

Chỉ định Người đại diện

Tên của Bên ủy quyền	Số thẻ Hội viên SFHP (người thụ hưởng là bên ủy quyền) hoặc Mã định danh Nhà cung cấp Quốc gia (nhà cung cấp hoặc nhà cung ứng là bên ủy quyền)
----------------------	---

Phần 1: Chỉ định Người đại diện**Bên tìm kiếm người đại diện cần điền phần này (nghĩa là người thụ hưởng Medicare, nhà cung cấp hoặc nhà cung ứng):**

Tôi chỉ định cá nhân này, _____, làm người đại diện liên quan đến yêu cầu bồi hoàn của tôi hoặc được áp dụng quyền theo Title XVIII của Đạo luật An sinh Xã hội (Đạo luật) và các điều khoản liên quan của Title XI của Đạo luật này. Tôi ủy quyền cho cá nhân này đưa ra bất kỳ yêu cầu nào; để trình bày hoặc đưa ra bằng chứng; để thu thập thông tin kháng nghị; và để nhận bất kỳ thông báo nào liên quan đến yêu cầu bồi hoàn, kháng nghị, khiếu nại hoặc yêu cầu hoàn toàn thay mặt cho 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 Đại diện		Ngày
Địa chỉ Đường phố		Số Điện Thoại (có Mã Vùng)
Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip
Địa chỉ Email (tùy chọn)		

Phần 2: Người đại diện cần điền phần Chấp nhận Chỉ định:

Tôi, _____, chấp nhận sự chỉ định nêu trên. Tôi xác nhận rằng tôi không bị Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh (HHS) truất quyền, đình chỉ hoặc ngăn cấm; với tư cách là một nhân viên hiện tại hoặc trước đây làm việc tại Hoa Kỳ, tôi hoàn toàn đủ tiêu chuẩn làm đại diện của bên đó; và tôi công nhận rằng mọi khoản phí đều phải được Bộ trưởng xem xét và phê duyệt. Tôi là _____
(Tình trạng chuyên môn hoặc mối quan hệ với bên ủy quyền, ví dụ: luật sư, họ hàng, v.v.)

Chữ ký của Bên Chỉ định Đại diện		Ngày
Địa chỉ Đường phố		Số Điện Thoại (có Mã Vùng)
Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip
Địa chỉ Email (tùy chọn)		

Phần 3: Miễn trừ Phí Đại Diện

Hướng dẫn: Phải điền phần này nếu người đại diện được yêu cầu hoặc chọn miễn trừ chi phí đại diện của họ. (Xin lưu ý rằng các nhà cung cấp hoặc nhà cung ứng đại diện cho người thụ hưởng quyền lợi và cung cấp các hàng hóa hoặc dịch vụ có thể không tính phí đại diện và phải điền thông tin vào phần này.) Tôi từ bỏ quyền tính phí và thu phí đại diện trước Bộ trưởng HHS.

Chữ ký	Ngày
--------	------

Phần 4: Miễn trừ Thanh toán đối với các Hàng hóa hoặc Dịch vụ đang Xem xét
Hướng dẫn: Nhà cung cấp hoặc nhà cung ứng làm đại diện cho người thụ hưởng quyền lợi đã cung cấp các hàng hóa hoặc dịch vụ phải điền phần này nếu đơn kháng nghị liên quan đến vấn đề về trách nhiệm pháp lý theo phần 1879(a)(2) của Đạo luật. (Section 1879(a)(2) thường đề cập đến việc nhà cung cấp/nhà cung ứng hoặc người thụ hưởng quyền lợi không biết hoặc không có cơ sở nào để biết rằng các hàng hóa hoặc dịch vụ đang xem xét sẽ không được Medicare bao trả). Tôi từ bỏ quyền thu tiền thanh toán từ người thụ hưởng quyền lợi đối với các hàng hóa hoặc dịch vụ đang xem xét trong đơn kháng nghị này nếu việc xác định trách nhiệm pháp lý theo §1879(a)(2) của Đạo luật này vẫn đang được xem xét.

Chữ ký	Ngày
--------	------

Tính Phí Làm đại diện cho Người thụ hưởng Quyền lợi trước Bộ trưởng HHS

Nếu muốn tính phí cung cấp dịch vụ liên quan đến thủ tục kháng nghị trước Bộ trưởng HHS (ví dụ: điều trần với Thẩm phán Luật Hành chính (ALJ) hoặc đánh giá của thẩm phán luật tại Văn phòng Điều trần và Khiếu nại Medicare (OMHA), đánh giá của Hội đồng Kháng nghị Medicare hoặc thủ tục tố tụng trước OMHA hoặc Hội đồng Kháng nghị Medicare do bị tòa án liên bang tại quận trả hồ sơ) thì luật sư hoặc người đại diện khác cho người thụ hưởng quyền lợi phải được phê duyệt lệ phí theo 42 CFR 405.910(f).

