

委託代理人

當事人姓名	SFHP ID 號碼 (受益人作為一方) 或國家醫療服務提供者識別碼 (提供者或供應商作為一方)
-------	--------------------------------------------------

第 1 部分: 委託代理人

由尋求代理人的一方 (即 Medicare 受益人、提供者或供應商) 填寫:

我委託此人 _____, 作為我的代理人, 處理我根據《社會保障法》(簡稱「該法」) 第十八章及其第十一章的相關規定提出的理賠或主張的權利。我授權此人代表我提出任何申請; 提交或獲取證據; 獲取申訴資訊; 以及接收與我的理賠、申訴、上訴或申請相關的任何通知。我理解與我的申請相關的個人醫療資訊可能會披露給下方指定的代表。

尋求代表的當事人簽名		日期
街道地址		電話號碼 (含區號)
城市	州	郵遞區號
電郵地址 (可選)		

第二部分: 接受委託 由代理人填寫: 本人, _____, 特此接受上述委託。本人 證明: 未曾被美國衛生與公眾服務部 (Health and Human Services, HHS) 取消資格、暫停或者禁止執業; 本人不是美國現任或前任政府僱員, 不具有不得擔任當事人代理人的限制情形; 且認可任何費用均需接受部長審查和批准。我是 _____
(專業身分或與當事人的關係, 例如律師、親屬等)

尋求代表的當事人簽名		日期
街道地址		電話號碼 (含區號)
城市	州	郵遞區號
電郵地址 (可選)		

第 3 部分: 代理費免除

說明: 如果代理人被要求或選擇免除代理費, 則必須填寫此部分則必須填寫此部分請注意, 代表受益人並提供物品或服務的提供者或供應商不得收取代理費, 因此必須填寫此部分。) 本人茲放棄向在 HHS 部部長面前提供代表服務時收取費用的權利。

簽名	日期
----	----

第 4 部分: 放棄對爭議物品或服務的付款

說明: 如果上訴涉及《法案》第 1879(a)(2) 條下的責任問題, 則作為受益人代表的提供者或供應商必須填寫此部分。(第 1879(a)(2) 條通常涉及提供者/供應商或受益人要麼不知道, 要麼無法合理地預期他們會知道, 爭議物品或服務不在 Medicare 承保範圍內。) 如果根據《法案》第 §1879(a)(2) 條確定責任存在爭議, 我放棄就本上訴中涉及的物品或服務向受益人收取款項的權利。

簽名	日期
----	----

為代表受益人在 HHS 部部長面前提供服務而收取費用

受益人的律師或其他代表，若希望就在 HHS 部部長面前受理的上訴案件（即：Medicare 聽證和上訴辦公室 (OMHA) 舉行的行政法官 (ALJ) 聽證會或律師審裁員審查、Medicare 上訴委員會審查，或因聯邦地區法院發回重審而由 OMHA 或 Medicare 上訴委員會受理的訴訟）所提供的服務收取費用，則必須根據 42 CFR 405.910(f) 的規定獲得費用批准。

「獲取代理人費用申請」表格包含費用申請所需的資訊。該表格應由代理人填寫，並與 ALJ 聽證會、OMHA 審查申請或 Medicare 上訴委員會審查申請一起提交。在下列情況下，代理人費用無需批准：(1) 被代理的上訴人是服務提供者或供應商；(2) 該費用是以法定監護人、委員會或類似的法院指定代理人等官方身份提供的服務，並且法院已經批准了該費用；(3) 費用用於在聯邦地區法院訴訟中代理受益人；或 (4) 費用用於在重新裁定或複議中代理受益人。如果代理人希望

免除費用，那麼其可以這樣做。本表格正面的第三部分可用於此目的。一些情況下，如表格所示，必須免除代理費用。

費用批准

費用審批的要求旨在確保代理人代表受益人在 HHS 為受益人執行的服務獲得合理報酬，同時賦予受益人一項保障機制，使相關費用必須經審核確認為合理方可成立。在審批申請的費用時，OMHA 或 Medicare 上訴委員會將考慮所提供服務的性質和類型、案件的複雜程度、提供服務所需的技能和能力水準、案件所花費的時間、取得的結果、代表提起上訴的行政復議級別以及代表申請的費用金額。

利益衝突

根據《美國法案》第十八章第 203、205 和 207 條，美國某些官員、僱員和前任官員及僱員在影響政府的事務中提供某些服務或協助提起針對美國的理賠，均屬刑事犯罪。有利益衝突的個人不得在 HHS 面前擔任受益人代表。

表格寄送地址

請將此表格寄送至您提交（或已提交）下列文件之相同地點：如果您要提起上訴，請寄至上訴受理地點；如果您要提起申訴或投訴，請寄至申訴/投訴受理單位；如果您要申請初步判決或裁定，請寄至初步判決或裁定受理單位。如果需要更多協助，請聯絡 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 或您的 Medicare 計劃。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。

您有權以大字體、盲文或音訊等無障礙格式獲取 Medicare 資訊。如果您感覺受到歧視，您亦有權進行投訴。欲了解更多資訊，請造訪 <https://www.cms.gov/about-cms/agency-Information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html>，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

根據 1995 年《減少文書工作法案》，除非資訊收集顯示有效的 OMB 控制編號，否則任何人都無需回應資訊收集。此資訊收集的有效 OMB 控制編號為 0938-0950。準備和分發此收集所需的時間為每份通知 15 分鐘，包括選擇預印表格、填寫表格並將其交付給受益人的時間。如果您對時間估算的準確性有任何意見或改進此表格的建議，請寫信至：7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850。
◦ CMS-1696 (Rev 08/18) 表格