386 o 1-833-434-2347 (gratis). Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. O, llame a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

## 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.



**Section 1 – All fields on this page are required (unless marked optional)**

**IMPORTANT:** Read and sign below:

- I must keep both Hospital (Part A) and Medical (Part B) to stay in Community First Health Plans Medicare Advantage Alamo Plan or D-SNP.
- By joining this Medicare Advantage Plan, I acknowledge that Community First Health Plans 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 the plan.
- I understand that I can be enrolled in only one Medicare Advantage plan at a time – and that enrollment in this plan will automatically end my enrollment in another Medicare Advantage plan (exceptions apply for MA PFFS, MA MSA plans).
- I understand that when my Community First Medicare Advantage Alamo Plan or D-SNP coverage begins, I must get all of my medical and prescription drug benefits from Community First Medicare Advantage Alamo Plan or D-SNP. Benefits and services provided by Community First Medicare Advantage Alamo Plan or D-SNP and contained in my Community First Medicare Advantage Alamo Plan or D-SNP “Evidence of Coverage” document (also known as a “member contract” or “subscriber agreement”) will be covered. Neither Medicare nor Community First Medicare Advantage Alamo Plan or D-SNP will pay for benefits or services that are not covered.
- 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.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Today's date

**If you're the authorized representative, sign above and fill out these fields:**

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Phone Number

\_\_\_\_\_  
Address

\_\_\_\_\_  
Relationship to enrollee

## Section 2 – All fields on this page are optional

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

Select one if you want us to send you information in a language other than English.

Spanish

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

Braille       Large print       Audio CD       Data CD

Please contact Community First Medicare Advantage Plan at 210-358-6386 or 1-833-434-2347 (toll-free) if you need information in an accessible format other than what is listed above. Our office hours are 7 days a week from 8 a.m. to 8 p.m. (October 1 – March 31); Monday through Friday, from 8 a.m. to 8 p.m. (April 1 – September 30). TTY users can call 711, 24 hours a day/7 days a week.

Do you work?

Yes       No

Does your spouse work?

Yes       No

List your Primary Care Physician (PCP), clinic, or health center:

PCP ID#:

Name of PCP:

I want to get the following materials via email. Select one or more.

Summary of Benefits       Evidence of Coverage (EOC)

Email address:

### **PRIVACY ACT STATEMENT**

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.

Proposed Effective Date: \_\_\_\_\_

Agent Name/National Producer Number: \_\_\_\_\_

**Please return to:** Community First Health Plans

12238 Silicon Dr., Suite 100

San Antonio, TX 78249

Fax: 210-358-6019

Email: DL\_Enrollment\_Medicare\_Advantage@cfhp.com

# 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 this plan is a new option for 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 received 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 received Extra Help, had a change in the level of Extra Help, or lost Extra Help) on (insert date) \_\_\_\_\_ .
  
- I am enrolled in a Community First Health Plans Medicaid plan and wish to enroll in a Community First Health Plans fully integrated D-SNP (FIDE SP), highly integrated D-SNP (HIDE D-SP), or an applicable integrated plan (AIP).

- I have both Medicare and Medicaid (or my state helps pay for my Medicare premiums) or I get Extra Help paying for my Medicare prescription drug coverage, but I have not had a change.
- 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 belong to a pharmacy assistance program provided by my state.
- 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.

If none of these statements apply to you or you are not sure, please contact Community First Medicare Advantage Plan at 1-833-434-2347 (toll-free) or 210-358-6386 (local) to see if you're eligible to enroll. You can call 7 days a week, from 8 a.m. to 8 p.m. (October 1 – March 31); Monday through Friday, from 8 a.m. to 8 p.m. (April 1 – September 30). Message service is available on weekends & holidays from April 1 – September 30. TTY users can call 711, 24 hours a day/7 days a week.



