

CHỈ ĐỊNH NGƯỜI ĐẠI DIỆN

Tên của Bên Chỉ Định	Số Medicare (bên người hưởng lợi) hoặc Số Định Danh Nhà Cung Cấp Quốc Gia (bên chuyên viên chăm sóc sức khỏe hoặc nhà cung cấp)
----------------------	---

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 có tên ở Phần 2 là người đại diện của tôi liên quan đến yêu cầu bồi thường của tôi hoặc quyền của tôi được khẳng định theo Tiêu Đề XVIII của Đạo Luật An Sinh Xã Hội ("Đạo Luật") và các quy định có liên quan trong 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 nghị; và nhận bất kỳ thông báo nào liên quan đến khiếu nại, kháng nghị, than phiền hoặc yêu cầu của tôi. Tôi hiểu rằng thông tin y tế cá nhân liên quan đến yêu cầu 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
Địa Chỉ Email (tùy chọn)	Số Fax (tùy chọn)	

Phần 2: Chấp Nhận Chỉ Định

Được hoàn thành bởi người đại diện:

Tôi, _____, tại đây chấp nhận chỉ định ở trên. Tôi xác nhận rằng tôi không bị mất tư cách, bị đình chỉ hoặc bị cấm hành nghề trước Sở Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh (Department of Health and Human Services, HHS); rằng với tư cách là một nhân viên hiện tại hoặc trước đây của Hoa Kỳ, tôi không bị mất tư cách để đại diện cho bên chỉ định; và tôi xác nhận rằng bất kỳ khoản phí nào cũng có thể phải được Thư Ký xem xét và phê duyệt.

Tôi là một _____
(Tình trạng chuyên môn hoặc quan hệ với bên chỉ định, ví dụ: luật sư, người thân, 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
Địa Chỉ Email (tùy chọn)	Số Fax (tùy chọn)	

Phần 3: Miễn Trừ Phí Đại Diện

Hướng Dẫn: Phải hoàn thành phần này nếu người đại diện phải, chọn, hoặc miễn trừ phí đại diện của họ. (Lưu ý rằng chuyên viên chăm sóc sức khỏe và nhà cung cấp đang đại diện cho người hưởng lợi và đã cung cấp vật dụng hoặc dịch vụ không được tính phí đại diện và phải hoàn thành phần này.)

Tôi từ bỏ quyền của mình trong việc tính phí và thu phí đại diện _____ trước Thư Ký HHS.

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 nghị liên quan đến vấn đề trách nhiệm pháp lý theo phần 1879(a)(2) của Đạo Luật. (Phần 1879(a))

(2) nói chung đề cập đến việc liệu có đúng là chuyên viên chăm sóc sức khỏe/nhà cung cấp hoặc người hưởng lợi không biết hoặc không thể dự kiến sẽ biết một cách hợp lý rằng vật dụng hoặc dịch vụ đang là vấn đề tranh cãi không được Medicare bao trả hay không.)

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 nghị này nếu một quyết định về trách nhiệm pháp lý theo §1879(a)(2) của Đạo Luật đang là vấn đề tranh cãi.

Chữ ký	Ngày
--------	------

HƯỚNG DẪN VÀ YÊU CẦU CỦA QUY ĐỊNH

Hướng dẫn

Tên của Bên Chỉ Định (bắt buộc): Đây là tên của người hoặc tổ chức có quyền nộp đơn yêu cầu bồi thường hoặc kháng nghị (tên của người có Medicare hoặc tên của chuyên viên chăm sóc sức khỏe hay nhà cung cấp).

Số Medicare hoặc Số Định Danh Nhà Cung Cấp Quốc Gia (bắt buộc): Phải hoàn thành phần này khi người hoặc tổ chức chỉ định một người đại diện có số Medicare hoặc Số Định Danh Nhà Cung Cấp Quốc Gia. Nếu không áp dụng, điền "not applicable" (không áp dụng).

Tất cả các trường ở Phần 1 và Phần 2 là bắt buộc trừ khi được ghi chú là tùy chọn trong trường. Xem quy định tại [42 Bộ Luật Các Quy Định Liên Bang \(Code of Federal Regulations, CFR\) 405.910](#).

