

CHỈ ĐỊNH NGƯỜI ĐẠI DIỆN

Tên của Bên Chỉ định	Số Medicare (người hưởng lợi với tư cách là một bên) hoặc Số Nhận Dạng Chuyên Viên Chăm Sóc Sức Khỏe Quốc Gia (chuyên viên chăm sóc sức khỏe với tư cách là một bên)
----------------------	--

Phần 1: Chỉ Định Người Đại Diện

Được hoàn thành bởi bên đang chỉ định người đại diện (nghĩa là người hưởng lợi Medicare, chuyên viên chăm sóc sức khỏe hoặc nhà cung cấp):

Tôi chỉ định cá nhân này, _____ hành động với tư cách là người đại diện của tôi trong các vấn đề liên quan đến yêu cầu thanh toán hoặc quyền đòi hỏi các quyền lợi của tôi theo Tiêu mục XVIII của Đạo Luật An Sinh Xã Hội ("Đạo Luật") và các điều khoản liên quan của Tiêu mục XI của Đạo Luật. Tôi ủy quyền cho phép cá nhân này, hoàn toàn thay mặt tôi, đưa ra mọi yêu cầu; trình bày hoặc đưa ra chứng cứ; thu nhận thông tin kháng cáo; và nhận bất kỳ thông báo nào liên quan đến kháng cáo của tôi. Tôi hiểu rằng thông tin y tế cá nhân liên quan đến kháng cáo của tôi có thể được tiết lộ cho người đại diện được chỉ định dưới đây.

Chữ Ký Của Bên Chỉ Định Người Đại Diện	Ngày	
Địa chỉ đường/phố	Số điện thoại (với mã khu vực)	
Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip

Phần 2: Chấp Nhận Chỉ Định

Được hoàn thành bởi người đại diện:

Bằng văn bản này, tôi, _____ chấp nhận việc chỉ định ở trên. Tôi xác nhận rằng tôi chưa từng bị Department of Health and Human Services (DHHS, Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ) tuyên bố không đủ tư cách, tạm dừng hoặc cấm hành nghề; với tư cách là người lao động hiện tại hoặc trước đây của Hoa Kỳ, tôi đủ tư cách hành động là người đại diện của bên chỉ định; và tôi chấp nhận là các khoản phí có thể tùy thuộc vào sự xem xét và phê duyệt của Bộ Trưởng.

Tôi là một _____
(Cấp bậc chuyên nghiệp hoặc mối quan hệ với bên chỉ định, ví dụ luật sư, họ hàng, v.v...)

Chữ Ký Của Người Đại Diện	Ngày	
Địa chỉ đường/phố	Số điện thoại (với mã khu vực)	
Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip

Phần 3: Miễn Trừ Phí Đại Diện

Hướng dẫn: Phải điền phần này nếu người đại diện được yêu cầu hoặc chọn miễn trừ phí đại diện của họ. (Lưu ý rằng chuyên viên chăm sóc sức khỏe hoặc nhà cung cấp đang đại diện cho một người hưởng lợi và được bồi hoàn cho các vật dụng hoặc dịch vụ có thể không tính phí đại diện và phải hoàn thành phần này.)

Tôi từ bỏ quyền của mình trong việc tính và thu phí đại diện cho _____ trước Bộ Trưởng DHHS.

Chữ ký	Ngày
--------	------

Phần 4: Miễn Trừ Thanh Toán Cho Vật Dụng Hoặc Dịch Vụ Đang Là Vấn Đề Tranh Cãi

Hướng dẫn: Chuyên viên chăm sóc sức khỏe hoặc nhà cung cấp đang là người đại diện cho một người hưởng lợi mà họ đã cung cấp các vật dụng hoặc dịch vụ phải hoàn thành phần này nếu kháng cáo liên quan đến câu hỏi về trách nhiệm pháp lý theo mục 1879(a)(2) của Đạo Luật. (Mục 1879(a)(2) nhìn chung đề cập đến việc liệu một chuyên viên chăm sóc sức khỏe/nhà cung cấp hoặc người hưởng lợi đã không biết, hoặc không có lý do hợp lý để biết, rằng các vật dụng hoặc dịch vụ đang là vấn đề tranh cãi có thể không được Medicare bao trả.)

Tôi từ bỏ quyền của mình trong việc thu khoản thanh toán cho các vật dụng hoặc dịch vụ đang là vấn đề tranh cãi từ người hưởng lợi trong kháng cáo này nếu một quyết định về trách nhiệm pháp lý đang là vấn đề tranh cãi theo §1879(a)(2) của Đạo Luật.

