



انتصاب نماینده

نام

بخش 1: انتصاب نماینده

توسط طرف متقاضی نمایندگی (به عنوان مثال، ذینفع مدیکر، ارائه دهنده یا تامین کننده) تکمیل شود:

من فردی را که در بخش 2 ذکر شده است منصوب می کنم تا به عنوان نماینده من در رابطه با ادعای من یا اعاده حقوق من بر اساس عنوان هجدهم قانون تأمین اجتماعی (the "Act") و مقررات مربوط به عنوان یازدهم این قانون عمل کند. من به این فرد اجازه کامل می دهم هر درخواستی را در زمینه ارائه یا استخراج شواهد؛ برای به دست آوردن اطلاعات تجدید نظر؛ و دریافت هرگونه خطاری در رابطه با ادعا، درخواست تجدیدنظر، شکایت یا درخواست من را، به جای من ارائه دهد. من متوجه هستم که اطلاعات پزشکی شخصی مربوط به درخواست من ممکن است در اختیار نماینده ای که در زیر نشان داده شده است افشا شود.

امضای شخصی که تقاضای نماینده دارد	تاریخ: <Date>		
آدرس خیابان	شماره تلفن (با کد منطقه)		
شهر	ایالت	کد پستی	
آدرس ایمیل (اختیاری)	شماره فکس (اختیاری)		

بخش 2: پذیرش قرار داد

توسط نماینده تکمیل شود:

من _____ بدینوسیله انتصاب فوق را می پذیرم. من گواهی می دهم که در وزارت بهداشت و خدمات انسانی (HHS) رد صلاحیت، تعلیق یا منع نشده‌ام. اینکه من به عنوان یک کارمند فعلی یا سابق ایالات متحده از نمایندگی موکل محروم نیستم. و اینکه من تشخیص می دهم که هر هزینه ای ممکن است منوط به بررسی و تایید دبیرکل باشد. من یک هستم

(وضعیت حرفه ای یا رابطه با طرف، به عنوان مثال وکیل، بستگان و غیره)

امضای نماینده	تاریخ: <Date>		
آدرس خیابان	شماره تلفن (با کد منطقه)		
شهر	ایالت	کد پستی	
آدرس ایمیل (اختیاری)	شماره فکس (اختیاری)		

بخش 3: چشم پوشی از هزینه نمایندگی

دستورالعمل ها: در صورتی که نماینده ملزم باشد یا بخواهد از حق الزحمه نمایندگی خود صرف نظر کند، این بخش باید تکمیل شود. (توجه داشته باشید که ارائه دهندگان یا تامین کنندگانی که نماینده یک ذینفع هستند و اقلام یا خدمات را ارائه می کنند نمیتوانند هزینه ای برای نمایندگی دریافت کنند و باید این بخش را تکمیل کنند.)

من از حق خود برای اخذ و دریافت هزینه برای نمایندگی نزد وزیر HHS چشم پوشی می کنم.

امضا	تاریخ
------	-------

بخش 4: چشم پوشی از پرداخت برای اقلام یا خدمات در حال صدور

دستورالعمل ها: ارائه دهندگان یا تامین کنندگانی که به عنوان نماینده ذینفعی که اقلام یا خدماتی را به او ارائه کرده اند، باید این بخش را تکمیل کنند، در صورتی که درخواست تجدیدنظر مستلزم مسوولیت بر اساس بخش 1879(a)(2) قانون باشد. (2) Section 1879(a) به طور کلی به این موضوع می پردازد که آیا یک ارائه دهنده/تامین کننده یا ذینفع اطلاع نداشتند، یا بطور معقول نمیتوانستند مطلع باشند که اقلام یا خدمات مورد بحث تحت پوشش Medicare قرار نمیگیرد.)

اگر تعیین مسوولیت طبق § 1879(a)(2) قانون مطرح باشد، از حق خود برای دریافت وجه از ذینفع برای موارد یا خدمات مورد بحث در این درخواست تجدیدنظر چشم پوشی می کنم.

امضا	تاریخ
------	-------

دستورالعمل ها

نام طرف (الزامی): این نام شخص یا نهادی است که حق ارائه ادعا یا درخواست تجدیدنظر را دارد (نام شخصی که مدیر دارد، یا نام ارائه دهنده یا تامین کننده). شماره مدیر یا شناسه ارائه دهنده ملی (الزامی): این باید زمانی تکمیل شود که شخص یا نهادی که نماینده ای را منصوب می کند دارای شماره مدیر یا شناسه ارائه دهنده ملی باشد. اگر قابل اجرا نیست، عبارت «نادرست» را پر کنید. همه فیلدهای بخش 1 و 2 الزامی هستند مگر اینکه در فیلد به عنوان اختیاری ذکر شده باشند. به مقررات [42 CFR 405.910](#) مراجعه کنید.

