

НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

Имя стороны	Номер Medicare (бенефициар как сторона) или национальный идентификатор поставщика услуг (поставщик как сторона)
-------------	---

Раздел 1: Назначение представителя

Заполняется стороной, которой нужно представительство (т. е. бенефициаром Medicare или поставщиком):

Я назначаю лицо, указанное в Разделе 2, действовать в качестве моего представителя в связи с моим требованием или заявленным правом в соответствии с Разделом XVIII Social Security Act (Закона о социальном обеспечении) («Закон») и соответствующими положениями Раздела XI Закона. Я уполномочиваю этого человека делать любые запросы, представлять или собирать доказательства, получать информацию об апелляциях и получать любые уведомления в связи с моей претензией, апелляцией, жалобой или запросом исключительно от моего имени. Я понимаю, что личная медицинская информация, связанная с моим запросом, может быть раскрыта представителю, указанному ниже.

Подпись стороны, которой нужно представительство	Дата	
Адрес	Номер телефона (с кодом города)	
Город	Штат	Почтовый индекс
Адрес электронной почты (необязательно)	Номер факса (необязательно)	

Раздел 2: Принятие назначения

Заполняет представитель:

Я, _____, настоящим принимаю вышеуказанное назначение. Я подтверждаю, что меня не дисквалифицировали, не отстранили и не запретили вести практику в Department of Health and Human Services (HHS, Департаменте здравоохранения и социальных служб), что я, как нынешний или бывший сотрудник Соединенных Штатов, не лишен права действовать в качестве представителя стороны, и что я осознаю, что любая плата может подлежать рассмотрению и утверждению Секретарем.

Я / _____
(Профессиональный статус или отношение к стороне, например, адвокат, родственник и т. д.)

Подпись представителя	Дата	
Адрес	Номер телефона (с кодом города)	
Город	Штат	Почтовый индекс
Адрес электронной почты (необязательно)	Номер факса (необязательно)	

Раздел 3: Отказ от платы за представительство

Инструкции: Этот раздел необходимо заполнить, если представитель обязан или решает отказаться от платы за представительство. (Обратите внимание, что поставщики, которые представляют бенефициара и предоставили предметы или услуги, не могут взимать плату за представительство и **должны** заполнить этот раздел.)

Я отказываюсь от своего права взимать плату за представительство _____ перед секретарем HHS.

Подпись	Дата
---------	------

Раздел 4: Отказ от платы за предметы или услуг, о которых идет речь

Инструкции: Поставщики, выступающие в качестве представителей бенефициара, которому они предоставили предметы или услуги, должны заполнить этот раздел, если апелляция затрагивает вопрос об ответственности в соответствии с разделом 1879(a)(2) Закона. (Раздел 1879(a)(2) обычно касается того, не знал ли поставщик или бенефициар или не мог разумно ожидать, что он будет знать, что рассматриваемые предметы или услуги не будут покрываться Medicare.)

Я отказываюсь от своего права на получение оплаты от бенефициара за предметы или услуги, рассматриваемые в настоящей апелляции, если спорным является определение ответственности в соответствии с §1879(a)(2) Закона.

Подпись	Дата
---------	------

ТРЕБОВАНИЯ ИНСТРУКЦИЙ И РЕГЛАМЕНТОВ

Инструкции

Имя стороны (обязательно): это имя физического или юридического лица, которое имеет право подать иск или апелляцию (имя лица, участвующего в программе Medicare, или имя поставщика).

Номер Medicare или национальный идентификатор поставщика услуг (обязательно): это необходимо заполнить, если физическое или юридическое лицо, назначающее представителя, имеет номер Medicare или национальный идентификатор поставщика услуг. Если неприменимо, укажите «неприменимо».

Все поля в разделах 1 и 2 являются обязательными, если в поле не указано, что оно необязательно. Смотрите регламент в статье [42 CFR 405.910](#).