# COMMUNITY FIRST

— MEDICARE ADVANTAGE PLANS —

ALAMO (HMO)
D-SNP (HMO)

## AGENT USE ONLY

Note: This page must be completed in its entirety to prevent the delay or denial of the enclosed application

Proposed Coverage Start Date	Select Enrollment Period <input type="checkbox"/> <b>ICEP</b> MA or MAPD <input type="checkbox"/> <b>SEP</b> <input type="checkbox"/> <b>IEP</b> PDP of MAPD <input type="checkbox"/> <b>AEP</b> <input type="checkbox"/> <b>OEP</b> <input type="checkbox"/> <b>OEPI</b>
SEP Code (Required if SEP selected)	SEP Date
Licensed Sales Agent Name	Licensed Sales Agent ID
Licensed Sales Agent Phone Number	Scope of Appointment ID Number
Appointment Type	Date

## Non-Discrimination Notice

Community First Health Plans, Inc. (Community First) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. Community First does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation.

Community First provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with our organization, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, and other formats)

Community First also provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, please contact Community First Member Services at the number on the back of your Member ID card or 1-800-434-2347. If you're deaf or hard of hearing, please call 711.

If you feel that Community First failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation, you can file a complaint with Community First by phone,

## Aviso sobre no discriminación

Community First Health Plans, Inc. (Community First) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, u orientación sexual. Community First no excluye o trata de manera diferente a las personas debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, u orientación sexual.

Community First proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nuestra organización, como:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, y otros formatos)

Community First también ofrece servicios gratuitos lingüísticos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita recibir estos servicios, comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros de Community First al 1-800-434-2347. TTY (para personas con problemas auditivos) al 711.

Si usted cree que Community First no proporcionó servicios lingüísticos gratuitos o se siente que fue discriminado/a de otra manera por motivos de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, u orientación sexual, usted puede comunicarse con Community

fax, or email at:

**Community First Compliance Coordinator**

Phone: 210-227-2347 | TTY: 711

Fax: 210-358-6014

Email: [DL\\_CFHP\\_Regulatory@cfhp.com](mailto:DL_CFHP_Regulatory@cfhp.com)

If you need help filing a complaint, Community First is available to help you. If you wish to file a complaint regarding claims, eligibility, or authorization, please contact Community First Member Services at 1-800-434-2347.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

You may also file a complaint by mail or phone at:

U.S. Department of Health  
and Human Services

200 Independence Avenue, SW, Room 509F,  
HHH Building

Washington, D.C. 20201

Phone: 1-800-368-1019 | TTY: 1-800-537-7697

Complaint forms are available at:  
<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

First por teléfono, fax, o correo electrónico a:

**Community First Compliance Coordinator**

Teléfono: 210-227-2347

Línea de TTY gratuita: 711

Fax: 210-358-6014

Correo electrónico:

[DL\\_CFHP\\_Regulatory@cfhp.com](mailto:DL_CFHP_Regulatory@cfhp.com)

Si usted necesita ayuda para presentar una queja, Community First está disponible para ayudarlo. Si usted desea presentar una queja sobre reclamos, elegibilidad o autorización, comuníquese con Servicios para Miembros de Community First llamando al 1-800-434-2347.

Usted también puede presentar una queja de derechos civiles ante el departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos de manera electrónica a través del portal de quejas de derechos civiles, disponible en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

También puede presentar una queja por correo o por teléfono al:

U.S. Department of Health  
and Human Services

200 Independence Avenue, SW, Room 509F,  
HHH Building

Washington, D.C. 20201

Teléfono: 1-800-368-1019

Línea de TTY gratuita: 1-800-537-7697

Los formularios de queja están disponibles en:  
<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

**Notice of Availability of Language Assistance Services  
and Auxiliary Aids and Services**

**Español**

ATENCIÓN: Disponemos de servicios gratuitos de asistencia lingüística. También disponemos de ayudas y servicios auxiliares gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-833-434-2347 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

**Việt**

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-833-434-2347 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

**台語**

注意：如果您說[台語]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-833-434-2347 (TTY : 711) 或與您的提供者討論。

**한국어**

주의: 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 자료 및 서비스도 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-833-434-2347(TTY: 711)번으로 전화하시거나 담당 의료 서비스 제공자에게 문의하세요.

**عربي**

تنبيه: تتوفر لكم خدمات مساعدة لغوية مجانية. كما تتوفر أيضًا وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتقديم المعلومات بتنسيقات أو تواصلوا مع مقدم الخدمة (TTY: 711) سهلة الوصول. اتصلوا على الرقم 1-833-434-2347.

