

Formulario de Solicitud de Inscripción Individual



Instrucciones del plan de Medicare Advantage (Parte C)

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas que tienen Medicare y quieren unirse a un plan de Medicare Advantage

Para unirse a un plan, debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o tener residencia legal en ese país.
- Vivir en el área de servicios del plan.

Importante: para unirse a un plan de Medicare Advantage, también debe contar con:

- La Parte A de Medicare (seguro de hospital).
- La 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 (en el caso de la cobertura que comienza el 1 de enero).
- Dentro de los 3 meses de haber adquirido Medicare por primera vez.
- En ciertas situaciones en las cuales se le permite unirse a los planes o a cambiar de un plan a otro.

Para obtener más sobre cuándo puede inscribirse en un plan, visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov).

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta de Medicare de color rojo, blanco y azul)
- Su domicilio de residencia permanente y su número de teléfono

Nota: debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura porque no los completa.

Según la Ley de Reducción de Papeleo que se sancionó en 1995, no es necesario que una o varias personas respondan a una recopilación de información, salvo que esta incluya un número de control válido de OMB. El número de control válido de OMB que corresponde a esta recopilación de información es 0938-NEW. Se calcula que el tiempo promedio necesario para completar esta información es de 20 minutos por respuesta, incluso el tiempo para analizar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, obtener los datos que sean necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión de los plazos estimados o tiene sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Atención: Funcionario de Autorización de Informes de PRA, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún otro documento con su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Los documentos que obtengamos y que no traten sobre cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación de información (según se describe brevemente en OMB 0938-1378) serán destruidos. No se conservarán, revisarán ni reenviarán al plan. Consulte la sección "¿Qué sucede luego?" que aparece en esta página para enviar su formulario completo al plan.

Recordatorios:

- Si quiere unirse al 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 que se cobre en concepto de este. Puede optar por registrarse para que los pagos de las primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

¿Qué sucede luego?

Debe enviar el formulario completo y firmado a:

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare
Advantage Enrollment
P.O. Box 3236, Scranton PA 18505

Una vez que procesen su solicitud para unirse al plan, se pondrán en contacto con usted.

¿Cómo solicito ayuda para completar este formulario?

Llame a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage al 833-473-0394. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

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

En español: Llame a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage al 833-473-0394/711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin hogar

- Si desea inscribirse en un plan pero no tiene residencia permanente, un Apartado Postal, la dirección de un refugio o una clínica, o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, cheques del seguro social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

**SECCIÓN 1: TODOS LOS CAMPOS DE ESTA SECCIÓN SON OBLIGATORIOS
(A MENOS QUE SE LOS MARQUE COMO OPCIONALES)**

Seleccione el plan al cual desea unirse:

Área de Servicios <i>Basado en el condado en el que reside.</i>	CareFirst BlueCross BlueShield Core (HMO)	CareFirst BlueCross BlueShield Enhanced (HMO)
Condados de Anne Arundel, Carroll, Frederick, Harford y Howard	Prima: \$18.00 por mes	Prima: \$75.00 por mes
Ciudad de Baltimore, condados de Baltimore, Montgomery y Prince George	Prima: \$33.00 por mes	Prima: \$95.00 por mes

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

PRIMER nombre:		APELLIDO:	
Inicial del segundo nombre (opcional):			
Fecha de nacimiento:	Sexo: Masculino Femenino	Número de teléfono:	Teléfono móvil (opcional):
Dirección de residencia permanente (no ingresar apartado postal):			Condado (opcional):
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Dirección de correo postal, en caso de ser diferente a la dirección de residencia permanente (se puede ingresar apartado postal):			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Dirección de correo electrónico: (opcional)			

SU INFORMACIÓN DE MEDICARE

Número de Medicare:	Fecha de entrada en vigencia de la parte A:	Fecha de entrada en vigencia de la parte B:
---------------------	---	---

RESPONDA ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (como VA o TRICARE) además de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage? Sí No		
Nombre de otra cobertura:	Número de afiliado para esta cobertura:	Número de grupo para esta cobertura:

SECCIÓN 2: TODOS LOS CAMPOS DE ESTA SECCIÓN SON OPCIONALES (CONTINUACIÓN)

Responder a estas preguntas depende de usted. No se le puede negar la cobertura porque no las responda.