Взимание сборов за представление бенефициаров перед Секретарем HHS

Адвокат или другой представитель бенефициара, желающий взимать плату за услуги, оказанные в связи с апелляцией перед Секретарем HHS (т. е. слушанием дела Administrative Law Judge (ALJ, судья по административным делам) или рассмотрением дела поверенным-судьей в Office of Medicare Hearings and Appeals (OMHA, Отдел слушаний и апелляций Medicare), рассмотрением Medicare Appeals Council (Апелляционный совет Medicare) или разбирательством в OMHA или Medicare Appeals Council в результате возврата федеральным окружным судом) должен получить одобрение размера сбора в соответствии со статьей 42 CFR 405.910(f).

Форма OMHA-118 «Петиция об утверждении платы за представление интересов бенефициара» содержит информацию, необходимую для подачи петиции о выплате. Ее должен заполнить представитель и подать вместе с запросом на слушание ALJ, рассмотрение OMHA или рассмотрение Medicare Appeals Council. Утверждение платы представителю не требуется, если: (1) представляемый апеллянтом является поставщиком; (2) плата взимается за услуги, оказанные в официальном качестве, например, услуги законного опекуна, комитета или аналогичного представителя, назначенного судом, и суд утвердил рассматриваемую плату; (3) плата предназначена для представительства бенефициара в разбирательстве в федеральном окружном суде; или (4) плата взимается за представительство бенефициара при пересмотре решения. Если представитель желает отказаться от платы, он или она может это сделать. Форму OMHA-118 можно найти по адресу: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf>

Утверждение платы

Требование об утверждении платы гарантирует, что представитель получит справедливую стоимость услуг, оказанных HHS от имени бенефициара, и предоставляет бенефициару определенную степень уверенности в том, что плата будет признана разумной. При утверждении запрошенной платы OMHA или Medicare Appeals Council будут учитывать характер и тип оказанных услуг, сложность случая, уровень навыков и компетентности, необходимых для оказания услуг, количество времени, затраченное на рассмотрение дела, достигнутые результаты, уровень административного рассмотрения, на котором представитель подал апелляцию, и размер платы, запрошенной представителем.

Конфликт интересов

Разделы 203, 205 и 207 раздела XVIII Кодекса Соединенных Штатов квалифицируют уголовным преступлением оказание некоторыми должностными лицами, служащими, а также бывшими должностными лицами и служащими Соединенных Штатов оказания услуг по вопросам, затрагивающим правительство, а также помощь или содействие в судебном рассмотрении претензий к США. Лица с конфликтом интересов не могут быть представителями бенефициаров в HHS.

Куда отправить эту форму

Отправьте эту форму в то же место, куда вы отправляете (или уже отправили) свою апелляцию, если вы подаете апелляцию, претензию или жалобу, если вы подаете претензию или жалобу, или первоначальное определение или решение, если вы запрашиваете первоначальное определение или решение. Если необходима дополнительная помощь, позвоните по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, пользователи ТТУ звонят по номеру 1-877-486-2048) или в свой план Medicare.

Вы имеете право получать информацию Medicare в доступном формате, например, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в виде звукозаписи. Вы также имеете право подать жалобу, если считаете, что подверглись дискриминации. Посетите <https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice> или позвоните по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) для получения дополнительной информации. Пользователи ТТУ набирают 1-877-486-2048.

Согласно Paperwork Reduction Act of 1995 (Закону о сокращении канцелярской работы 1995 года), ни одно лицо не обязано реагировать на сбор информации, если для него не указан действительный контрольный номер Office of Management and Budget (OMB, Административно-бюджетное управление). Действительный контрольный номер OMB для этого сбора информации: 0938-0950. Время, необходимое для подготовки и распространения данного сбора, составляет 15 минут на каждое уведомление, включая время на выбор предварительно распечатанной формы, ее заполнение и доставку бенефициару. Если у вас есть комментарии относительно точности оценок времени или предложения по улучшению этой формы, напишите CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.