Chữ ký	Ngày
--------	------

Tính Phí Đại Diện Cho Những Người Hưởng Lợi Trước Bộ Trưởng DHHS

Luật sư hoặc đại diện khác của người hưởng lợi, người muốn tính phí cho các dịch vụ đã cung cấp liên quan đến một kháng cáo trước Bộ Trưởng DHHS (nghĩa là một phiên điều trần của Administrative Law Judge (ALJ, Thẩm Phán Luật Hành Chính), đánh giá xem xét lại của Medicare Appeals Council (Hội Đồng Kháng Cáo Medicare), hoặc một thủ tục tố tụng trước ALJ hoặc Medicare Appeals Council là kết quả của việc tòa án quận liên bang gửi trả điều tra lại) phải thu nhận phê duyệt về khoản phí theo 42 CFR 405.910(f).

Biểu mẫu "Petition to Obtain Representative Fee" (Đơn Kiến Nghị Thu Phí Đại Diện) cung cấp thông tin được yêu cầu đối với đơn kiến nghị về khoản phí. Người đại diện cần hoàn thành đơn và nộp cùng với yêu cầu phiên điều trần ALJ hoặc yêu cầu đánh giá xem xét lại của Medicare Appeals Council. Không cần phê duyệt cho khoản phí của người đại diện nếu: (1) người kháng cáo được đại diện bởi chuyên viên chăm sóc sức khỏe hoặc nhà cung cấp; (2) khoản phí là dành cho các dịch vụ đã cung cấp với tư cách chính thức như tư cách người giám hộ pháp lý, ủy ban hoặc đại diện tương tự được tòa án chỉ định và tòa án đã phê duyệt khoản phí được nhắc đến; (3) khoản phí chỉ trả cho việc đại diện người hưởng lợi trong một quá trình tố tụng của tòa án quận liên bang; hoặc (4) khoản phí chỉ trả cho việc đại diện người hưởng lợi trong quá trình tái quyết định hoặc tái cân nhắc. Nếu muốn, người đại diện có thể miễn trừ khoản phí. Có thể dùng mục III ở mặt trước của biểu mẫu này cho mục đích đó. Trong một số trường hợp, như được biểu thị trong biểu mẫu, khoản phí đại diện phải được miễn trừ.

Phê Duyệt Khoản Phí

Yêu cầu phê duyệt các khoản phí đảm bảo rằng một người đại diện sẽ nhận được giá trị công bằng cho các dịch vụ được thực hiện trước DHHS thay mặt cho người hưởng lợi, và mang lại cho người hưởng lợi một biện pháp đảm bảo rằng các khoản phí được xác định là hợp lý. Trong quá trình phê duyệt một khoản phí được yêu cầu, ALJ hoặc Medicare Appeals Council sẽ cân nhắc bản chất và loại dịch vụ đã cung cấp, tính phức tạp của vụ việc, mức độ kỹ năng và năng lực cần để cung cấp dịch vụ, khoảng thời gian đã sử dụng cho vụ việc, các kết quả đạt được, mức độ xem xét hành chính mà người đại diện đã thực hiện kháng cáo và khoản phí được người đại diện yêu cầu.

Mâu Thuẫn Lợi Ích

Mục 203, 205 và 207 của Tiêu mục XVIII của Luật Hoa Kỳ quy định rằng các viên chức, người lao động nhất định và các viên chức và người lao động trước đây của Hoa Kỳ sẽ phạm tội hình sự nếu cung cấp các dịch vụ nhất định ảnh hưởng đến Chính Phủ hoặc trợ giúp hay hỗ trợ khởi tố các yêu cầu bồi thường chống lại Hoa Kỳ. Các cá nhân với mâu thuẫn lợi ích không được làm đại diện cho những người hưởng lợi trước DHHS.

Nơi Gửi Biểu Mẫu Đây

Hãy gửi biểu mẫu này đến cùng địa điểm nơi quý vị đang gửi (hoặc đã gửi): đơn kháng cáo nếu quý vị đang nộp đơn kháng cáo; đơn khiếu nại nếu quý vị đang nộp đơn khiếu nại, xác định hoặc quyết định ban đầu nếu quý vị đang yêu cầu một sự xác định hoặc quyết định ban đầu. Nếu cần trợ giúp thêm, hãy liên hệ chương trình Medicare của quý vị hoặc gọi điện 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048.

CMS không phân biệt đối xử trong các chương trình và hành động của mình. Để yêu cầu ấn bản này ở định dạng khác, vui lòng gọi: 1-800-MEDICARE hoặc email: AltFormatRequest@cms.hhs.gov.

Theo Đạo luật Giảm thiểu Công việc Giấy tờ năm 1995, không người nào phải trả lời một bản thu thập thông tin trừ khi trên bản đó có một số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho bản thu thập thông tin này là 0938-0950. Để chuẩn bị và phân phát bản thu thập thông tin này cần 15 phút đối với mỗi thông báo, bao gồm cả thời gian chọn biểu mẫu trước khi in, hoàn thành và chuyển nó cho người hưởng lợi. Nếu quý vị có bất kỳ nhận xét nào về tính chính xác của ước lượng thời gian hoặc có các gợi ý để cải thiện biểu mẫu này, vui lòng gửi thư tới CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.