Biểu mẫu “Đơn Yêu cầu Thu Phí Đại diện” thu thập thông tin cần thiết để thu lệ phí. Người đại diện phải điền biểu mẫu và nộp yêu cầu điều trần ALJ, đánh giá của OMHA hoặc yêu cầu xem xét của Hội đồng Kháng nghị Medicare. Không cần phải phê duyệt phí của người đại diện nếu: (1) người kháng nghị đang được đại diện là nhà cung cấp hoặc nhà cung ứng; (2) phí dành cho các dịch vụ được cung cấp với tư cách chính thức là người giám hộ hợp pháp, ủy ban hoặc người đại diện do tòa án chỉ định tương tự và tòa án đã chấp thuận khoản phí được yêu cầu; (3) phí đại diện của người thụ hưởng trong một thủ tục tố tụng tại tòa án liên bang tại quận; hoặc (4) phí dành cho đại diện của người thụ hưởng quyền lợi trong việc xác định lại hoặc xem xét lại. Nếu người đại diện muốn

miễn một khoản phí thì họ có thể làm như vậy. Có thể sử dụng Section III ở mặt trước của biểu mẫu này cho mục đích này. Trong một số trường hợp, như nêu rõ trên biểu mẫu, lệ phí phải được miễn cho việc đại diện.

Phê duyệt Phí

Yêu cầu phê duyệt phí đảm bảo rằng người đại diện sẽ nhận được giá trị hợp lý cho các dịch vụ được thực hiện trước HHS thay mặt cho người thụ hưởng và cung cấp cho người thụ hưởng biện pháp bảo đảm các khoản phí được xác định là hợp lý. Khi phê duyệt một khoản phí được yêu cầu thì OMHA hoặc Hội đồng Kháng nghị Medicare sẽ xem xét bản chất và loại dịch vụ được cung cấp, mức độ phức tạp của vụ việc, mức kỹ năng và năng lực cần thiết để thực hiện các dịch vụ, thời gian dành cho vụ việc, kết quả đạt được, mức độ xem xét hành chính mà người đại diện thực hiện kháng nghị và số tiền mà người đại diện yêu cầu.

Xung đột Lợi ích

Các phần 203, 205 và 207 của Title XVIII trong Bộ luật Hoa Kỳ quy định rằng việc các viên chức, nhân viên và cựu viên chức và nhân viên của Hoa Kỳ thực hiện một số dịch vụ nhất định gây ảnh hưởng đến Chính phủ hoặc hỗ trợ hoặc trợ giúp truy tố các yêu cầu bồi hoàn chống lại Hoa Kỳ là hành vi phạm tội hình sự. Các cá nhân có xung đột lợi ích không được làm đại diện cho người thụ hưởng trước HHS.

Nơi Gửi Biểu mẫu

Gửi biểu mẫu này đến cùng một địa điểm mà quý vị đang nộp (hoặc đã nộp): kháng nghị nếu quý vị đang nộp đơn kháng nghị; khiếu nại hoặc phàn nàn nếu quý vị đang nộp đơn khiếu nại hoặc phàn nàn; xác định hoặc quyết định ban đầu nếu quý vị đang yêu cầu xác định hoặc đưa ra quyết định ban đầu. Nếu cần trợ giúp thêm thì hãy liên hệ với 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc chương trình Medicare của quý vị. Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048.

Quý vị có quyền nhận thông tin Medicare ở định dạng có thể truy cập được, như chữ in khổ lớn, chữ nổi Braille hoặc định dạng âm thanh. Quý vị cũng có quyền nộp đơn khiếu nại nếu cảm thấy bị phân biệt đối xử. Truy cập vào <https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html> hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để biết thêm thông tin.

Theo Đạo luật Cắt giảm Thủ tục giấy tờ năm 1995, không ai bắt buộc phải phản hồi cho yêu cầu thu thập thông tin trừ khi thông tin có mã số kiểm soát OMB hợp lệ. Mã số kiểm soát OMB hợp lệ cho hoạt động thu thập thông tin này là 0938-0950. Thời gian cần thiết để chuẩn bị và phân phát tài liệu thu thập thông tin này là 15 phút cho mỗi thông báo, bao gồm cả thời gian chọn biểu mẫu in sẵn, hoàn thành và giao cho người thụ hưởng. Nếu quý vị có ý kiến liên quan đến tính chính xác của việc ước tính thời gian hoặc đề xuất cải thiện biểu mẫu này, thì vui lòng gửi thư cho CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850. Form CMS-1696 (Rev 08/18)