

ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՉԻ ՆՇԱՆԱԿՈՒՄ

Կողմի անունը	Medicare-ի համարը (որպես կողմ հանդես եկող շահառու) կամ բուժճառայություն մատուցողի ազգային նույնացուցիչը (որպես կողմ հանդես եկող բուժճառայություն մատուցող կամ մատակարար)
--------------	--

Բաժին 1. Ներկայացուցչի նշանակում

Պետք է լրացնի ներկայացուցչի նշանակող կողմը (այսինքն՝ Medicare-ի շահառուն, բուժճառայություն մատուցողը կամ մատակարարը):

Ես նշանակում եմ 2-րդ Բաժնում նշված անձին՝ որպես իմ ներկայացուցչի՝ իմ պահանջով կամ Social Security Act-ի (Սոցիալական ապահովության մասին օրենքի) XVIII գլխի («Օրենք») և Օրենքի XI գլխի համապատասխան դրույթներով սահմանված իմ իրավունքով: Ես լիազորում եմ այս անձին, որպեսզի իմ փոխարեն կարողանա հայց ներկայացնել, ապացույցներ հավաքել և ներկայացնել բողոքարկումների վերաբերյալ տեղեկատվություն ստանալ, իմ հայցի, բողոքարկման, գանգատի հետ կապված ծանուցումներ ստանալ կամ պահանջել: Ես հասկանում եմ, որ իմ հայցի հետ կապված անձնական բժշկական տվյալները կարող են բացահայտվել ստորև նշված ներկայացուցչին:

Ներկայացուցչի նշանակող կողմի ստորագրությունը	Ամսաթիվ	
Փողոցի հասցե	Հեռախոսահամար (տարածաշրջանի կոդով)	
Քաղաք	Նահանգ	Փոստային կոդ
Էլփոստի հասցե (ըստ ցանկության)	Ֆաքսի համարը (ըստ ցանկության)	

Բաժին 2. Որպես ներկայացուցչի հանդես գալու համաձայնություն

Պետք է լրացվի ներկայացուցչի կողմից.

Ես _____, սույնով համաձայնում եմ ընդունել ինձ վերապահված լիազորությունը: Ես հավաստում եմ, որ ինձ չեն որակագրել, ազատել կամ արգելել գործունեությանը զբաղվել Department of Health and Human Services (HHS, Առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների վարչության) համար: Ես որպես Միացյալ Նահանգների ներկայիս կամ նախկին աշխատող, զրկված չեմ որպես կողմի ներկայացուցչի հանդես գալու իրավունքից, և ընդունում եմ, որ ցանկացած վճար կարող է ենթակա լինել Քարտուղարի կողմից վերանայման և հաստատման: Ես հանդիսանում եմ _____

(Մասնագիտական կարգավիճակը կամ կապը կողմի հետ, օրինակ՝ փաստաբան, ազգական և այլն)

Ներկայացուցչի ստորագրությունը	Ամսաթիվ	
Փողոցի հասցե	Հեռախոսահամար (տարածաշրջանի կոդով)	
Քաղաք	Նահանգ	Փոստային կոդ
Էլփոստի հասցե (ըստ ցանկության)	Ֆաքսի համարը (ըստ ցանկության)	

Բաժին 3. Որպես ներկայացուցչի հանդես գալու վճարից հրաժարում

Հրահանգներ. Այս բաժինը պետք է լրացվի, եթե ներկայացուցչը պարտավորվում է կամ ընտրում է հրաժարվել որպես ներկայացուցչի հանդես գալու վճարից: (Նկատի ունեցեք, որ բուժճառայություններ մատուցողները կամ մատակարարները, որոնք ներկայացնում են շահառուին և տրամադրում են ապրանքներ կամ ծառայություններ, չեն կարող պահանջել վճար որպես ներկայացուցչի հանդես գալու համար, և **պետք է** լրացնեն այս բաժինը):

Ես հրաժարվում եմ որպես ներկայացուցչի հանդես գալու համար _____ HHS-ի Քարտուղարի կողմից վերանայվող վճար ստանալու իմ իրավունքից:

Ստորագրություն	Ամսաթիվ
----------------	---------

Բաժին 4. Քննարկման առարկա ապրանքների և ծառայությունների համար վճարումից հրաժարում