**اردو**

دھیان دیں: آپ کے لیے مفت زبان کی مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ (TTY: 711) مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 1-833-434-2347 سے بات کریں۔

**Tagalog**

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libheng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-833-434-2347 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

## Français

ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-833-434-2347 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

## हिंदी

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-833-434-2347 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

## فارسی

توجه: خدمات کمک زبانی رایگان برای شما در دسترس است. کمک‌های کمی مناسب و خدمات ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس نیز به صورت رایگان در دسترس هستند. با شماره 1-833-434-2347 تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خدمات خود صحبت کنید (TTY: 711)

## Deutsch

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-833-434-2347 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

## ગુજરાતી

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસિલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-833-434-2347 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

## РУССКИЙ

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-833-434-2347 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

## 日本語

注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-833-434-2347（TTY：711）までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

## ລາວ

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-833-434-2347 (TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.





**Community First Health Plans  
12238 Silicon Dr., Suite 100  
San Antonio, TX 78249  
Fax: 210-358-6019**

**Email: [DL\\_Enrollment\\_Medicare\\_Advantage@cfhp.com](mailto:DL_Enrollment_Medicare_Advantage@cfhp.com)**

**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.**



# **COMMUNITY FIRST**

## **HEALTH PLANS**

### **FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN COMMUNITY FIRST MEDICARE ADVANTAGE ALAMO PLAN O DUAL ELIGIBLE SPECIAL NEEDS PLAN (D-SNP) (HMO)**

# FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN COMMUNITY FIRST MEDICARE ADVANTAGE ALAMO PLAN O EN DUAL ELEGIBLE SPECIAL NEEDS PLAN (D-SNP) (HMO)

## ¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en Alamo Medicare Advantage Plan o D-SNP de Community First.

## Para unirse a un plan, debe:

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

**Importante:** Para inscribirse en un plan Medicare Advantage de Community First, también debe tener ambos:

- Parte A de Medicare (seguro hospitalario) y
- Parte B de Medicare (seguro médico).

## ¿Cuándo uso este formulario?

Puede unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses posteriores a obtener Medicare por primera vez.
- En determinadas situaciones en las que se le permite unirse o cambiar de plan.

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

## ¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección de residencia permanente y número de teléfono.

**Nota:** Debe completar todos los elementos de la sección 1. Los elementos de la sección 2 son opcionales: No se le puede negar la cobertura porque no los complete.

## Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante la inscripción

abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.

- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Usted puede optar por inscribirse para que los pagos de su prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Retiro Ferroviario).

## ¿Cuál es el siguiente paso?

Envíe su formulario completo y firmado a:

Community First Health Plans, Inc.  
Member Services – Medicare Enrollment  
12238 Silicon Dr., Suite 100  
San Antonio, TX 78249

Nos comunicaremos con usted una vez que se procese su solicitud para inscripción.

## ¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Community First Medicare Advantage Plans al 210-358-6386 o 1-833-434-2347 (número gratuito) y oprima el 8 para asistencia en español los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. (1 de octubre al 31 de marzo); de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (1 de abril al 30 de septiembre); Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos a partir del 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711 (24 horas al día, 7 días de la semana).

## Personas que se encuentran sin hogar

Si desea unirse a un plan pero no tiene una residencia permanente, se puede considerar como su dirección de residencia permanente un apartado postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe su correspondencia (por ejemplo, cheques del Seguro Social).



Complete esta sección solo si selecciona el plan estándar MAPD D-SNP (HMO D-SNP) de Community First H5447-002. (Debe responder SÍ a todo para calificar.):

1. ¿Tiene derecho a la Parte A de Medicare?  Si  No
2. ¿Está inscrito en la Parte B de Medicare?  Si  No
3. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de Salud y Servicios Humanos de Texas?  Si  No
4. Ingrese su número de identificación de Medicaid impreso en su tarjeta de identificación de miembro de Texas Benefits.

