



انتصاب نماینده

نام متقاضی	شماره مدیر (ذینفع به عنوان متقاضی) یا شماره شناسه ارائه کننده (ارائه دهنده یا تامین کننده)
------------	--

بخش 1: انتصاب نماینده

باید توسط متقاضی برای انتصاب نماینده (مثلاً: ذینفع مدیر، ارائه دهنده خدمات یا تامین کننده) تکمیل شود:
من، _____، را به عنوان نماینده خود در رابطه با مطالبه یا ادعای حق مشمول Title XVIII قوانین تامین اجتماعی (the Act) و قوانین وابسته به Title XI the Act، منصوب میکنم. من به این شخص اجازه میدهم به جای من هر گونه درخواست را ارائه نماید؛ شواهد را ارائه یا دریافت نماید، اطلاعات تجدید نظر را دریافت کند؛ و برای دریافت هر گونه اطلاعات در ارتباط با مطالبات من، شکایت یا درخواست تجدید نظر کند. من میدانم که اطلاعات پزشکی شخصی مرتبط با درخواست من ممکن است در اختیار نماینده زیر قرار بگیرد.

امضا متقاضی برای نماینده	تاریخ	
آدرس و نام خیابان	شماره تلفن (با کد منطقه)	
شهر	ایالت	کد پستی
ایمیل (اختیاری)		

بخش 2: پذیرش انتصاب

باید به وسیله نماینده تکمیل شود:

من، _____، بدین وسیله انتصاب بالا را میپذیرم. من گواهی میکنم که وزارت خدمات بهداشتی و انسانی (HHS) من را مشمول سلب صالحیت، تعلیق یا ممنوعیت از فعالیت نکرده است؛ و این که من، به عنوان کارمند فعلی یا سابق ایالت متحده، از فعالیت به عنوان نماینده متقاضی منع نشده ام؛ و منشی از اختیار بازبینی و تایید کارمزد برخوردار است.

من یک _____

(وضعیت شغلی یا نسبت با متقاضی، مثلاً وکیل، خویشاوند و غیره) هستم

امضا نماینده	تاریخ	
آدرس و نام خیابان	شماره تلفن (با کد منطقه)	
شهر	ایالت	کد پستی
ایمیل (اختیاری)		

بخش 3: چشم پوشی از کارمزد نماینده

دستورالعمل: ارائه دهندگان یا تامین کنندگان که نماینده به اجبار یا به اختیار خود از کارمزد نمایندگی صرف نظر کند، این بخش باید تکمیل شود. (توجه کنید که ارائه دهندگان یا تامین کنندگان که نماینده را بر عهده دارند و محصولات یا خدمات را تامین میکنند، نباید بابت نمایندگی کارمزد بگیرند و باید این بخش را پر کنند).

من از حق مطالبه و وصول کارمزد بابت نمایندگی----- نزد منشی HHS چشم پوشی میکنم.

تاریخ	امضا
-------	------

بخش 4: چشم پوشی از پرداخت هزینه محصولات یا خدمات مورد اختلاف

دستورالعمل: ارائه دهندگان یا تامین کنندگانی که به عنوان نماینده ذینفع گیرنده محصولات یا خدمات فعالیت میکنند، در صورتی باید این بخش را پر کنند که اعتراض شامل پرسش مسئولیت مربوط به بخش (a)(2)(1879) از قانون باشد. (بخش (a)(2)(1879) به طور کلی به این موضوع میپردازد که آیا ارائه دهنده/تامین کننده یا ذینفع نمیدانسته است، یا با فرض معقول نمیتوانسته بداند، که محصولات یا خدمات مورد اختلاف تحت پوشش مدیکر نبوده است). من از حق وصول هزینه از ذینفع بابت محصولات یا خدمات مورد اختلاف در این اعتراض چشم پوشی میکنم، به شرطی که رای مسئولیت طبق §a(2)(1879) از "the Act" مورد بحث باشد.

تاریخ	امضا
-------	------

مطالبه کارمزد وکالت ذینفعان نزد منشی HHS

وکیل، یا نماینده ذینفع، که خواستار دریافت کارمزد بابت خدمات ارائه شده مرتبط با اعتراض مورد بررسی منشی HHS یعنی (دادرسی توسط قاضی حقوق اداری، Administrative Law Judge (ALJ)) یا دادرسی به وسیله وکیل داور توسط دفتر بررسی و تجدید نظر مدیکر (OMHA)، بررسی شورای تجدید نظر پزشکی یا دادرسی در حضور OMHA یا شورای تجدید نظر پزشکی در نتیجه درخواست دادگاه منطقه ای فدرال) ضروری است برای تایید هزینه مطابق 42 CFR 405.910(f).

