

Pagtatalaga ng Kinatawan

Pangalan ng Partido

SFHP ID # (beneficiary bilang partido) o National Provider Identifier (provider o supplier bilang partido)

Seksyon 1: Pagtatalaga ng Kinatawan

Dapat kumpletuhin ng partidong humihingi ng representasyon (ibig sabihin, ang beneficiary ng Medicare, ang provider, o ang supplier):

Itinatagala ko ang indibidwal na ito, si _____, na kumilos bilang aking kinatawan kaugnay ng aking paghahabol o iginigiit na karapatan sa ilalim ng Title XVIII ng Social Security Act (ang Batas) at mga nauugnay na probisyon ng Title XI ng Batas. Pinapahintulutan ko ang indibidwal na ito na gawin ang anumang kahilingan; magpakita o maglabas ng ebidensya; kumuha ng impormasyon sa mga apela; at tumanggap ng anumang abiso kaugnay ng aking paghahabol, apela, karaingan, o kahilingan nang ganap na sa ngalan ko. Nauunawaan ko na ang personal na medikal na impormasyong nauugnay sa aking kahilingan ay maaaring isiwalat sa kinatawang nakasaad sa ibaba.

Lagda ng Partidong Humihingi ng Representasyon

Petsa

Address ng Kalye

Numero ng Telepono (kasama ang Area Code)

Lungsod

Estado

Zip Code

Email Address (opsyonal)

Seksyon 2: Pagtanggap sa Pagtatalaga Dapat kumpletuhin ng kinatawan:

Ako, si _____, ay tumatanggap sa pamamagitan nito sa pagtatalaga sa itaas.

Nagpapatunay akong hindi ako na-disqualify, nasuspende, o naipagbawal sa pagtatrabaho sa harap ng Departamento ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao (HHS); na ako, bilang kasalukuyan o dating empleyado ng United States, ay hindi na-disqualify sa pagkilos bilang kinatawan ng partido; at na kinikilala ko na anumang bayad ay maaaring napapailalim sa pagsusuri at pag-apruba ng Kalihim. Ako ay isang _____

(Status bilang propesyonal o relasyon sa partido, hal. abogado, kamag-anak, atbp.)

Lagda ng Partidong Humihingi ng Representasyon

Petsa

Address ng Kalye

Numero ng Telepono (kasama ang Area Code)

Lungsod

Estado

Zip Code

Email Address (opsyonal)

Seksyon 3: Waiver ng Bayad para sa Representasyon

Mga tagubilin: Dapat kumpletuhin ang seksyong ito kung inaatasan ang kinatawan na isuko ang bayad sa kanya para sa representasyon, o kung pipiliin niyang isuko ito. (Tandaan na ang mga provider o supplier na kumakatawan sa isang beneficiary at nagbigay ng mga gamit o serbisyo ay hindi maaaring maningil ng bayad para sa representasyon at dapat kumpletuhin nila ang seksyong ito.) Isinusuko ko ang aking karapatang maningil at mangolekta ng bayad para sa pagkatawan sa harap ng Kalihim ng HHS.

Lagda

Petsa

Seksyon 4: Waiver ng Bayad para sa Mga Gamit o Serbisyo na Pinag-uusapan Mga tagubilin: Ang mga provider o supplier na nagsisilbing kinatawan para sa isang beneficiary kung kanino sila nagbigay ng mga gamit o serbisyo ay dapat kumumpleto sa seksyong ito kung ang apela ay nauugnay sa usapin ng pananagutan sa ilalim ng section 1879(a)(2) ng Batas. Sa pangkalahatan, tumutugon ang (section 1879(a)(2) sa kung ang provider/supplier o beneficiary ay hindi alam, o hindi makatwirang maaasahan sa kanya na malaman, na ang mga gamit o serbisyo na pinag-uusapan ay hindi sasaklawin ng Medicare.) Isinusuko ko ang aking karapatang mangolekta ng bayad mula sa beneficiary para sa mga gamit o serbisyo na pinag-uusapan sa apelang ito kung may pagtukoy ng pananagutan sa ilalim ng §1879(a)(2) ng Batas na pinag-uusapan.

Lagda	Petsa
-------	-------

Pagsingil ng Mga Bayad para sa Pagkatawan sa Mga Beneficiary sa harap ng Kalihim ng HHS

Ang isang abugado, o iba pang kinatawan para sa isang beneficiary, na nais maningil ng bayad para sa mga serbisyong ibinigay kaugnay ng isang apela sa harap ng Kalihim ng HHS (ibig sabihin, isang pagdinig ng Hukom ng Administratibong Batas (ALJ) o pagsusuri ng attorney adjudicator ng Opisina ng Mga Pagdinig at Apela ng Medicare (OMHA), pagsusuri ng Konseho sa Mga Apela ng Medicare, o paglilitis sa harap ng OMHA o ng Konseho sa Mga Apela ng Medicare bilang resulta ng remand mula sa pederal na korte ng distrito) ay inaatasang kumuha ng pag-apruba ng bayad alinsunod sa 42 CFR 405.910(f). Ang form na “Petisyong Kumuha ng Bayad para sa Kinatawan” ay nagsasaad ng impormasyong kinakailangan para sa petisyon sa bayad. Ito ay dapat kumpletuhin ng kinatawan at ihain kasama ang kahilingan para sa pagdinig ng ALJ, pagsusuri ng OMHA, o kahilingan para sa pagsusuri ng Konseho sa Mga Apela ng Medicare. Hindi kinakailangan ang pag-apruba ng bayad sa kinatawan kung: (1) ang umaapelang kinakatawan ay isang provider o supplier; (2) ang bayad ay para sa mga serbisyong ibinibigay sa isang opisyal na kapasidad gaya ng isang legal na tagapag-alaga, komite, o katulad na kinatawan na itinalaga ng korte at naaprubahan ng korte ang pinag-uusapang bayad; (3) ang bayad ay para sa representasyon ng isang beneficiary sa paglilitis sa pederal na korte ng distrito; o (4) ang bayad ay para sa representasyon ng isang beneficiary sa muling pagtukoy o muling pagsasaalang-alang. Kung nanaisin ng kinatawan na isuko ang bayad, maaari niya itong gawin. Magagamit ang Section III sa harapan ng form na ito para sa layuning iyon. Sa ilang sitwasyon, gaya ng nakasaad sa form, dapat isuko ang bayad para sa representasyon.

Pag-apruba ng Bayad

Tinitiyak ng pangangailangan para sa pag-apruba ng mga bayad na ang isang kinatawan ay makakatanggap ng patas na halaga para sa mga serbisyong ibinigay sa harap ng HHS sa ngalan ng isang beneficiary at nagbibigay ito sa beneficiary ng dagdag na seguridad na ang mga bayad ay natukoy na makatwiran. Sa pag-apruba ng hinihiling na bayad, isasaalang-alang ng OMHA o Konseho sa Mga Apela ng Medicare ang katangian at uri ng mga serbisyong ibinigay, ang mga detalye ng kaso, ang antas ng kasanayan at kakayahang kinakailangan sa pagbibigay ng mga serbisyo, ang oras na inilaan sa kaso, ang mga resultang nakamit, ang antas ng administratibong pagsusuri kung saan isinagawa ng kinatawan ang apela, at ang halaga ng bayad na hinihiling ng kinatawan.

Salungatan ng Interes

Sa mga Section 203, 205, at 207 ng Title XVIII ng United States Code, isang kriminal na pagkakasala para sa ilang partikular na opisyal, empleyado, at dating opisyal at empleyado ng United States ang pagbibigay ng ilang partikular na serbisyo sa mga usaping nakakaapekto sa Pamahalaan o ang pagtulong sa pag-uusig ng mga paghahabol laban sa United States. Ang mga indibidwal na may salungatan ng interes ay ibinubukod sa pagiging mga kinatawan ng mga beneficiary sa harap ng HHS.

Saan Dapat Ipadala ang Form na Ito

Ipadala ang form na ito sa parehong lokasyon kung saan mo ipinapadala (o naipadala) ang iyong: apela kung naghahain ka ng apela, karaingan o reklamo kung naghahain ka ng karaingan o reklamo, o paunang pagtukoy o pagpapasya kung humihiling ka ng paunang pagtukoy o pagpapasya. Kung kailangan ng karagdagang tulong, makipag-ugnayan sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o sa iyong plano sa Medicare. Para sa mga gumagamit ng TTY, tumawag sa 1-877-486-2048.

Mayroon kang karapatang makatanggap ng impormasyon ng Medicare sa naa-access na format, tulad ng malaking pag-print, Braille, o audio. Mayroon ka ring karapatang maghain ng reklamo kung sa palagay mo ay nadiskrimina ka. Bumisita sa <https://www.cms.gov/about-cms/agency-Information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html>, o tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para sa higit pang impormasyon.

Ayon sa Paperwork Reduction Act of 1995, walang sinumang taong inaatasang tumugon sa isang pagkolekta ng impormasyon maliban kung nagpapakita ito ng valid na OMB control number. Ang valid na OMB control number para sa pagkolektang ito ng impormasyon ay 0938-0950. Ang oras na kinakailangan upang ihanda at ipamahagi ang pagkolekta na ito ay 15 minuto kada abiso, kabilang ang oras upang piliin ang na-preprint na form, kumpletuhin ito, at ipadala ito sa beneficiary. Kung mayroon kang mga komento kaugnay ng katumpakan ng mga pagtatantiya sa oras o mga suhestyon para pabutihin ang form na ito, sumulat sa CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850. Form CMS-1696 (Rev 08/18)