¿Es usted de origen hispano, latino o español? Marque todas las opciones que correspondan.

- No, no de origen hispano, latino o español
- Sí, mexicano, méxico-estadounidense, chicano
- Sí, puertorriqueño
- Sí, cubano
- Sí, otro origen hispano, latino o español

Elijo no contestar.

¿Cuál es su raza? Marque todas las opciones que correspondan.

- Indio americano o nativo de Alaska Indio asiático Negro o afroamericano
- Chino Filipino Guameño o chamorro Japonés Coreano
- Nativo hawaiano Otro asiático Otro isleño del Pacífico Samoano
- Vietnamita Blanco Otro **Elijo no contestar.**

Marque esta opción si desea que le enviemos la información en este idioma que no es inglés.
Español

Marque esta opción si desea que le enviemos la información en un formato accesible.

- Braille Letra grande CD de audio

Comuníquese con CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage al 855-290-5744 si necesita información en un formato accesible o en un idioma distinto al que se indica más arriba. Atendemos en el horario de 8 a. m. a 8 p. m., (hora del Este), los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos en el horario de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

¿Trabaja?

- Sí No

¿Su cónyuge trabaja?

- Sí No

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Para seleccionar un médico de atención primaria (PCP) en nuestra red HMO, visite carefirst.com/findadocmapd.

Número de identificación del médico de atención primaria (PID):

Primer nombre del PCP:

Apellido del PCP:

SECCIÓN 3: PAGO DE LA PRIMA DE SU PLAN

Puede pagar su prima mensual del plan (incluso cualquier sanción por inscripción tardía que actualmente tenga en curso o pueda adeudar en la actualidad) por correo o Transferencia Electrónica de Fondos (TEF) por mes. **También puede optar por pagar la prima mediante una deducción automática de su Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB, por sus siglas en inglés) cada mes.**

La Administración del Seguro Social le notificará si, como resultado de la evaluación, se determina que debe pagar el monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés) de la Parte D. Si usted tiene que pagar un importe de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (Part D-IRMAA), debe pagar este importe adicional además de su prima del plan. Se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o Medicare o RRB directamente le facturarán ese monto. No pague a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage el IRMAA de la Parte D.

Las personas con ingresos limitados podrán calificar para recibir **Ayuda Extra** para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si es elegible, Medicare podrá pagar el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, que incluyen las primas mensuales de medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen no estarán sujetos al período sin cobertura ni a la multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información acerca de esta **Ayuda Extra**, contacte a su oficial de Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar **Ayuda Extra** en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si califica para recibir **Ayuda Extra** con los costos de cobertura de medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará todo o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos el monto que no cubre Medicare.

Si no selecciona una opción de pago, le enviaremos una factura todos los meses.

Seleccione una opción de pago de prima:

Reciba una factura por correo

Transferencia electrónica de fondos (TEF) de la cuenta bancaria todos los meses. Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta:	Número de enrutamiento del banco:
Número de cuenta bancaria:	Tipo de cuenta: Cuenta corriente Caja de ahorros

Deducción automática de su cheque mensual de cheque del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(La deducción del Seguro Social o la RRB puede demorar dos o más meses en comenzar a efectuarse después de que estos organismos la aprueben. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o RRB incluirá todas las primas adeudadas a partir de la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel por el pago de sus primas mensuales).

SECCIÓN 4: IMPORTANTE: LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN

- Debo mantener el seguro de hospital (Parte A) y el seguro médico (Parte B) para permanecer en el plan CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage.
- Al unirme al plan de Medicare Advantage, reconozco que CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage compartirá mi información con Medicare, empresa que podrá usarla para hacer el seguimiento de mi inscripción, realizar pagos y cumplir con otros fines permitidos por la ley federal para la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad que se incluye a continuación).
- Su respuesta en este formulario es voluntaria. Sin embargo, su falta de respuesta podría afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA o Parte D a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA o Parte D (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).
- La información que se incluye en el presente formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que, si brindo información falsa en este formulario a sabiendas, me quitarán la inscripción en el plan.
- Comprendo que, en general, las personas que tienen Medicare no cuentan con esa cobertura mientras están fuera del país, salvo por la cobertura limitada a la que pueden acceder cerca de la frontera de los Estados Unidos.
- Comprendo que cuando mi cobertura de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage comienza, debo obtener todos mis beneficios de atención médica y medicamentos con receta de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage. También se cubrirán los beneficios y servicios que brinda CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage y que se incluyen en mi documento "Evidencia de Cobertura" de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage (que también se denomina contrato de los afiliados o acuerdo de suscriptor). Ni Medicare ni CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage pagarán por los beneficios o los servicios que no están cubiertos.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona que está legalmente autorizada a actuar en mi representación) en esta solicitud significa que he leído y que entiendo su contenido. En caso de que un representante autorizado la firme (según se describe más arriba), esa firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada conforme a la legislación estatal para llenar la presente inscripción.
 - 2) La documentación que la faculta a esa persona está disponible a pedido de Medicare.

