

Đề Cử Người Đại Diện Appointment of Representative

| | |
|-------------------|--|
| Tên Người Yêu Cầu | Số Medicare hoặc Số ID Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Quốc Gia (NPI) |
|-------------------|--|

Phần 1: Đề Cử Người Đại Diện

Điền bởi người muốn đề cử người đại diện (ví dụ, người được thụ hưởng Medicare, nhà cung cấp dịch vụ hay thiết bị): Tôi xin đề cử, _____ để đại diện tôi trong những sự việc liên quan đến yêu cầu của tôi hay quyền lợi được khẳng định trong tiêu đề XVII của Đạo Luật An Sinh Xã Hội (Đạo Luật) và những quy định có liên quan trong tiêu đề XI của Đạo Luật. Tôi ủy quyền cho người này được thực hiện mọi yêu cầu; trình bày hay cho biết bằng chứng; đòi hỏi để có được thông tin khiếu nại; và để nhận được bất kỳ thông báo nào liên quan đến khiếu nại của tôi, người này có toàn quyền để thay thế cho tôi. Tôi hiểu rằng mọi thông tin y tế cá nhân liên quan đến khiếu nại của tôi có thể được tiết lộ cho người đại diện được đề cử sau đây.

| | | |
|--|-----------|-----------------------------|
| Chữ Ký của Người Muốn Đề Cử Người Đại Diện | | Ngày |
| Địa Chỉ | | Số Điện Thoại (với Mã Vùng) |
| Thành Phố | Tiểu Bang | Số Mã Vùng |

Phần 2: Chấp Thuận Việc Được Đề Cử

Điền bởi người được đề cử: Tôi, _____ xin chấp thuận việc đề cử trên. Tôi xác nhận là tôi chưa bao giờ bị loại vì không hội đủ điều kiện, bị đình chỉ hay bị cấm hành nghề bởi Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh; và tôi, là một nhân viên đã hoặc đang làm việc tại Hoa Kỳ, đã không bị tước bỏ quyền đại diện cho thân chủ; và tôi cũng nhận biết rằng bất kỳ khoản chi phí nào cũng có thể bị duyệt xét và cần sự chấp thuận của Bộ Trưởng (Secretary).

Tôi là (I am a / an) _____
(Nghề nghiệp hay mối quan hệ với người yêu cầu, ví dụ như luật sư, thân nhân, v.v...)

| | | |
|-----------------------|-----------|-----------------------------|
| Chữ Ký Người Đại Diện | | Ngày |
| Địa Chỉ | | Số Điện Thoại (với Mã Vùng) |
| Thành Phố | Tiểu Bang | Số Mã Vùng |

Phần 3: Miễn Lệ Phí Cho Việc Làm Đại Diện

Hướng dẫn: Người đại diện phải điền phần này nếu họ được yêu cầu hoặc lựa chọn để không nhận lệ phí trong khi làm công việc đại diện. (Xin lưu ý là những người cung cấp dịch vụ hay thiết bị đang đại diện cho một người và đã cung cấp các thiết bị hoặc dịch vụ thì không được tính lệ phí và

phải điền vào phần này). Tôi xin từ bỏ quyền để tính và thu lệ phí trong công việc làm đại diện cho _____ trước Bộ Trưởng Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh.

Chữ ký

Ngày

Phần 4: Miễn Giảm Các Khoản Thanh Toán Cho Các Thiết Bị hay Các Dịch Vụ Bị Khiếu Nại

Hướng dẫn: Những người cung cấp dịch vụ hay thiết bị đang đại diện cho một người hưởng phúc lợi mà họ đã cung cấp các thiết bị hoặc dịch vụ phải điền vào phần này nếu trong phần khiếu nại có câu hỏi liên quan đến trách nhiệm theo phần 1879(a)(2) của Đạo Luật. (Phần 1879(a)(2) nói về trường hợp mà người cung cấp dịch vụ/thiết bị hay người được hưởng quyền lợi đã không hay biết, hoặc không có lý do để có thể đoán biết là những thiết bị hay dịch vụ đang được khiếu nại sẽ không được Medicare đài thọ). Tôi từ bỏ quyền thu tiền của tôi từ người được thụ hưởng đối với các thiết bị hay các dịch vụ trong lần khiếu nại này nếu phần xác định trách nhiệm theo mục §1879(a)(2) của Đạo Luật cũng nằm trong vấn đề được khiếu nại.