اخذ هزینه برای نمایندگی ذینفعان در مقابل دبیر HHS

وکیل یا نماینده دیگری برای یک ذینفع که مایل است برای خدمات ارائه شده در رابطه با درخواست تجدیدنظر در مقابل وزیر HHS (به عنوان مثال، جلسه استماع قاضی حقوق اداری (ALJ) یا بررسی قاضی وکیل توسط دفتر جلسات مدیر هزینه دریافت کند، و استیناف (OMHA)، بررسی شورای استیناف مدیر، یا رسیدگی به OMHA یا شورای استیناف مدیر در نتیجه بازپرداخت از دادگاه منطقه فدرال)، برای دریافت تایید هزینه مطابق با (f) 42 CFR 405.910 مورد نیاز است. فرم، OMHA-118، "دادخواست برای دریافت تایید هزینه برای نمایندگی یک ذینفع" اطلاعات مورد نیاز برای درخواست هزینه را ارائه می دهد. این باید توسط نماینده تکمیل شود و با درخواست برای استماع ALJ، بررسی OMHA، یا درخواست بررسی شورای استیناف مدیر ثبت شود. تأیید حق الزحمه نماینده مورد نیاز نیست اگر: (1) فرجام خواه ارائه دهنده یا تامین کننده است. (2) حق الزحمه مربوط به خدماتی است که در مقام رسمی مانند قیم قانونی، کمیته یا نماینده منصوب دادگاه مشابه انجام می شود و دادگاه حق الزحمه مورد نظر را تأیید کرده است. (3) هزینه برای نمایندگی ذینفع در یک دادرسی در دادگاه منطقه فدرال است؛ یا (4) هزینه برای نمایندگی یک ذینفع در تعیین مجدد یا تجدید نظر است. اگر نماینده بخواهد از هزینه ای صرف نظر کند، می تواند این کار را انجام دهد. فرم، OMHA-118، را می توان در آدرس زیر یافت: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf>

تصویب هزینه

الزام برای تأیید هزینه ها تضمین می کند که یک نماینده ارزش منصفانه خدماتی را که قبل از HHS به نمایندگی از یک ذینفع انجام می دهد دریافت می کند و معیاری از امنیت را برای ذینفع فراهم می کند که هزینه ها معقول باشد. در تأیید هزینه درخواستی، OMHA یا شورای استیناف مدیر ماهیت و نوع خدمات ارائه شده، پیچیدگی پرونده، سطح مهارت و شایستگی مورد نیاز در ارائه خدمات، مدت زمان صرف شده برای پرونده، نتایج به دست آمده، سطح بررسی اداری که نماینده درخواست تجدید نظر را به آن رسانده و میزان هزینه درخواستی نماینده را مد نظر قرار میدهد.

تضاد منافع

بخش های 203، 205 و 207 از عنوان هجدهم قانون ایالات متحده، ارائه خدمات خاص توسط برخی از افسران، کارمندان فعلی و افسران و کارمندان سابق ایالات متحده که در امور مربوط به دولت یا کمک به پیگرد قانونی دعوی علیه ایالات متحده کمک کند را جرم کیفری می داند. افراد دارای تضاد منافع از نمایندگی ذینفعان قبل از HHS محروم می شوند.

کجا این فرم را ارسال کنیم

این فرم را به همان مکانی که این موارد را ارسال می کنید (یا قبلاً ارسال کرده اید) ضمیمه کنید: پرونده درخواست تجدید نظر در شکایت، پرونده شکایت یا عدم رضایت، اگر پرونده نتیجه گیری یا تصمیم اولیه یا پرونده درخواست برای نتیجه گیری یا تصمیم اولیه. در صورت نیاز به کمک اضافی، با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید، یا با TTY (1-877-486-2048)، یا با طرح مدیر خود تماس بگیرید.

شما این حق را دارید که اطلاعات Medicare را در قالبی که خواندن آن برای شما راحت تر است، مانند چاپ بزرگ، خط بریل، یا صوتی دریافت کنید. اگر احساس میکنید مورد تبعیض قرار گرفته اید شما همچنین حق شکایت دارید. از <https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice> دیدن کنید، یا برای اطلاعات بیشتر با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY میتوانند با شماره تلفن 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

OneCare (HMO SNP)، یک برنامه Medicare Medi-Cal، یک سازمان Medicare Advantage تحت قرارداد با Medicare می باشد. ثبت نام در OneCare بستگی به تجدید قرارداد دارد. برنامه OneCare طبق قوانین حقوق مدنی دولت، هیچگونه تبعیضی بر اساس نژاد، رنگ، ملیت، سن، معلولیت یا جنسیت قائل نمیشود. با بخش خدمات مشتریان OneCare با شماره رایگان، 1-877-412-2734 (TTY <711>)، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته تماس بگیرید. به وبسایت ما www.caloptima.org مراجعه کنید.

ضمیمه ها

- درج اعلامیه عدم تبعیض [شناسه مواد: <H5433_23MM003_C>]
- درج چند زبانه [شناسه مواد: <IR23_MM002_H5433_H7501>]

طبق قانون کاهش کاغذ در سال 1995، هیچ فردی ملزم به پاسخگویی به مجموعه ای از اطلاعات نیست، مگر اینکه یک شماره کنترل معتبر OMB را نمایش دهد. شماره کنترل معتبر برای این مجموعه اطلاعات 0938-0950 است. زمان لازم برای تهیه و توزیع این مجموعه به ازای هر اطلاعاتی 15 دقیقه با احتساب زمان انتخاب فرم از پیش چاپ شده، تکمیل و تحویل آن به ذینفع می باشد. گر نظری در مورد صحت تخمین زمان یا پیشنهاداتی برای بهبود این فرم دارید، لطفاً به 7500 Security Boulevard، Baltimore، Maryland 21244، CMS، PRA Clearance Officer، 1850 بنویسید.