

## Đơn Bổ Nhiệm Người Đại Diện

Tên của bên Bổ Nhiệm

Mã Số Medicare (người được bổ nhiệm là một bên) hoặc Mã Nhận Dạng Nhà Cung Cấp Quốc Gia  
(nhà cung cấp hoặc nhà cung ứng là một bên)

### Mục 1: Bổ Nhiệm Người Đại Diện

**Bên tìm kiếm người đại diện (tức là bên thụ hưởng bảo hiểm Medicare, nhà cung cấp hoặc nhà cung ứng) điền vào:** Tôi chỉ định người này, \_\_\_\_\_ làm đại diện của tôi liên quan tới yêu cầu bồi hoàn hoặc quyền yêu cầu xác nhận theo Tiêu Đề XVIII của Đạo Luật An Sinh Xã Hội (Đạo Luật) và các điều khoản liên tới của Tiêu Đề XI trong Đạo Luật này. Tôi ủy nhiệm cho người này thực hiện bất kỳ yêu cầu nào; trình bày hoặc đưa ra bằng chứng để có được thông tin khiếu nại; và nhận bất kỳ thông tin nào liên quan tới khiếu nại, kháng cáo, sự khiển trách hoặc yêu cầu hoàn toàn thay mặt tôi. Tôi hiểu rằng thông tin y tế cá nhân liên quan tới yêu cầu của tôi có thể được tiết lộ cho người đại diện được nêu ra dưới đây.

Chữ Ký của Bên Tìm Kiếm Người Đại Diện

Ngày

Địa Chỉ

Số Điện Thoại (có Mã Khu Vực)

Thành Phố

Tiểu Bang

Mã Bưu Chính

Điện Thư (nếu có)

### Mục 2: Chấp Nhận Người Bổ Nhiệm

**Mục này do người đại diện điền:**

Tôi,-----, với đơn này chấp nhận việc bổ nhiệm nêu trên. Tôi xác nhận rằng tôi hội đủ điều kiện, không bị đình chỉ, hoặc bị cấm hành nghề bởi Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh (HHS); rằng tôi, với tư cách là nhân viên đương chức hoặc từng làm việc cho Hoa Kỳ, hội đủ điều kiện của bên đại diện; và tôi nhận thấy mọi chi phí đều có thể được Bộ Trưởng cân nhắc và phê chuẩn.

Tôi là \_\_\_\_\_

(Chức vụ hoặc mối liên hệ với bên nhận bổ nhiệm, thí dụ như luật sư, người đại diện, vãn vãn)

Chữ Ký của Người Đại Diện

Ngày

Địa Chỉ

Số Điện Thoại (có Mã Khu Vực)

Thành Phố

Tiểu Bang

Mã Bưu Chính

Điện Thư (nếu có)

### **Mục 3: Từ Chối Trả Phí cho Người**

#### **Đại Diện**

**Hướng dẫn:** Phải điền phần này nếu người đại diện được yêu cầu, hoặc quyết định, từ bỏ chi phí đại diện. (Lưu ý rằng các nhà cung cấp hoặc nhà cung ứng đại diện cho người thụ hưởng và cung cấp các mục hoặc dịch vụ không được tính phí đại diện và **phải** hoàn tất phần này.)

Tôi từ bỏ quyền yêu cầu và thu phí để làm người đại diện \_\_\_\_\_ trước Bộ Trưởng Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh.

Chữ Ký

Ngày

### **Mục 4: Từ bỏ Thanh Toán cho các mặt hàng hoặc dịch vụ được nêu ra**

**Hướng dẫn:** Các nhà cung cấp hoặc nhà cung ứng đóng vai trò là đại diện cho người thụ hưởng mà họ đã cung cấp các mặt hàng hoặc dịch vụ phải hoàn tất phần này nếu kháng nghị liên quan tới câu hỏi về trách nhiệm pháp lý theo mục 1879(a)(2) thuộc Đạo Luật. (Mục 1879(a)(2) đề cập chung tới việc liệu nhà cung cấp/nhà cung ứng hoặc người thụ hưởng không hay biết, hoặc không thể có lý do hợp lý để biết rằng các đề mục hoặc dịch vụ đang được đề cập sẽ không được bảo hiểm Medicare chi trả.) Tôi từ bỏ quyền của mình để thu khoản thanh toán từ người thụ hưởng cho các đề mục hoặc dịch vụ được đề cập trong kháng cáo này nếu việc xác định trách nhiệm pháp lý theo §1879(a)(2) của Đạo Luật đang được nêu ra.

Chữ Ký

Ngày

### **Quy Định về Các Chi Phí cho Việc Đại Diện cho Người Thụ Hưởng công bố trước Bộ Trưởng Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh**

Một luật sư, hoặc người đại diện khác cho người thụ hưởng muốn tính phí cho các dịch vụ được cung cấp liên quan tới kháng cáo trước Bộ Trưởng Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh (tức là, phiên tòa của Thẩm Mục Luật Hành Chánh (ALJ) hoặc thẩm phán của luật sư do Văn Phòng Bảo Hiểm Medicare về Tòa Án và Kháng Cáo (OMHA) suy xét, nhận định của Hội Đồng Khiếu Nại Medicare hoặc thủ tục tố tụng trước OMHA hoặc Hội Đồng Khiếu Nại Medicare do tòa án quận liên bang tạm giữ) là bắt buộc để được phê duyệt khoản phí theo điều 42 CFR 405.910(f).

