



CHỈ ĐỊNH NGƯỜI ĐẠI DIỆN

Tên Người Yêu Cầu

Số Medicare (khi bên yêu cầu là người thụ hưởng) hoặc Số Nhận Diện Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Quốc Gia (khi người yêu cầu là nhà cung cấp dịch vụ hay thiết bị)

Phần 1: Chỉ Định Người Đại Diện

Được hoàn tất bởi bên tìm kiếm người đại diện (thí dụ, người thụ hưởng Medicare, nhà cung cấp dịch vụ hay thiết bị):

Tôi chỉ định cá nhân có tên trong Phần 2 là người đại diện cho tôi trong những sự việc có liên quan đến yêu cầu của tôi hay quyền đã được xác nhận 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 cá nhân này được được toàn quyền thay thế cho tôi để thực hiện mọi yêu cầu; trình bày hay đưa ra chứng cứ; lấy các thông tin khiếu nại; và nhận bất kỳ thông báo nào có liên quan đến yêu cầu, khiếu nại, than phiền hay đề nghị của tôi. Tôi hiểu rằng các thông tin y tế cá nhân có liên quan đến yêu cầu của tôi có thể được tiết lộ cho người đại diện được chỉ định dưới đây.

Chữ Ký của Người Muốn Chỉ Định Người Đại Diện		Ngày
Địa Chỉ		Số Điện Thoại (với Mã Vùng)
Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Số Vùng
Địa Chỉ Email (nếu có)	Số Fax (nếu có)	

Phần 2: Chấp Nhận Việc Chỉ Định

Người đại diện hoàn tất phần này:

Tôi, _____, xin chấp nhận việc chỉ định ở trên. Tôi xác nhận rằng tôi chưa bao giờ bị mất quyền, bị đình chỉ, hoặc bị cấm hành nghề trước Bộ Dịch vụ Y tế và Nhân sinh (Department of Health and Human Services, HHS); rằng tôi, là một nhân viên đã hoặc đang làm việc tại Hoa Kỳ, không bị mất quyền làm đại diện cho người khác; và tôi nhận biết rằng bất kỳ khoản chi phí nào cũng có thể cần được Bộ Trưởng duyệt xét và chấp thuận.

Tôi là một _____
(Tình trạng nghề nghiệp hay mối quan hệ với người yêu cầu, thí dụ, luật sư, thân nhân, v.v...)

Chữ Ký của Người Đại Diện		Ngày
Địa Chỉ		Số Điện Thoại (với Mã Vùng)
Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Số Vùng
Địa Chỉ Email (nếu có)	Số Fax (nếu có)	

Phần 3: Miễn Lệ Phí Khi Làm Người Đại Diện

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

Chữ Ký

Ngày

Phần 4: Miễn Thanh Toán cho Các Vật Dụng hoặc Dịch Vụ đang được khiếu nại

Hướng dẫn: Các nhà cung cấp dịch vụ hay thiết bị đang đại diện cho một người thụ hưởng mà họ đã cung cấp các thiết bị hoặc dịch vụ phải hoàn tất phần này nếu đơn khiếu nại có liên quan đến vấn đề về trách nhiệm pháp lý theo mục 1879(a)(2) của Đạo Luật. (Mục 1879(a)(2) thường trình bày về việc liệu một nhà cung cấp dịch vụ/thiết bị hoặc người thụ hưởng đã không biết, hoặc đã không thể dự đoán một cách hợp lý, rằng các thiết bị hoặc dịch vụ đang được khiếu nại sẽ không được Medicare chi trả.)

Tôi từ bỏ quyền thu phí từ người thụ hưởng cho các thiết bị hoặc dịch vụ đang có tranh cãi trong đơn khiếu nại nếu đang có tranh cãi về việc xác định trách nhiệm pháp lý theo mục §1879(a)(2) của Đạo Luật.