Հրահանգներ. Այս բաժինը պետք է լրացնեն բուժճառայություններ մատուցողները կամ մատակարարները, որոնք հանդես են գալիս որպես շահառուի ներկայացուցչի, և ապրանքներ կամ ծառայություններ են տրամադրել նրան, եթե բողոքարկումն առնչվում է իրավաբանական պատասխանատվությանը վերաբերող պահանջներին Օրենքի 1879(a)(2) բաժնի համաձայն: (1879(a)(2) բաժինը սովորաբար քննում է այն հարցը, թե արդյոք բուժճառայություն մատուցող/մատակարարը կամ շահառուն չգիտեին, կամ ողջամտորեն չէին սպասում, որ խնդրո առարկա ապրանքները կամ ծառայությունները չեն փոխհատուցվելու Medicare-ի կողմից):

Ես հրաժարվում եմ շահառուից վճար գանձելու իմ իրավունքից՝ սույն բողոքարկման քննարկման առարկա ապրանքների կամ ծառայությունների համար, եթե հարցը վերաբերում է իրավաբանական պատասխանատվությանը վերաբերող պահանջներին Օրենքի §1879(a)(2) բաժնի համաձայն:

Ստորագրություն	Ամսաթիվ
----------------	---------

ՀՐԱՀԱՆՔՆԵՐ ԵՎ ՆՈՐՄԱՏԻՎ ՊԱՀԱՆՁՆԵՐ

Հրահանգներ

Կողմի անունը (պարտադիր նշել)։ Պետք է նշվի այն ֆիզիկական կամ իրավաբանական անձի անունը, որն իրավունք ունի հայց ներկայացնել կամ բողոքարկել (Medicare-ում գրանցված անձի անունը կամ բուժառայություն մատուցողի կամ մատակարարի անունը)։

Medicare-ի համարը կամ բուժառայություն մատուցողի ազգային նույնացուցիչը (պարտադիր նշել)։ Այն պետք է նշվի, եթե ներկայացուցիչ նշանակող ֆիզիկական կամ իրավաբանական անձն ունի Medicare-ի համար կամ բուժառայություն մատուցողի ազգային նույնացուցիչ։ Եթե կիրառելի չէ, նշեք «կիրառելի չէ»։

1-ին և 2-րդ բաժինների բոլոր դաշտերը պետք է պարտադիր լրացվեն, եթե նշված չեն «ըստ ցանկության»։ Տե՛ս կանոնակարգը այստեղ [42 CFR 405.910](#)։

Շահառուի անունից որպես ներկայացուցիչ հանդես գալու համար վճարի ստացման պահանջ HHS-ի Քարտուղարին

Փաստաբանը կամ շահառուի այլ ներկայացուցիչ, ով ցանկանում է վճար ստանալ՝ HHS-ի Քարտուղարին ներկայացված բողոքարկման հետ կապված ծառայությունների համար (օրինակ Administrative Law Judge-ի (ALJ, վարչական դատարանի դատավորի) լսումների կամ Office of Medicare Hearings and Appeals-ի (OMHA, Medicare-ի Լսումների և բողոքարկումների գրասենյակի) փաստաբանի կողմից գործի վերանայման հետ կապված ծառայությունների համար, Medicare Appeals Council-ի (Medicare-ի Բողոքարկումների խորհրդի) կողմից գործի վերանայման կամ շրջանային դատարանի պահանջով OMHA-ի կամ Medicare Appeals Council-ի կողմից գործի քննության հետ կապված ծառայությունների համար) պետք է ստանա վճարի հաստատում՝ համաձայն 42 CFR 405.910(f) հոդվածի։

OMHA-118 ձևում՝ «Որպես շահառուի ներկայացուցիչ հանդես գալու վճարի հաստատում ստանալու հայց», նշված է, թե ինչ է պահանջվում վճար ստանալու հայց ներկայացնելու համար։ Այն պետք է լրացվի ներկայացուցչի կողմից և ներկայացվի ALJ-ի լսումների հայցի հետ միասին, OMHA-ի կամ Medicare Appeals Council-ի կողմից վերանայման հայցի հետ միասին։ Ներկայացուցչի վճարի հաստատումը պարտադիր չէ, եթե՝ (1) ներկայացված բողոքարկողը հանդիսանում է բուժառայություն մատուցող կամ մատակարար, (2) վճարը գանձվում է պաշտոնական ներկայացուցչի, օրինակ օրինական խնամակալի, հանձնաժողովի կամ դատարանի կողմից նշանակված ներկայացուցչի ծառայությունների համար, և դատարանը հաստատել է վճարը, (3) վճարը նախատեսված է դաշնային շրջանային դատարանի դատաքննությանը շահառուի անունից հանդես եկող ներկայացուցչի ծառայությունների համար, (4) վճարը նախատեսված է գործի վերանայման կամ վերաքննման ժամանակ շահառուի անունից հանդես եկող ներկայացուցչի ծառայությունների համար։ Եթե ներկայացուցիչը ցանկանում է հրաժարվել վճարից, նա կարող է դա անել։ OMHA-118 ձևը կարող եք գտնել այստեղ <https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf>