Chữ ký

Ngày

Thu Tiền Lệ Phí Để Đại Diện Cho Người Được Thụ Hưởng Trước Buổi Điều Trần với Bộ Trưởng Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh

Luật sư, hay bất kỳ người đại diện nào khác cho người được thụ hưởng, khi muốn thu lệ phí cho những dịch vụ liên quan đến khiếu nại trước buổi Điều Trần với Bộ Trưởng Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh (DHSS) (ví dụ, điều trần với Thẩm Phán Luật Hành Chánh (ALJ), xem xét bởi Hội Đồng Phúc Thảm của Medicare, hay phần phúc trình trước ALJ hoặc Hội Đồng Phúc Thảm Medicare theo đòi hỏi điều tra của tòa án quận liên bang) đều cần phải có sự chấp thuận để được thu lệ phí theo điều 42 CFR §405.910(f).

Mẫu đơn "Kiến Nghị Để Nhận Chi Phí Đại Diện" bao gồm những điều kiện cần thiết để làm nên một bản kiến nghị về chi phí đại diện. Người đại diện cần điền vào mẫu này và nộp đơn xin yêu cầu để được điều trần trước ALJ hay yêu cầu được xem xét bởi Hội Đồng Phúc Thảm Medicare. Lệ phí chấp thuận cho người đại diện không được yêu cầu nếu: (1) người khiếu nại cần được đại diện là nhà cung cấp dịch vụ hoặc thiết bị; (2) lệ phí được tính cho các dịch vụ cung cấp trong phạm vi trách nhiệm chính thức ví dụ như người đại diện hợp pháp, hội đồng, hay người đại diện được tòa án chỉ định tương tự và tòa án đã chấp thuận lệ phí này; (3) lệ phí được tính khi đại diện cho người được thụ hưởng trước tòa án quận liên bang; hoặc (4) lệ phí được tính khi đại diện cho người được thụ hưởng khi yêu cầu quyết định lại hoặc xem xét lại. Người đại diện có thể được miễn giảm lệ phí nếu muốn. Xin xem Phần III ở mặt trước lá thư này nếu muốn miễn giảm việc thu lệ phí. Trong một vài trường hợp như đã nêu, tiền lệ phí phải được miễn giảm cho người đại diện.

Chấp Thuận Cho Việc Thu Lệ Phí

Việc cần xin sự chấp thuận khi thu lệ phí là để chắc chắn rằng người đại diện sẽ nhận được số tiền tương ứng với các dịch vụ của họ khi đại diện cho người thụ hưởng trước DHSS, và giúp cho người thụ hưởng được an tâm là lệ phí quy định là hợp lý. Để phê duyệt một khoản phí được yêu cầu, ALJ hoặc Hội Đồng Phúc Thảm Medicare sẽ xem xét bản chất và loại dịch vụ cung cấp, mức độ phức tạp của sự việc, kỹ năng và năng lực cần thiết để hoàn tất dịch vụ, số lượng thời gian, kết quả thu thập,

mức độ xem xét hành chính mà người đại diện đảm nhận trong quá trình khiếu nại và lệ phí được yêu cầu từ người đại diện.

Mâu Thuẫn về Lợi Ích

Điều khoản 203, 205 và 207 của tiêu đề XVIII của Bộ Luật Hoa Kỳ cho phép ấn định tội hình sự cho một số cán bộ và nhân viên cũ và mới của Hoa Kỳ khi việc làm của họ gây ảnh hưởng xấu cho Chính Phủ hoặc hỗ trợ các truy tố chống lại Hoa Kỳ. Các cá nhân có xung đột lợi ích sẽ không được cử làm đại diện cho người được thụ hưởng trước cơ quan DHHS.

Nơi Để Gửi Mẫu Đơn này

Xin gửi mẫu đơn này đến địa chỉ mà quý vị đang gửi (hay đã gửi): (1) khiếu nại của quý vị nếu quý vị đang nộp đơn khiếu nại, (2) than phiền nếu quý vị đang nộp đơn than phiền, hay (3) xác định ban đầu hoặc quyết định nếu quý vị đang yêu cầu một xác định hoặc quyết định ban đầu.

Nếu cần giúp đỡ thêm, xin quý vị liên lạc với chương trình Medicare của quý vị hay gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).