



대리인 임명 양식

당사자 이름

Medicare 번호(당사자가 수혜자인 경우) 또는 National Provider Identifier(당사자가 제공자 또는 공급자인 경우)

섹션 1: 대리인 임명

대리를 원하는 당사자(즉, Medicare 수혜자, 제공자 또는 공급자)가 작성해야 하는 사항:

본인은 사회보장법 제 XVIII장("법") 및 동법 제 11장의 관련 조항에 따라 본인의 청구 또는 주장된 권리와 관련하여 섹션 2에 명시된 개인을 대리인으로 임명합니다. 본인은 이 개인이 요청을 할 수 있는 권한을 부여합니다. 증거를 제시하거나, 도출하기 위해, 항소 정보를 얻기 위해 그리고 전적으로 본인을 대신하여 본인의 청구, 항소, 불만 또는 요청과 관련하여 통지를 받을 것입니다. 본인은 나의 요청과 관련된 개인 의료 정보가 아래 명시된 대리인에게 공개될 수 있음을 이해합니다.

대리인을 구하는 당사자의 서명		날짜
주소		전화번호(지역코드 포함)
시	주	우편번호
이메일 주소(선택 사항)	팩스 번호(선택 사항)	

섹션 2: 임명 수락

대리인이 작성해야 하는 사항:

본인 _____은/는 위의 임명을 수락합니다. 본인은 보건복지부(HHS)에서 실격, 정직 또는 업무 금지를 받은 적이 없음을 증명합니다. 본인은 미국의 현직 또는 전직 직원으로서 당사자 대리인으로 활동할 자격을 잃지 않았습니다. 그리고 본인은 모든 수수료가 장관의 검토 및 승인 대상이 될 수 있음을 인정합니다.

본인은 _____
(직업적 지위 또는 당사자와의 관계, 예: 변호사, 친척 등)

대리인 서명		날짜
주소		전화번호(지역코드 포함)
시	주	우편번호
이메일 주소(선택 사항)	팩스 번호(선택 사항)	

섹션 3: 대리인 수수료 면제

지침: 대리인이 대리인 수수료를 면제해야 하거나 면제하기로 선택한 경우 이 섹션을 작성해야 합니다. (수혜자를 대리하고 물품이나 서비스를 제공하는 제공자 또는 공급업체는 대리인 수수료를 부과할 수 없으며 이 섹션을 작성해야 합니다.)

본인은 HHS 장관 앞에서 _____을 대리하기 위해 수수료를 청구하고 징수할 권리를 포기합니다.

서명	날짜
----	----

섹션 4: 문제의 물품 또는 서비스에 대한 지불 면제

지침: 항소가 법 1879(a)(2)항에 따른 책임 문제와 관련된 경우, 물품 또는 서비스를 제공한 수혜자의 대리인 역할을 하는 제공자 또는 공급자는 이 섹션을 작성해야 합니다. (1879(a)

2)항은 일반적으로 제공자/공급자 또는 수혜자가 문제의 항목 또는 서비스가 Medicare에서 보장되지 않는다는 사실을 몰랐거나 합리적으로 알 것으로 예상할 수 없었는지 여부를 다룹니다.)

본인은 법 §1879(a)(2)에 따른 책임 결정이 문제가 되는 경우 이 항소에서 문제가 되는 항목 또는 서비스에 대해 수혜자로부터 지불금을 징수할 권리를 포기합니다.

서명	날짜
----	----

지침 및 규정 요구 사항

지침

당사자 이름 (필수 사항): 이것은 청구 또는 항소를 제기할 자격이 있는 개인 또는 단체의 이름입니다 (Medicare가 있는 사람의 이름 또는 제공자 또는 공급자의 이름).

Medicare 번호 또는 National Provider Identifier(필요 사항): 이것은 대리인을 지명하는 사람이나 단체가 Medicare 번호 또는 National Provider Identifier를 가지고 있을 때 작성해야 합니다. 해당 사항이 없을 경우 "해당 사항 없음(not applicable)"으로 적으십시오.

섹션 1과 2의 모든 공간은 공간 내에 선택 사항으로 명시되지 않는 한 필수 사항입니다. [42 CFR 405.910](#)에서 규정을 참조하십시오.

HHS 장관 앞에서 수혜자를 대리하는 수수료 부과

HHS 장관(즉, 행정법 판사(ALJ) 청문회 또는 Office of Medicare Hearings and Appeals(OMHA), Medicare Appeals Council 검토 또는 OMHA 또는 연방 지방 법원의 환송 결과로 인한 Medicare Appeals Council에서 검토하는 변호사 심사관) 앞에서 항소와 관련하여 제공된 서비스에 대해 수수료를 청구하려는 수혜자의 변호사 또는 기타 대리인은 42 CFR 405.910(f)에 따른 수수료 승인 절차가 필요합니다.