Վճարի հաստատում

Վճարի հաստատման պահանջն ապահովում է, որպեսզի ներկայացուցիչը ստանա շահառուի անունից HHS-ին տրամադրված ծառայությունների իրական արժեքը, ինչպես նաև շահառուն վստահ է լինում, որ ողջամիտ վճարներ կսահմանվեն։ Պահանջվող վճարը հաստատելիս OMHA-ն կամ Medicare Appeals Council-ը կքննարկեն մատուցվող ծառայությունների բնույթը և տեսակը, գործի բարդությունը, ծառայությունների մատուցման համար պահանջվող հմտության և արհեստավարժության մակարդակը, գործի վրա ծախսված ժամանակը, ձեռք բերված արդյունքները, գործի վարչական վերանայման մակարդակը, որտեղ ներկայացուցիչը ներկայացրել է բողոքարկումը, և ներկայացուցչի կողմից պահանջվող վճարի չափը։

Շահերի բախում

Միացյալ Նահանգների օրենսգրքի XVIII գլխի 203-րդ, 205-րդ և 207-րդ բաժիններով սահմանվում է քրեական պատասխանատվություն Միացյալ Նահանգների այն պաշտոնատար անձանց, աշխատակիցների, նախկին պաշտոնատար անձանց և աշխատակիցների համար, որոնք ծառայություններ են մատուցում ի վնաս կառավարության կամ աջակցում են Միացյալ Նահանգների շահերի դեմ ուղղված պահանջների բավարարմանը։ Շահերի բախում ունեցող անձինք բացառվում են HHS-ում շահառուների ներկայացուցիչ լինելուց։

Որտեղ ուղարկել այս ձևը

Ուղարկեք այս ձևը նույն հասցեով, որտեղ ուղարկում եք (կամ արդեն ուղարկել եք) բողոքարկումը (եթե բողոքարկում եք ներկայացնում), բողոքը կամ գանգատը (եթե բողոք կամ գանգատ եք ներկայացնում) կամ նախնական որոշման կամ վճռի հայցը (եթե նախնական որոշում կամ վճիռ եք պահանջում)։ Եթե լրացուցիչ օգնության կարիք ունեք, գանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY-ից օգտվողները պետք է գանգահարեն 1-877-486-2048) կամ կապ հաստատեք Medicare պլանի հետ։

Դուք իրավունք ունեք ստանալու Medicare-ի տեղեկությունները հասանելի ձևաչափով, օրինակ՝ խոշոր տպատառ, բրայլյան գրատեսակով կամ աուդիո ձևաչափով։ Դուք նաև իրավունք ունեք բողոք ներկայացնելու, եթե կարծում եք, որ խտրականության եք ենթարկվել։ Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք այստեղ <https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice> կամ գանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)։ TTY-ից օգտվողները պետք է գանգահարեն 1-877-486-2048։

Համաձայն Paperwork Reduction Act of 1995-ի (1995թ. Փաստաթղթաշրջանառության կրճատման մասին օրենքի)՝ ոչ ոք պարտավոր չէ արձագանքել տվյալների հավաքման պահանջին, եթե նշված չէ Office of Management and Budget-ի (OMB, Կառավարման և բյուջեի գրասենյակի) վավեր հսկիչ համարը։ Սույնով պահանջվող տվյալների հավաքման OMB-ի վավեր հսկիչ համարն է 0938-0950։ Սույնով պահանջվող տվյալների հավաքման և ներկայացման համար պահանջվող ժամանակը յուրաքանչյուր կետի համար կազմում է 15 րոպե՝ ներառյալ նախապես տպված ձևն ընտրելու, այն լրացնելու և շահառուին ներկայացնելու ժամանակը։ Եթե ժամանակի գնահատման ճշգրտության վերաբերյալ մեկնաբանություններ կամ այս ձևի բարելավման հետ կապված առաջարկներ ունեք, գրեք հետևյալ հասցեին՝ CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850։