Tính Phí Đại Diện cho Người Hưởng Lợi trước Thư Ký HHS

Một luật sư hoặc một người đại diện khác cho một người hưởng lợi muốn tính phí cho dịch vụ được cung cấp liên quan đến một kháng nghị trước Thư Ký HHS (nghĩa là một phiên điều trần trước Thẩm Phán Luật Hành Chính (Administrative Law Judge, ALJ) hoặc phiên xem xét của luật sư trọng tài do Văn Phòng Điều Trần và Kháng Nghị Medicare (Office of Medicare Hearings and Appeals, OMHA) thực hiện, phiên xem xét của Medicare Appeals Council, hoặc một thủ tục trước OMHA hay Medicare Appeals Council phát sinh từ việc trả lại hồ sơ để điều tra thêm từ tòa án khu vực liên bang) cần phải xin phê duyệt khoản phí theo 42 CFR 405.910(f).

Biểu mẫu OMHA-118 "Đơn Xin Phê Duyệt Phí Đại Diện cho Người Hưởng Lợi" cung cấp thông tin cần thiết để xin phê duyệt phí.

Người đại diện cần hoàn thành đơn và nộp cùng với yêu cầu phiên điều trần ALJ, phiên xem xét của OMHA hoặc yêu cầu đánh giá xem xét của Medicare Appeals Council. Không cần phê duyệt cho khoản phí của người đại diện nếu: (1) người kháng nghị được đại diện bởi chuyên viên chăm sóc sức khỏe hoặc nhà cung cấp; (2) khoản phí đó dành cho các dịch vụ đã cung cấp với tư cách chính thức như tư cách người giám hộ hợp pháp, 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 đó chi trả cho việc đại diện cho người hưởng lợi trong một quá trình tố tụng của tòa án khu vực liên bang; hoặc (4) khoản phí đó chi trả cho việc đại diện cho người hưởng lợi trong quá trình quyết định lại hoặc cân nhắc lại. Nếu muốn, người đại diện có thể miễn trừ khoản phí. Quý vị có thể tìm biểu mẫu OMHA-118 tại:

<https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf>

Phê Duyệt Khoản Phí

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

Mâu Thuẫn Lợi Ích

Các Phần 203, 205 và 207 trong Tiêu Đề XVIII của Bộ Luật Hoa Kỳ quy định rằng các viên chức, nhân viên 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 kiện các yêu cầu bồi thường chống lại Hoa Kỳ. Các cá nhân có mâu thuẫn lợi ích bị loại trừ khỏi việc trở thành đại diện cho người hưởng lợi trước HHS.

Nơi Gửi Biểu Mẫu này

Hãy gửi biểu mẫu này đến cùng địa điểm nơi quý vị đang gửi (hoặc đã gửi): đơn kháng nghị nếu quý vị đang nộp đơn kháng nghị; đơn than phiền hoặc khiếu nại nếu quý vị đang nộp đơn than phiền hoặc khiếu nại hoặc xác định hoặc quyết định ban đầu nếu quý vị đang yêu cầu xác định hoặc quyết định ban đầu. Nếu cần thêm hỗ trợ, hãy liên hệ theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, người dùng TTY gọi số 1-877-486-2048) hoặc chương trình Medicare của quý vị.

Quý vị có quyền nhận thông tin Medicare ở định dạng có thể truy cập được, như chữ in lớn, chữ nổi Braille hoặc âm thanh. Quý vị cũng có quyền nộp đơn khiếu nại nếu quý vị cảm thấy mình đã bị phân biệt đối xử. Truy cập <https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice> hoặc gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để biết thêm thông tin. Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.

Theo Đạo Luật Cắt Giảm Thủ Tục Giấy Tờ năm 1995, không ai phải trả lời yêu cầu thu thập thông tin trừ khi yêu cầu đó có số kiểm soát của Văn Phòng Quản Lý và Ngân Sách (Office of Management and Budget, 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.