**Número de Medicaid:**

### **Sección 1: Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)**

**IMPORTANTE:** Lea y firme a continuación:

- Debo mantener tanto la atención hospitalaria (Parte A) como la médica (Parte B) para permanecer en el Alamo Medicare Advantage Plan o D-SNP de Community First.
- Al unirme a este Medicare Advantage Plan, reconozco que Community First Health Plans compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para rastrear mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Mi respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo inscribirme en un Medicare Advantage Plan a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro Medicare Advantage Plan (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura del Alamo Medicare Advantage Plan o D-SNP de Community First, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados del Alamo Medicare Advantage Plan o D-SNP de Community First. Los beneficios y servicios proporcionados por el Alamo Medicare Advantage Plan o D-SNP de Community First y contenidos en mi documento del Alamo Medicare Advantage Plan o D-SNP de Community First "Evidencia de cobertura" (también conocido como "contrato del miembro" o "acuerdo de suscriptor") estarán cubiertos. Ni Medicare ni el Alamo Medicare Advantage Plan o D-SNP de Community First pagarán por los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que si proporciono información falsa en este formulario, de manera intencional, se cancelará mi inscripción en el 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 entiendo el contenido de esta solicitud. Si está firmada por un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:
  1. Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y
  2. La documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare.

---

---

Firma

---

---

Fecha de hoy

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

---

---

Nombre

---

---

Teléfono

---

---

Dirección

---

---

Relación con el afiliado

## Sección 2 – Todos los campos de esta página son opcionales

**Responder a estas preguntas es su elección.  
No se le puede negar la cobertura por no completarlas.**

Seleccione uno si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

Español

Seleccione uno si desea que le enviemos información en un formato accesible.

Braille       Letra grande       CD de audio       CD de datos

Comuníquese con el Alamo Medicare Advantage Plan de Community First al 210-358-6386 o al 1-833-434-2347 (número gratuito) si necesita información en un formato accesible que no sea el mencionado anteriormente. Nuestro horario de atención es los 7 días de la semana de 8 de la mañana a 8 de la noche (del 1 de octubre al 31 de marzo); de lunes a viernes, de 8 de la mañana a 8 de la noche. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Servicios de mensajería disponibles los fines de semana y festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711, 24 horas al día, 7 días de la semana.

¿Usted trabaja?

Sí       No

¿Su cónyuge trabaja?

Sí       No

Enliste a su proveedor de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

ID del PCP:

Nombre del PCP:

Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione uno o más.

Resumen de beneficios       Evidencia de cobertura (EOC)

Correo electrónico:

**DECLARACIÓN SOBRE LA LEY DE PRIVACIDAD**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para rastrear la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicamento Recetado Medicare Advantage (MARx)", Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

Fecha de inicio propuesta: \_\_\_\_\_

Nombre del agente/número nacional del productor:

---

**Por favor, envíe a:**

Community First Health Plans

12238 Silicon Dr., Suite 100

San Antonio, TX 78249

Fax: 210-358-6019

Correo electrónico: DL\_Enrollment\_Medicare\_Advantage@cfhp.com

## Declaración de que cumple con los requisitos para un período de inscripción

**Por lo general, puede inscribirse en un Medicare Advantage Plan solo durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.** Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un Medicare Advantage Plan fuera de este período.

Por favor, lea cuidadosamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, usted cumple con los requisitos para un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, puede ser dado(a) de baja.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un Medicare Advantage Plan y deseo hacer 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 mude el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_ .
- Recientemente fui liberado de la cárcel. Me liberaron el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los Estados Unidos. Regresé a los Estados Unidos el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_ .
- Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_ .
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recientemente recibí Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_ .
- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Extra para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recientemente recibí Ayuda Extra, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Extra o perdí la Ayuda Extra) el (escriba fecha) \_\_\_\_\_ .
- Estoy inscrito en un plan de Medicaid de Community First Health Plans y deseo inscribirme en un plan D-SNP totalmente integrado (FIDE SNP), un plan D-SNP altamente integrado (HIDE D-SNP) o en un plan de integración aplicable (AIP) de Community First Health Plans.

- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda Extra para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido ningún cambio
  
- Me estoy mudando, vivo o recientemente me mudé de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé / me mudaré dentro/fuera de la instalación el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_ .
  
- Recientemente dejé un programa PACE el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_ .
  
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_ .
  
- Dejaré la cobertura del empleador o del sindicato el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_ .
  