فرم "دادخواست دریافت حق نمایندگی" اطلاعات لازم برای درخواست هزینه را در بر دارد. این فرم باید توسط نماینده تکمیل شود و با درخواست برای دادرسی ALJ، بررسی OMHA یا درخواست بررسی توسط شورای تجدید نظر مدیکل ارائه شود تا بابت دستمزد نماینده لازم نیست اگر که: (1) درخواست کننده تجدید نظر دارای نماینده ارائه دهنده خدمات یا تامین کننده باشد؛ (2) کارمزد مربوط به خدمات ارائه شده در جایگاه رسمی مانند سرپرست قانونی، کمیته یا نماینده مشابه منصوب دادگاه باشد و دادگاه کارمزد مورد نظر را تایید کرده باشد؛ (3) کارمزد مربوط به نمایندگی ذینفع در دعوی مطرح شده در دادگاه منطقه ای فدرال باشد؛ یا (4) کارمزد مربوط به نمایندگی ذینفع در روند بازبینی یا تجدیدنظر در رای باشد. نماینده، در صورت تمایل، میتواند از کارمزد چشم پوشی کند. از بخش III جلو این فرم میتوان به این منظور استفاده کرد. در برخی موارد، چنانکه در فرم ذکر شده است، کارمزد نمایندگی باید مشمول چشم پوشی شود.

تاییدیه کارمزد

الزام تایید کارمزد تضمین میکند که نماینده بابت خدمات ارائه شده نزد HHS از طرف ذینفع، ارزش منصفانه ای دریافت میکند و به ذینفع اطمینان خاطر میدهد که کارمزد به صورت معقول تعیین میشود. OMHA یا شورای تجدید نظر مدیکر برای تایید کارمزد درخواست شده ماهیت و نوع خدمات ارائه شده، پیچیدگی پرونده، سطح مهارت و صلاحیت الزم برای ارائه خدمات، مقدار زمان صرف شده برای پرونده، نتایج به دست آمده، سطح بازبینی اداری که نماینده اعتراض را به آنجا رسانده است، و مبلغ کارمزد درخواستی نماینده را در نظر میگیرد.

تضاد منافع

طبق بخشهای 203، 205 و 207 از عنوان XVIII از قانون ایالات متحده، ارائه برخی خدمات در امور تأثیرگذار بر دولت یا زمینه ساز پیگرد مطالبات مطرح شده علیه ایالات متحده، برای برخی ماموران، کارکنان و ماموران سابق ایالات متحده جرم کیفری محسوب میشود. افراد مشمول تضاد منافع نمیتوانند نزد HHS نماینده ذینفعان باشند.

این فرم را به کجا بفرستم

این فرم را به همان مکانی که اسناد زیر را میفرستید (یا فرستاده اید)، بفرستید: بررسی مجدد اگر درخواست بررسی مجدد کرده اید، شکایت یا شکواییه اگر شکایه هستید، رای یا تصمیم اولیه اگر خواستار رای یا تصمیم اولیه هستید. برای دریافت اطلاعات بیشتر با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) یا برنامه مدیکر خود تماس بگیرید. کاربران TTY میتوانند با شماره 1-877-486-2048 تماس حاصل نمایند.

شما حق دارید که اطلاعات مدیکر را در قالب دسترسی پذیری مانند چاپ درشت، بریل یا صوتی دریافت کنید. اگر معتقد هستید که در مورد شما تبعیض قائل شده اند، میتوانید شکایتی ارائه نمایید. به وبسایت <https://www.cms.gov/about-cms/agency-Information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html> مراجعه نمایید یا با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) برای اطلاعات بیشتر تماس بگیرید.

بر اساس قانون کم کردن بوروکراسی 1995، پاسخ دادن به درخواست جمع آوری اطلاعات توسط هیچ شخصی الزامی نیست، مگر آنکه دارای شماره کنترل معتبر OMB باشد. شماره کنترل معتبر OMB این مجموعه 0950-0938 است. زمان الزمی برای جمع آوری، بررسی و پاسخ به این مجموعه بطور متوسط 15 دقیقه محاسبه شده است، که شامل زمان انتخاب فرمهای از قبل چاپ شده، تکمیل آنها و ارسال به ذینفع میباشد. اگر در مورد دقت زمان تخمین زده شده پرسش یا نگرانی یا پیشنهادی دارید لطفاً به CMS در آدرس CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Form CMS-1696 (Rev 08/18)

برنامه OneCare Connect Cal MediConnect (برنامه مدیکر-مدیکید) یک برنامه خدمات درمانی است که با هر دو بیمه مدیکر و مدیکل جهت ارائه مزایای دو برنامه به اعضا قرارداد دارد. برنامه OneCare Connect طبق قوانین حقوق مدنی دولت، هیچگونه تبعیضی بر اساس نژاد، رنگ، ملیت، سن، معلولیت یا جنسیت قائل نمیشود. با خدمات مشتریان OneCare Connect در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته توسط شماره رایگان 1-855-705-8823 (TTY 711) تماس بگیرید.