Firma:

Fecha de hoy:

Si usted es el representante autorizado, firme más arriba y complete esos campos.

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación con el afiliado inscrito:

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) reúnen 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. Los artículos 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguro Social (*Social Security Act*) y los artículos 422.50 y 422.60 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales autorizan la recopilación de esta información. Los CMS podrán usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare, según se especifican en el Sistema de Notificación de Registros (SORN, por sus siglas en inglés) N.º 09-70-0588 que se denomina "Medicamentos con Receta de Medicare Advantage" (MARx, por sus siglas en inglés). Su respuesta en este formulario es voluntaria. Sin embargo, su falta de respuesta podría afectar la inscripción en el plan.

Para uso de la oficina/el agente únicamente	
Nombre del agente (letra de imprenta)	
NPN del agente	
Firma del agente	
Fecha de recepción inicial	
Nombre de la Organización de Marketing de Campo (FMO, por sus siglas en inglés):	
Número de identificación del plan:	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura:
Preferencia del período de elección: ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ No elegible: _____	
Código/Opción de Plan	

Envíe la solicitud completa a:

CareFirst Advantage, Inc.
P.O. Box 3236
Scranton, PA 18505

O envíe un fax al: 1-855-215-6948

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es un plan de la Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) con un contrato con Medicare. La inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage depende de la renovación de su contrato.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage, Inc., licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.

Notice of Nondiscrimination and Multi-Language Insert

(UPDATED 8/5/19)

CareFirst BlueCross BlueShield, CareFirst BlueChoice, Inc., CareFirst Diversified Benefits and all of their corporate affiliates (CareFirst) comply with applicable federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. CareFirst does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability or sex.

CareFirst:

- Provides free aid and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- 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 call 1-855-290-5744.

If you believe CareFirst has failed to provide these services, or discriminated in another way, on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance with our CareFirst Civil Rights Coordinator by mail, fax or email. If you need help filing a grievance, our CareFirst Civil Rights Coordinator is available to help you.

To file a grievance regarding a violation of federal civil rights, please contact the Civil Rights Coordinator as indicated below. Please do not send payments, claims issues, or other documentation to this office.

Civil Rights Coordinator, Corporate Office of Civil Rights

Mailing Address	P.O. Box 8894 Baltimore, Maryland 21224
Email Address	civilrightscoordinator@carefirst.com
Telephone Number	410-528-7820
Fax Number	410-505-2011

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> or 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
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage is the business name of CareFirst Advantage, Inc., CareFirst Advantage PPO, Inc., and CareFirst Advantage DSNP, Inc., independent licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

CareFirst BlueCross BlueShield is the shared business name of CareFirst of Maryland, Inc. and Group Hospitalization and Medical Services, Inc. CareFirst of Maryland, Inc., Group Hospitalization and Medical Services, Inc., CareFirst BlueChoice, Inc., The Dental Network and First Care, Inc. are independent licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association. In the District of Columbia and Maryland, CareFirst MedPlus is the business name of First Care, Inc. In Virginia, CareFirst MedPlus is the business name of First Care, Inc. of Maryland (used in VA by: First Care, Inc.). The Blue Cross® and Blue Shield® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-290-5744. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-290-5744. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-855-290-5744。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-855-290-5744。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-290-5744. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-290-5744. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-290-5744 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-290-5744. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-290-5744 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-855-290-5744. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-855-290-5744. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके ककसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाकिया सेवाएँ उपिब्ध हैं. एक दुभाकिया प्राप्त करने के किए, बस हमें 1-855-290-5744 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो ढहन्दी बोिता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-290-5744. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-290-5744. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-290-5744. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-290-5744. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-855-290-5744 にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサービスです。