

## 代表委任

委託方姓名	Medicare 編號（受益人作為委託方）或國家 醫療服務提供者識別號（提供者或供應商作為委託方）
-------	--

### 第 1 部份：代表委任

由委任代表的一方（即，Medicare 受益人、醫療服務提供者或供應商）填寫：

本人委任此人 \_\_\_\_\_ 擔任本人代表，代本人處理本人於《社會保障法》（「法案」）第十八條及法案第十一條相關條文項下的申索或聲明權利相關事宜。本人授權此人全權代表本人提出任何申請；呈示或提呈證據；獲取上訴資訊；以及接收與本人的理賠、上訴、申訴或申請有關的任何通知。本人瞭解，與本人的申請有關的個人醫療資訊可能會披露予下方所列代表。

委託代表方簽名	日期	
街道地址	電話號碼（附區域編碼）	
城市	州	郵遞區號
電子信箱（選填）		

### 第 2 部份：接受委任

由代表填寫：

本人 \_\_\_\_\_ 謹此接受上述委任。本人證明，本人未被衛生與公眾服務部 (HHS) 取消執業資格、暫停或禁止執業；本人未因現任或曾任美國政府職員而喪失成為委託方代表的資格；且本人確認，任何費用均可能須經部長審核和批准。

本人是 \_\_\_\_\_  
(職業狀況或與委託方的關係，例如律師、親屬等)

委託代表方簽名	日期	
街道地址	電話號碼（附區域編碼）	
城市	州	郵遞區號
電子信箱（選填）		

### 第 3 部份：代表費用豁免

說明：若代表選擇或被要求豁免其代表費用，則必須填寫此部份。（請注意，擔任受益人代表並提供用品或服務的醫療服務提供者或供應商不得收取代表費用，且必須填寫此部分。）

本人於 HHS 部長面前聲明放棄就擔任 \_\_\_\_\_ 代表索要和收取費用的權利。

簽名	日期
----	----

### 第 4 部份：免除爭議項目或服務的付款

說明：若上訴涉及法案第 1879(a)(2) 條項下的法律責任爭議，則擔任受益人代表並向其提供用品或服務的醫療服務提供者或供應商必須填寫此部份。（一般而言，第 1879(a)(2) 條旨在解決醫療服務提供者/供應商或受益人均不知道或無法合理預知 Medicare 不承保爭議用品或服務的情況）。若法案第 1879(a)(2) 條項下的法律責任釐定存在爭議，本人放棄就此上訴中的爭議用品或服務向受益人收取費用的權利。

簽名	日期
----	----

## 於 HHS 部長面前聲明就擔任受益人代表收取費用

律師或受益人的其他代表如希望就提供的服務收取費用，且該等服務與 HHS 部長審判的上訴（即，行政法官 (ALJ) 聽證會或 Medicare 聽證會與上訴辦公室 (OMHA) 審裁員審查、Medicare 上訴委員會審查，或因聯邦地方法院發回候審而由 OMHA 或 Medicare 上訴委員會審判的訴訟）有關，則需根據 42 CFR 405.910(f) 獲得批准。

「獲取代表費用申請」表載有費用申請所需資訊。該表格應由代表填寫，並與 ALJ 聽證會申請、OMHA 審查申請或 Medicare 上訴委員會審查申請一併提交。在下述情況下無需就代表費用獲得批准：(1) 所代表的上訴人為醫療服務提供者或供應商；(2) 有關費用為以公職身份提供的服務費用（例如，法定監護人、委員會或法院委任的類似代表的費用，且法院已批准有關爭議費用）；(3) 有關費用為在聯邦地方法院訴訟中擔任受益人代表的費用；或 (4) 有關費用為在重新裁決或重新考慮時擔任受益人代表的費用。如果代表希望放棄費用，他或她可以採取豁免。本表前面第 III 部份適用於前述目的。在某些情況下（如本表中所述），**必須**豁免代表費用。

### 費用批准

要求就有關費用獲得批准，有助於確保代表就於 HHS 面前代表受益人履行的服務獲得公平價值，並且能為受益人提供保障，確保所釐定的費用合理。在批准所申請的費用時，OMHA 或 Medicare 上訴委員會將考慮所提供服務的性質和類型、案件的複雜程度、提供服務時所需的技術和能力水平、在案件中花費的時間量、達成的結果、代表處理上訴的行政複議級別，以及代表申請的費用金額。

### 利益衝突

《美國法典》第十八章第 203、205 和 207 條規定，特定美國政府官員、職員及前任官員和職員在影響政府機構的事件中提供特定服務或在針對美國政府提出的申索檢控中提供協助或援助屬犯罪行為。存在利益衝突的個人不得在 HHS 面前擔任受益人的代表。

### 本表應寄送至何處

請將本表寄送至您即將寄送（或已經寄送）上訴（若您提出上訴）、申訴或投訴（若您提出申訴或投訴）、初始裁決或裁定（若您申請進行初始裁決或裁定）文件的相同地址。如需其他幫助，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 或聯絡您的 Medicare 計劃。聽障人士請致電 1-877-486-2048。

您有權索取無障礙格式的 Medicare 資訊，例如大號字體印刷版、盲文或音訊。如果您認為自己遭受歧視，您還有權提出投訴。請瀏覽 <https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html>，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 瞭解更多資訊。

---

根據 1995 年的「文書削減法案」(Paperwork Reduction Act)，任何人皆無須對資訊收集作出回應，除非其顯示了有效的 OMB 控制號碼。此資訊收集的有效 OMB 控制號碼為 0938-0950。編製和分發此收集資訊所需的時間為每次通知 15 分鐘，其中包括選擇預印格式、完成資訊和將其交付予受益人的時間。若您對時間估計的準確性有任何意見或對改善本表有任何建議，請致函：CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850。