



**SEE WHAT'S
POSSIBLE WHEN
HEALTH CARE
GETS PERSONAL.**

尊敬的會員，

隨函附上一份空白*代表任命表*。此表格用於指定某人代表您提交服務請求、申訴或上訴。為了確保處理過程中不會出現延遲，請按照以下說明進行操作：

1. 請完整填寫第 1 及第 2 部分，詳情請參閱表格第 2 頁的說明。
2. 請附上任何支持性文件的副本（可選）。
3. 將表格連同支持性文件透過郵件、傳真或電子郵件發送至：

郵件： VillageCareMAX 120 Broadway Suite 2840 New York, NY 10271

Attention to: Member Services Department

傳真： 212-337-5711

電子郵件： VCMAXmembers@villagecare.org

如果您在填寫本表格時有任何問題或需要其他幫助，請致電我們的會員服務部，電話：
1-800-469-6292 (TTY 711)，上午 8 時至晚上 8 時，全週無休。

您的 VillageCareMAX 團隊

代表委任

當事方名稱	Medicare 號碼（受益人作為當事方）或國家提供者識別碼（提供者或供應商作為當事方）
-------	--

第 1 節：代表委任

由尋求代理的當事方（即 Medicare 受益人、提供者或供應商）填寫：

我指定第 2 條中指定的人員作為我的代表 負責我根據《社會保障法》（以下簡稱「該法」）進行的訴訟（下文簡稱「法案」）第 XVIII 篇以及法案第 XI 篇相關條款提出的索賠或主張的權利。本人授權此人提出任何請求；提供或取得證據；獲取上訴資訊；並完全代表本人接收與本人的索賠、上訴、申訴或請求有關的任何通知。本人瞭解，與本人的請求相關的個人醫療資訊可能會披露給下述代表。

尋求代理的當事方簽名		日期
街道地址：		電話號碼（帶區號）
城市	州	郵區編號
電子郵寄地址（選填）		

第 2 節：接受委任

由代表填寫：

本人，_____，特此接受上述委任。本人證明，本人未被衛生及公眾服務部 (HHS) 取消資格、暫停或禁止執業；並非美國的現任或前任雇員，本人並未被取消資格擔任當事方的代表；並且本人確認，任何費用都可能需要經過部長的審查和批准。

本人是 _____

（職業地位或與當事方的關係，例如律師、親戚等）

代表簽名		日期
街道地址：		電話號碼（帶區號）
城市	州	郵區編號
電子郵寄地址（選填）		

第 3 節：豁免代理費

說明：如果代表必須或選擇豁免代理費，則必須填寫本節。（請注意，代表受益人並提供物品或服務的提供者或供應商不得收取代理費，並且必須填寫本節。）

本人在 HHS 部長面前豁免收取代表 _____ 費用的權利。

簽名	日期
----	----

第 4 節：豁免有爭議的物品或服務款項

說明：如果上訴涉及法案第 1879(a)(2) 款規定的責任問題，則作為受益人代表（向其提供物品或服務）的提供者或供應商必須填寫本節。（第 1879(a)(2) 款一般涉及提供者/供應商或受益人是否不知道或不能合理預期知道所涉及的物品或服務不在 Medicare 承保範圍內。）如果根據法案第 1879(a)(2) 款裁定的責任存在爭議，本人豁免向受益人收取本上訴中涉及的物品或服務款項的權利。

簽名	日期
----	----

指示

當事人姓名（必填）：這是有資格提出索賠或上訴的個人或實體的姓名（擁有 Medicare 的人的姓名，或提供者或供應商的姓名）。醫療保險號碼或國家提供者識別碼（必填）：當指定代表的個人或實體擁有醫療保險號碼或國家提供者識別碼時，必須填寫此項目。如不適用，請填寫「不適用」。第 1 節和第 2 節中的所有字段均為必填字段，除非該字段中註明為可選字段。請參閱 42 CFR 405.910 中的規定

在 HHS 部長面前收取代表受益人的費用

若受益人的律師或其他代表希望就向 HHS 部長提出上訴而提供的服務（即 Medicare 聽證和上訴辦公室 (Office of Medicare Hearings and Appeals, OMHA) 進行的行政法官 (ALJ) 聽證會或律師審裁員審查、Medicare 上訴委員會審查，或因聯邦地區法院發回重審而向 OMHA 或 Medicare 上訴委員會提起的訴訟）收取費用，則必須根據《聯邦法規》(Code of Federal Regulations, CFR) 第 42 篇第 405.910(f) 款獲取費用批准。

「獲取代表費申請」表格列出了費用申請所需的資訊。表格應由代表填寫，並與 ALJ 聽證會請求、OMHA 審查或 Medicare 上訴委員會審查請求一起提交。如果出現以下情況，則無需批准代表費用：(1) 所代表的上訴人是提供者或供應商；(2) 該費用是針對以官方身份提供的服務，例如法定監護人、委員會或類似法院委任的代表，且法院已批准有關費用；(3) 該費用用於在聯邦地區法院的訴訟中代表受益人；(4) 該費用是代表受益人參與重新裁定或重新審議的費用。如果代表希望豁免費用，其可以採取有關行動。本表格正面的第 III 節可用於此目的。在某些情況下，如表格所示，**必須**豁免代理費

費用批准

費用批准的要求可確保代表將獲得代表受益人向 HHS 提供的服務的公允價值，並為受益人提供一定程度的保證，確保費用被確定為合理。在批准請求的費用時，OMHA 或 Medicare 上訴委員會將考慮所提供服務的性質和類型、案件的複雜性、提供服務所需的技能和能力水平、案件花費的時間、取得的結果、代表提出上訴的行政審查等級以及代表要求的費用金額。

利益衝突

《美國法典》(United States Code) 第 XVIII 篇第 203、205 和 207 款規定，美國某些官員、雇員和前官員和雇員在影響政府的事項上提供某些服務，或輔助或協助起訴對美國的索賠，均屬刑事犯罪。有利益衝突的個人不得在 HHS 面前作為受益人的代表。

將本表格寄往何處

將本表格寄往您寄送（或已寄送）以下內容的同一地點：上訴（如果您要提出上訴）；申訴或投訴（如果您要提出申訴或投訴）；或初步裁定或決定（如果您請求初步裁定或決定）。如果需要其他協助，請聯絡 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 或您的 Medicare 計劃。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

您有權以無障礙格式獲得 Medicare 資訊，比如大字體、盲文或音訊。如果您認為自己受到歧視，那麼您也有權提交投訴。造訪 <https://www.medicare.gov/about-us/accessibilitynondiscrimination-notice> 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 瞭解更多資訊。TTY 用戶可以撥打 1-877-486-2048。

根據 1995 年《文書削減法》，除非資訊顯示有效的 OMB 控制編號，否則任何人都無需回應資訊的收集。本資訊收集的有效 OMB 控制編號為 0938-0950。準備和分發此收集的時間為每份通知 15 分鐘，包括選擇預印表格、填寫表格並將其交付給受益人的時間。如果您對時間估計的準確性有意見或對改進本表格有建議，請致函：CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850。