Chữ Ký

Ngày

Mẫu đơn CMS-1696 (Rev 09/21)

IR23_GA001_H5433

1

HƯỚNG DẪN VÀ YÊU CẦU QUY ĐỊNH

Hướng dẫn

Tên của Bên Yêu Cầu (bắt buộc): Đây là tên của một cá nhân hoặc tổ chức có tư cách nộp hóa đơn thanh toán hoặc đơn khiếu nại (tên của người có Medicare, hoặc tên của nhà cung cấp dịch vụ hoặc thiết bị).

Số thẻ Medicare hoặc số nhận dạng nhà cung cấp quốc gia (bắt buộc): Điều này phải được hoàn tất khi cá nhân hoặc tổ chức chỉ định người đại diện có số thẻ Medicare hoặc số nhận dạng nhà cung cấp quốc gia. Nếu không áp dụng, xin điền vào, “không áp dụng”.

Yêu cầu phải điền tất cả các chỗ trống trong Phần 1 và 2 trừ khi được ghi chú là “nếu có”. Xin xem quy định tại [42 CFR 405.910](#).

Việc Thu Phí Để Đại Diện Cho Người Thụ Hưởng trước Bộ Trưởng Bộ Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sinh

Một luật sư, hay người đại diện nào khác cho người thụ hưởng, khi muốn thu phí cho những dịch vụ đã được cung cấp có liên quan đến một khiếu nại trước Bộ Trưởng Bộ Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sinh (thí dụ, một buổi điều trần với Thẩm Phán Luật Hành Chánh (Administrative Law Judge, ALJ), hoặc buổi xem xét của bồi thẩm đoàn của Văn phòng Điều trần và Khiếu Nại của Medicare (Office of Medicare Hearings and Appeals, OMHA), buổi xem xét của Hội Đồng Phúc Thảm của Medicare, hay một vụ tố tụng trước Văn phòng Điều trần và Khiếu Nại của Medicare (OMHA) hoặc Hội Đồng Phúc Thảm Medicare theo yêu cầu điều tra thêm của tòa án quận liên bang) đều cần phải được sự chấp thuận để thu phí theo điều 42 CFR 405.910(f).

Mẫu đơn, OMHA-118, “Kiến Nghị Để Thu Phí Khi Làm Đại Diện” bao gồm các thông tin cần thiết cho một bản kiến nghị để thu phí. Người đại diện cần điền vào mẫu đơn này và nộp đơn yêu cầu cho buổi điều trần với Thẩm Phán Luật Hành Chánh, buổi xem xét của bồi thẩm đoàn của Văn phòng Điều trần và Khiếu Nại của Medicare (OMHA), hoặc yêu cầu buổi xem xét của Hội Đồng Phúc Thảm Medicare. Không cần sự chấp thuận để thu phí làm người đại diện nếu: (1) người khiếu nại đang được đại diện là nhà cung cấp dịch vụ hoặc thiết bị; (2) lệ phí cho các dịch vụ được cung cấp trong phạm vi trách nhiệm chính thức như người giám hộ hợp pháp, hội đồng, hay người đại diện tương tự được tòa án chỉ định và tòa án đã chấp thuận lệ phí đang được nhắc đến; (3) lệ phí khi làm đại diện cho một người thụ hưởng trong một thủ tục tố tụng trước tòa án quận liên bang; hoặc (4) lệ phí khi làm đại diện cho một người thụ hưởng khi yêu cầu quyết định lại hoặc xem xét lại. Nếu người đại diện muốn miễn trừ lệ phí, họ có thể làm vậy. Mẫu đơn, OMHA-118, có thể được tìm thấy tại: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf>

Chấp Thuận Mức Lệ Phí

Việc yêu cầu sự chấp thuận các khoản phí là để bảo đảm rằng người đại diện sẽ nhận được mức phí hợp lý khi thực hiện những dịch vụ, thay cho người thụ hưởng, trước Bộ Dịch vụ Y tế Và Nhân sinh, và giúp cho người thụ hưởng an tâm rằng các khoản phí được xác định một cách hợp lý. Khi phê duyệt một khoản phí được yêu cầu, Văn phòng Điều trần và Khiếu Nại của Medicare (OMHA) hoặc Hội Đồng Phúc Thảm Medicare sẽ xem xét bản chất và loại dịch vụ được cung cấp, sự phức tạp của trường hợp, trình độ kỹ năng và năng lực cần thiết để thực hiện dịch vụ, lượng thời gian được dành cho trường hợp, các kết quả đạt được, mức độ xem xét về mặt hành chánh mà người đại diện đảm nhận trong quá trình khiếu nại và mức phí do người đại diện yêu cầu.

