



## 대리인 지정

|        |   |
|--------|---|
| 당사자 이름 | Medicare 번호(수혜자 당사자) 또는 전국<br>제공자 식별번호(의료 제공자 또는 공급자 당사자) |
|--------|---|

### 섹션 1: 대리인 지정

대리인을 필요로 하는 당사자가 작성(예, 메디케어 수혜자, 제공자 또는 공급자):

본인은 해당 개인 \_\_\_\_\_ 이 사회보장법(Social Security Act, 이하 "법령") 18 조 및 본 법령 11 조의 관련 조항에 의거하여 본인의 청구 또는 제기한 권리와 관련하여 본인의 대리인의 역할을 수행하도록 지정합니다. 본인은 해당 개인이 본인을 대신하여 본인의 혜택 청구, 항소, 불만 또는 요청과 관련하여 요청을 하고 증거를 제시하거나 수집하고 항소 관련 정보를 확보하고 통보를 수령하는 것을 승인합니다. 본인은 본인의 요청과 연관된 개인의학정보를 아래에 표시된 대리인에게 공개할 수도 있음을 이해합니다.

|               |   |                |
|---------------|---|----------------|
| 대리인 지정 당사자 서명 |   | 날짜             |
| 상세 주소         |   | 전화 번호(지역번호 포함) |
| 시             | 주 | 우편 번호          |
| 이메일 주소(선택 사항) |   |                |

### 섹션 2: 지정에 대한 동의

대리인이 작성:

본인 \_\_\_\_\_ 은 상기 대리인 지정 내용에 대해 동의합니다. 본인은 보건 사회 복지부 (Department of Health and Human Services, HHS)로 부터 의료 행위에 대한 결격, 정직 또는 금지에 해당하는 처분을 받은 적이 없으며 미국정부의 전현직 직원으로서 당사자의 대리인 역할을 수행함에 따른 결격 사유가 없으며 해당부 장관의 검토 및 승인에 따라 수수료가 변경될 수 있음을 인정합니다.

본인은 \_\_\_\_\_

(번호사같은 종사 중인 전문직 또는 당사자와의 관계, 예, 친척 등)

|               |   |                |
|---------------|---|----------------|
| 대리인 서명        |   | 날짜             |
| 상세 주소         |   | 전화 번호(지역번호 포함) |
| 시             | 주 | 우편 번호          |
| 이메일 주소(선택 사항) |   |                |

### 섹션 3: 대리 수수료의 면제

**유의 사항:** 본 섹션은 대리인이 대리 수수료를 면제해야 하거나 수수료 면제를 선택할 경우 작성해야 합니다.  
(주의: 수혜자를 대리하면서 의료 항목 또는 서비스를 제공한 의료 제공자 또는 공급자는 대리 수수료를 부과하지 않을 수 있으며 반드시 본 섹션을 작성해야 합니다.)

본인은 HHS 수칙에 따라 \_\_\_\_\_ 대리에 따른 수수료를 부과하고 이를 징수할 본인의 권리를 포기합니다.

|    |    |
|----|----|
| 서명 | 날짜 |
|----|----|

### 섹션 4: 분류 대상의 의료 항목 또는 서비스에 대한 지불금 면제

**유의 사항:** 본인인 제공한 의료 항목 또는 서비스 대상 의료 수혜자의 대리인 역할을 수행하는 의료 제공자 또는 공급자는 항소가 법령 1879(a)(2)항에 따른 책임의 문제를 포함하는 경우 반드시 이 섹션을 작성해야 합니다.

(1879(a)(2)항은 일반적으로 메디케어가 분류 대상의 의료 항목 또는 서비스를 보장하지 않는다는 것을 의료 제공자/공급자 또는 수혜자가 몰랐거나 이를 인지하는 것이 합리적으로 어렵다고 보이는 경우에 해당합니다.) 법령 §1879(a)(2)에 따른 책임 소재의 결정이 분류 대상일 경우 본인은 본 상소에서 분류 대상이 되는 의료 항목 및 서비스에 대해 수혜자로부터 지불금을 수령할 본인의 권리를 포기합니다.

|    |    |
|----|----|
| 서명 | 날짜 |
|----|----|

### HHS 수칙에 따른 의료 수혜자 대리 수수료 부과

HHS 수칙에 따라 항소와 연관된 서비스(예, 행정법 판사(Administrative Law Judge, ALJ) 심리, 메디케어 심의 항소사무소(Office of Medicare Hearings and Appeals, OMHA)에 의한 변호인 심판관 심리 또는 연방 지방법원의 구금 명령에 따른 OMHA 나 메디케어 항소 심의회의 절차 등) 수수료를 부과하고자 하는 변호인 또는 기타 대리인은 42 연방규정집(Code of Federal Regulations, CFR) 405.910(f)에 따라 수수료 승인을 받아야 합니다.