양식 OMHA-118, "수혜자 대리를 위한 수수료의 승인을 받기 위한 청원서"는 수수료 청원서에 필요한 정보를 도출합니다. 대리인이 작성하여 ALJ 청문회 요청, OMHA 검토 또는 Medicare 항소 위원회 검토 요청과 함께 제출해야 합니다. 다음과 같은 경우 대리인 수수료 승인이 필요하지 않습니다: (1) 대리하는 항소인이 제공자 또는 공급자임 (2) 수수료는 법정 후견인, 위원회 또는 유사한 법원 지정 대리인과 같은 공적 자격으로 제공되는 서비스에 대한 것이며 법원은 해당 수수료를 승인했음 (3) 수수료는 연방 지방 법원의 절차에서 수혜자를 대리하기 위한 것임 또는 (4) 수수료가 재결정 또는 재고려에서 수혜자를 대리하기 위한 것임. 대리인이 수수료 면제를 원하는 경우 그렇게 할 수 있음. OMHA-118 양식은 다음에서 찾을 수 있습니다: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf>

수수료 승인

수수료 승인 요구 사항은 대리인이 수혜자를 대신하여 HHS 앞에서 수행한 서비스에 대해 공정한 가치를 받을 수 있도록 보장하고, 수혜자에게 수수료가 합리적이라고 판단되는 보안 조치를 제공합니다. 요청된 수수료를 승인할 때 OMHA 또는 Medicare Appeals Council은 제공된 서비스의 성격 및 유형, 사례의 복잡성, 서비스 제공에 필요한 기술 및 역량 수준, 사례에 소요된 시간, 달성한 결과, 대리인이 항소를 제기한 행정 검토 수준 및 대리인이 요청한 수수료 금액 등을 고려할 것입니다.

이해관계의 충돌

미국법 제 XVIII장 203, 205, 207항은 미국의 특정 공무원, 직원, 전직 공무원 및 직원이 미국 정부에 영향을 미치는 문제에 특정 서비스를 제공하거나 기소를 돕거나 미국에 대한 청구의 기소를 지원하는 것을 형사 범죄로 규정합니다. 이해관계의 충돌이 있는 개인은 HHS 앞의 수혜자 대리인으로서 제외됩니다.

본 양식을 보낼 곳

항소, 고충 또는 불만을 제기하는 경우, 고충 또는 불만을 제기하는 경우 또는 초기 결정 또는 결정을 요청하는 경우, 항소를 보내는(또는 이미 보낸) 동일한 위치로 이 양식을 보내십시오. 추가 도움이 필요한 경우, 번호 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048) 또는 본인의 Medicare 플랜에 연락하십시오.

귀하는 큰 글자, 점자 또는 오디오와 같은 접근 가능한 형식으로 Medicare 정보를 받을 권리가 있습니다. 또한 차별을 받았다고 생각되면 불만을 제기할 권리가 있습니다. 자세한 정보를 위해 <https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice>를 방문하거나 번호 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 에 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 로 연락하십시오.

OneCare (HMO D-SNP), Medicare Medi-Cal Plan은 Medicare와 계약을 맺은 Medicare Advantage 조직입니다. OneCare에 가입은 계약 갱신 여부에 달려 있습니다. OneCare는 적용 대상이 되는 연방 시민권법들을 준수하며, 인종, 피부색, 출신국, 연령, 장애 혹은 성별을 기준으로 차별하지 않습니다. OneCare 고객센터 무료번호 1-877-412-2734 (TTY <711>) 로 주7일 24시간 전화하십시오. 저희 웹사이트 <www.caloptima.org/OneCare>를 방문하십시오.

동봉:

- 차별대우 금지 삽지 [Material ID: <H5433_23MM003_C>]
- 다국어 삽지 [Material ID: <IR23_MM002_H5433_H7501>]

1995년 서류 감면 법에 의하면, 유효한 OMB 관리번호가 표시되어 있지 않은 한, 어떤 사람도 정보 수집에 응할 필요가 없다고 합니다. 본 수집에 대한 유효한 OMB 통제번호는 0938-0950입니다. 이 컬렉션을 준비하고 배포하는 데 필요한 시간은 미리 인쇄된 양식을 선택하고 완성하여 수혜자에게 전달하는 시간을 포함하여 통지서 당 15분입니다. 예상 시간의 정확성에 대한 의견이나 이 양식을 개선하기 위한 제안이 있는 경우 CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850으로 편지를 보내주십시오.