Mâu Thuẫn về Lợi Ích

Các phần 203, 205 và 207 của Tiêu Đề XVIII của Bộ Luật Hoa Kỳ cho phép ấn định tội hình sự đối với một số cán bộ và nhân viên cũng như đối với một số cựu cán bộ và nhân viên của Hoa Kỳ khi cung cấp một số dịch vụ trong những vấn đề có ảnh hưởng đến Chính phủ hoặc trợ giúp hoặc hỗ trợ việc khởi tố các khiếu nại chống lại Hoa Kỳ. Các cá nhân có mâu thuẫn về lợi ích sẽ không được làm đại diện cho người thụ hưởng trước Bộ Dịch vụ Y tế Và Nhân sinh.

Nơi Để Gửi Mẫu Đơn này

Xin gửi mẫu đơn này đến cùng địa chỉ mà quý vị đang gửi (hay đã gửi): đơn khiếu nại của quý vị nếu quý vị đang nộp đơn khiếu nại, đơn phàn nàn hoặc than phiền của quý vị nếu quý vị đang nộp đơn phàn nàn hoặc than phiền, hoặc sự xác định hay quyết định ban đầu nếu quý vị đang yêu cầu một sự xác định hay quyết định ban đầu. Nếu cần được giúp đỡ thêm, xin liên hệ 1- 800-MEDICARE (1-800-633-4227, người dùng máy TTY gọi 1-877-486-2048), hoặc chương trình Medicare của quý vị.

Quý vị có quyền nhận thông tin của Medicare ở một định dạng có thể truy cập, như chữ in khổ lớn, chữ nổi Braille, hoặc đĩa thu âm. Quý vị cũng có quyền nộp đơn than phiền nếu quý vị tin rằng quý vị đã bị phân biệt đối xử. Xin vào trang mạng <https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice>, hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để biết thêm thông tin. Người sử dụng máy TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

OneCare (HMO D-SNP), Chương trình Medicare Medi-Cal, là một chương trình Medicare Advantage có hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh gia nhập vào OneCare tùy thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. OneCare tuân thủ luật dân quyền hiện hành của liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính. Xin gọi văn phòng Dịch Vụ OneCare ở số miễn phí <1-877-412-2734> (TTY <711>), <24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần>. Xin vào trang mạng của chúng tôi tại <www.caloptima.org/OneCare>.

Đính kèm:

- Phụ Trang Thông Báo Không Phân Biệt Đối Xử [Số ID Tài Liệu: <H5433_23MM003_C>]
- Phụ Trang Nhiều Ngôn Ngữ [Số ID Tài Liệu: <IR23_MM002_H5433_H7501>]

Theo Đạo Luật Giảm Thiểu Giấy Tờ năm 1995, không có người nào được yêu cầu phải trả lời cho việc thu thập thông tin trừ khi trên đó cho thấy một số kiểm soát hợp lệ của Văn Phòng Kiểm Soát và Ngân Sách (OMB). Số kiểm soát OMB hợp lệ cho sự thu thập thông tin này là 0938-0950. Thời gian cần để hoàn tất sự thu thập thông tin này ước tính trung bình là 15 phút cho mỗi câu trả lời, bao gồm cả thời gian để xem xét hướng dẫn, tìm kiếm các nguồn dữ liệu sẵn có, và thu thập dữ liệu cần thiết, và hoàn tất và xem xét sự thu thập thông tin. Nếu quý vị có bất kỳ nhận xét nào về tính chính xác của (các) sự ước tính thời gian hoặc đề nghị để cải thiện mẫu đơn này, xin gửi thư đến CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.