"대리 수수료 청구 청원서(Petition to Obtain Representative Fee)" 양식에는 수수료 청원에 필요한 정보 내용이 기재되어 있습니다. 본 양식은 대리인이 작성하여 ALJ 심리, OMHA 심리 또는 메디케어 항소 심의회 검토 요청과 함께 제출해야 합니다. 다음의 경우 대리인 수수료에 대한 승인은 필요 없습니다: (1) 항소 대리인이 의료 제공자 또는 공급자이거나; (2) 법적 후견인, 위원회 또는 법원이 지정한 유사 대리인 등의 공식적인 자격으로 제공한 서비스에 대해 법원이 대상 수수료를 승인했거나; (3) 연방 지방법원에서의 법적 절차를 진행하면서 수행한 의료 수혜자대리에 대한 수수료이거나; (4) 재결정 또는 재검토를 진행하면서 수행한 수혜자 대리에 대한 수수료. 대리인은 원하는 경우 수수료를 면제할 수 있습니다. 본 양식 앞면에 기재된 섹션 3을 해당 목적으로 사용할 수 있습니다. 본 양식에 표기된 바와 같이 특정 경우에 대한 대리 수수료는 **반드시** 면제되어야 합니다.

### 수수료의 승인

수수료 승인에 따른 절차를 통해 대리인은 HHS 수칙에 따라 의료 수혜자를 대신하여 수행한 서비스에 대한 적절한 대가를 수령할 것이며 의료 수혜자에게는 수수료가 합리적인 수준에서 결정된다는 점을 보장합니다. OMHA 또는 메디케어 항소 심의회는 요청한 수수료를 승인함에 있어 제공한 서비스의 성격 및 유형, 사건의 복잡성, 서비스 제공에 필요한 기술 및 역량 수준, 사건에 소요된 시간, 성취 결과, 대리인이 항소 과정에서 진행한 행정 검토의 수준 및 대리인이 요청한 수수료 금액 등을 고려할 것입니다.

## 이해의 상충

미국법 18 조 203 항, 205 항 및 207 항에서는 미국 정부의 특정 공무원, 직원 및 전직 공무원과 직원이 정부에 영향을 미치는 사안에 관련된 특정 서비스를 제공하거나 미국 정부를 대상으로 접수한 청구를 추진함에 있어 이를 돕거나 지원하는 경우 이를 형사상 범죄로 정하고 있습니다. 이해 상충 관계에 있는 개인들은 HHS 수칙에 따라 의료 수혜자의 대리인 역할을 수행할 수 없습니다.

## 본 양식 우송처

본 양식은 귀하가 다음에 해당하는 경우와 동일한 주소로 보내십시오: 항소를 신청하는 경우 항소 신청서를 우송하는 주소, 고충 및 항소를 신청하는 경우 고충 및 항소 신청서를 우송하는 주소, 또는 확정 및 결정을 요청하는 경우 확정과 결정 요청서를 우송하는 주소. 추가적인 도움이 필요한 경우 1-800- MEDICARE(1-800-633-4227) 또는 귀하의 메디케어 플랜에 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 로 전화하십시오.

귀하는 대형 활자로 인쇄된 문서, 점자 또는 음성 등 사용 가능한 형태로 메디케어 정보를 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 또한 귀하가 차별 대우를 받았다고 여기는 경우 불만 사항을 접수할 권리가 있습니다. 더 자세한 사항은

<https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html> 을 방문하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오.

---

1995년 서류감소법에 따라 유효한 관리예산국(Office of Management and Budget, OMB) 관리 번호를 표시하지 않는 한 정보 수집에 대응할 필요가 없습니다. 본 정보 수집에 따른 유효한 OMB 관리 번호는 0938-0950입니다. 본 수집의 준비 및 배포에 필요한 시간은 사전인쇄 양식을 선택하고 작성하여 수혜자에게 전달하는 것을 포함하여 총 15분이 소요됩니다. 예상 시간의 정확도와 관련한 의견이나 이 양식을 개선하기 위한 제안 사항이 있는 경우 CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850 로 보내십시오.

Form CMS-1696 (Rev 08/18)

OneCare Connect Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) 은 메디케어 및 메디-칼과 계약을 맺고 두 프로그램의 혜택을 가입자들에게 제공하는 건강 플랜입니다. OneCare Connect 는 민권에 해당되는 주 및 연방정부 법률에 준수하며, 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별때문에 사람들을 차별 대우하지 않습니다. OneCare Connect 고객 서비스의 번호 **1-855-705-8823 (TTY 711)**으로 주 7 일 24 시간 전화하십시오.