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.
  
- Mi plan está terminando su contrato con Medicare o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
  
- Estaba inscrito en un plan por Medicare (o mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_ .
  
- Estaba inscrito en un Special Needs Plan (SNP) pero he perdido la calificación de necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Me desafiliaron del SNP el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_ .
  
- Fui afectado por una emergencia o un desastre mayor (según lo declarado por la agencia federal para el manejo de emergencias (FEMA) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local. Una de las otras declaraciones aquí se aplica a mí, pero no pude hacer mi solicitud de inscripción debido al desastre.

Si ninguna de estas declaraciones le aplica a usted o no está seguro, comuníquese con Community First Medicare Advantage Plan al 1-833-434-2347 (línea gratuita) 210-358-6386 (local) para ver si cumple los requisitos para inscribirse. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas al día, 7 días de la semana. Estamos disponibles los 7 días de la semana, de 8 de la mañana a 8 de la noche (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes, de 8 de la mañana a 8 de la noche. (del 1 de abril al 30 de septiembre). También ofrecemos servicio de mensajes los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre.

# COMMUNITY FIRST

— MEDICARE ADVANTAGE PLANS —

ALAMO (HMO)
D-SNP (HMO)

## SOLO PARA USO DEL AGENTE

Nota: Esta página debe completarse en su totalidad para evitar retrasos o la denegación de la solicitud adjunta.

Fecha propuesta de inicio de cobertura	Seleccione el período de inscripción <input type="checkbox"/> <b>ICEP</b> MA o MAPD <input type="checkbox"/> <b>SEP</b> <input type="checkbox"/> <b>IEP</b> PDP o MAPD <input type="checkbox"/> <b>AEP</b> <input type="checkbox"/> <b>OEP</b> <input type="checkbox"/> <b>OEPI</b>
Código SEP (si selecciona SEP)	Fecha SEP
Nombre del agente de ventas autorizado	ID del agente de ventas autorizado
Número de teléfono del agente de ventas autorizado	Número de ID del alcance de la cita
Tipo de cita	Fecha

**Notice of Availability of Language Assistance Services  
and Auxiliary Aids and Services**

**Español**

ATENCIÓN: Disponemos de servicios gratuitos de asistencia lingüística. También disponemos de ayudas y servicios auxiliares gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-833-434-2347 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

**Việt**

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-833-434-2347 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

**台語**

注意：如果您說[台語]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-833-434-2347 (TTY : 711) 或與您的提供者討論。

**한국어**

주의: 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 자료 및 서비스도 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-833-434-2347(TTY: 711)번으로 전화하시거나 담당 의료 서비스 제공자에게 문의하세요.

**عربي**

تنبيه: تتوفر لكم خدمات مساعدة لغوية مجانية. كما تتوفر أيضًا وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتقديم المعلومات بتنسيقات. أو تواصلوا مع مقدم الخدمة (TTY: 711) سهلة الوصول. اتصلوا على الرقم 1-833-434-2347.

**اردو**

دھیان دیں: آپ کے لیے مفت زبان کی مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ (TTY: 711) مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 1-833-434-2347 سے بات کریں۔

**Tagalog**

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libheng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-833-434-2347 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

## Français

ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-833-434-2347 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

## हिंदी

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-833-434-2347 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

## فارسی

توجه: خدمات کمک زبانی رایگان برای شما در دسترس است. کمک‌های کمی مناسب و خدمات ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس نیز به صورت رایگان در دسترس هستند. با شماره 1-833-434-2347 تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خدمات خود صحبت کنید (TTY: 711)

## Deutsch

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-833-434-2347 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

## ગુજરાતી

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસિલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-833-434-2347 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

## РУССКИЙ

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-833-434-2347 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

## 日本語

注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-833-434-2347（TTY：711）までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

## ລາວ

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-833-434-2347 (TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.



**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.**

**Community First Health Plans  
12238 Silicon Dr., Suite 100  
San Antonio, TX 78249  
Fax: 210-358-6019**

**Correo electrónico: [DL\\_Enrollment\\_Medicare\\_Advantage@cfhp.com](mailto:DL_Enrollment_Medicare_Advantage@cfhp.com)**