

## 代理人委托

当事人姓名	Medicare 编号 (受益人为当事人) 或全国提供者识别号 (提供者 为当事人)
-------	---

### 第 1 节：代理人委托

由代理人寻求方填写 (即 Medicare 受益人、提供者或供应商)：

我委托\_\_\_\_\_作为我的代理人，代理我根据《社会安全法案》(Social Security Act) (简称“法案”) 第十八章和法案第十一章的相关规定提出的索赔或权利主张。我授权此人全权代表我提出任何请求，提供或呈交证据，获取上诉信息，及接收与我上诉相关的任何通知。我了解，与我上诉相关的个人医疗信息可能被披露予以下所示代理人。

代理人寻求方签名：	日期	
街道地址	电话号码 (含区号)	
城市	州	邮政编码

### 第 2 节：接受委托

由代理人填写：

我，\_\_\_\_\_，特此接受上述委托。我证明，我没有被卫生和公众服务部 (Department of Health and Human Services, DHHS) 取消资格、吊销执业资格或禁止执业；作为现任或前任美国雇员，我担任当事人代理人的资格没有被取消；并且我了解，任何费用均需经部长审批。

我是一名\_\_\_\_\_ (专业身份或与当事人的关系，如律师、亲属等)

代理人签名	日期	
街道地址	电话号码 (含区号)	
城市	州	邮政编码

### 第 3 节：代理费免除声明

说明：如果被要求或选择免除其代理费，代理人必须填写本节。(请注意，代表受益人并提供物件和服务的提供者或供应商不得收取代理费并且必须填写本节。)

我放弃收取在 DHHS 部长前作为\_\_\_\_\_代理人的相关费用的权利。

签名	日期
----	----

### 第 4 节：有争议的物件或服务费用免除声明

说明：如果上诉涉及法案第 1879(a)(2) 节下的责任问题且受益人的代理人是向其提供物件或服务的提供者或供应商，则代理人必须填写本节。(第 1879(a)(2) 节涵盖该有争议的物件或服务不在 Medicare 承保范围内，而提供者/供应商或受益人却不知情或在正常情理下不可能知情的情况。)

如果法案第 1879(a)(2) 节下裁定的责任有争议，我放弃就该上诉中有争议的物件或服务向受益人收取费用的权利。

签名	日期
----	----

## 向 DHHS 部长代表受益人的费用

如果受益人的律师或其他代理人希望就向 DHHS 部长提出的上诉（即行政法官 (Administrative Law Judge, ALJ) 听证会、Medicare 上诉委员会审查、或因联邦地区法庭发还复审而向 ALJ 或 Medicare 上诉委员会提出之诉讼）收取相关服务费用，需根据 42 CFR 405.910(f) 获得批准该收取费用。

“收取代理费申请”表格要求填写收取费用申请所需信息。此表格应由代理人填写并与 ALJ 听证会申请或 Medicare 上诉委员会审查申请一并提交。在以下情况下，无需获得代理费批准：(1) 被代表的上诉人是提供者或供应商；(2) 费用所对应的是与职务相关的服务（例如法定监护人、委员会或类似法院指定代理人，且该费用已受法院批准）所提供的；(3) 在联邦地区法庭诉讼中代表受益人的费用；(4) 在再裁定或复议的情况下代表受益人的费用。如果代理人愿意，他或她可以免除费用。本表格正面的第三节适用于此目的。在某些情况下，如表格所示，代理费必须免除。

## 费用批准

费用批准要求旨在确保代理人就向 DHHS 代表受益人的服务获得公平的报酬，同时这也是一种为受益人提供的安全措施，确保费用合理。在审批要求的费用时，ALJ 或 Medicare 上诉委员会会考虑所提供的服务的性质和类型、个案的复杂程度、提供服务所需的技能或能力水平、处理个案所花费的时间、取得的结果、代理人提出上诉的行政复议等级和代理人要求的费用金额。

## 利益冲突

依据《美国法典》(United States Code) 第十八章第 203 节、第 205 节和第 207 节规定，如果美国的某些官员、雇员或前官员和雇员所提供的某些服务对政府产生影响，或者帮助或协助向美国索赔起诉，则该行为属于刑事犯罪。有利益冲突的个人不得做为受益人起诉 DHHS 的代理人。

## 将此表格寄往何处

无论您要提出（或已经提出）上诉、申诉或者申请初步裁决或决定，请将此表寄往相同地址。如需更多帮助，请联系您的 Medicare 计划或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户请致电 1-877-486-2048。

所有的 CMS 计划和活动均不会歧视他人。如需此出版物的其他形式，请致电：1-800-MEDICARE 或发送电子邮件至：[AltFormatRequest@cms.hhs.gov](mailto:AltFormatRequest@cms.hhs.gov)。

---

根据《1995 年文书削减法案》(Paperwork Reduction Act of 1995)，除非文件上显示有效的 OMB 控制编号，否则收件人无需对信息采集要求作出回应。本信息采集的有效 OMB 编号为 0938-0950。准备和分发本信息采集要求的所需时间是每份通知 15 分钟，其中包括选择预印表格、完成表格并将其交付给受益人的时间。如果您对该预计时间的准确性有意见，或有改善本表格的建议，请写信至：CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850。