Mẫu đơn, "Đơn Yêu Cầu Thu Phí cho Người Đại Diện" đưa ra thông tin cần thiết cho đơn yêu cầu nộp phí. Người đại diện phải điền đơn này và đệ đơn yêu cầu phiên tòa Thẩm Mục Luật Hành Chánh ALJ, Tòa Án Kháng Cáo OMHA suy xét, hoặc yêu cầu Hội Đồng Khiếu Nại Medicare xem xét. Không cần phê duyệt chi phí đại diện nếu: (1) người kháng cáo được đại diện là nhà cung cấp hoặc nhà cung ứng; (2) chi phí dành cho các dịch vụ được cung cấp với tư cách chính thức như dịch vụ của người giám hộ hợp pháp, người ủy nhiệm hoặc người đại diện tương tự do tòa án chỉ định và tòa án đã phê duyệt khoản phí được nêu ra; (3) chi phí đại diện cho người thụ hưởng trong vụ kiện tại tòa án quận liên bang; hoặc (4) chi phí dành cho việc đại diện cho người thụ hưởng trong việc kiểm chứng lại hoặc suy xét lại. Nếu người đại

diện muốn miễn trừ một khoản phí thì họ có thể làm như vậy. Mục III ở mặt trước của mẫu đơn này có thể được dùng cho mục đích đó. Trong một số trường hợp, như được nêu trong biểu mẫu, phí đại diện **phải** được miễn trừ.

## **Phê Duyệt Chi Phí**

Yêu cầu phê duyệt chi phí bảo đảm rằng người đại diện sẽ nhận được lợi tức hợp lý cho các dịch vụ được thực hiện trước Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh thay mặt cho người thụ hưởng, và đưa ra cho người thụ hưởng biện pháp bảo đảm rằng chi phí được ghi nhận là hợp lý. Khi phê duyệt khoản phí được yêu cầu, Tòa Án Kháng Cáo OMHA hoặc Hội Đồng Khiếu Nại Medicare sẽ suy xét tính chất và loại dịch vụ được đưa ra, mức độ phức tạp của sự việc, mức độ thành thạo về kỹ năng và năng lực cần thiết khi cung cấp dịch vụ, khoảng thời gian để giải quyết sự việc, kết quả đạt được, mức độ suy xét hành chính mà người đại diện thực hiện khiếu nại và số tiền phí mà người đại diện yêu cầu.

## **Xung Đột về Lợi Ích**

Các Mục 203, 205 và 207 của Tiêu Đề XVIII thuộc Bộ Luật Hoa Kỳ quy định việc một số viên chức, nhân viên và cựu viên chức và nhân viên của Hoa Kỳ làm một số công việc nhất định trong các vấn đề ảnh hưởng tới Chính Phủ hoặc tiếp tay hoặc hỗ trợ trong quá trình truy tố là phạm tội hình sự về các yêu sách chống lại Hoa Kỳ. Những cá nhân có xung đột lợi ích sẽ không được làm đại diện cho người thụ hưởng trước Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh.

## **Gửi Đơn này Ở Đâu**

Xin gửi đơn này tới cùng địa điểm nơi quý vị đang gửi (hoặc đã gửi): đơn khiếu nại nếu quý vị đang đệ đơn kháng cáo, phàn nàn hoặc khiếu nại nếu quý vị đang đệ đơn phàn nàn hoặc khiếu nại, hoặc quyết nghị hoặc quyết định ban đầu nếu quý vị đang yêu cầu một quyết nghị hoặc quyết định ban đầu. Nếu cần trợ giúp thêm, xin liên lạc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc bảo hiểm Medicare quý vị đang sử dụng. Người dùng trợ thính xin gọi 1-877-486-2048.

Quý vị có quyền nhận thông tin Medicare bằng một cách thức dễ sử dụng hơn, thí dụ như bản in khổ lớn, chữ nổi Braille hoặc bằng âm thanh. Quý vị cũng có quyền đệ đơn khiếu nại nếu quý vị tin rằng mình bị kỳ thị. Xin vào trang [https://www.cms.gov/about-cms/agency Information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html](https://www.cms.gov/about-cms/agency%20Information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html) hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để biết thêm chi tiết.

Theo Đạo Luật Giảm Bớt Công Việc Giấy Tờ năm 1995, không ai bắt buộc phải trả lời việc thu thập thông tin trừ khi hiển thị số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho việc thu thập thông tin này là 0938-0950. Thời gian cần thiết để chuẩn bị và phân phối chi tiết thông tin này là 15 phút cho mỗi thông báo, gồm có cả thời gian chọn mẫu in sẵn, hoàn tất và giao cho người thụ hưởng. Nếu quý vị có hồi âm liên quan tới tính chính xác của khoảng thời gian ước tính hoặc đề nghị cải thiện mẫu đơn này, xin gửi thư tới CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.