

Ներկայացուցչի նշանակում

Օգտագործեք այս ձևը ներկայացուցչի նշանակելու համար, ով կգործի ձեր անունից՝ կապված ձեր հայցի, բողոքարկման, գանգատի կամ խնդրանքի հետ: Ստորագրելով այս ձևը և նշանակելով այս ներկայացուցչին՝ դուք համաձայնում եք, որ ներկայացուցիչը կլինի հիմնական կոնտակտային անձը և լիազորված կլինի հարցումներ կատարելու, ապացույցներ ներկայացնելու, տեղեկատվություն ստանալու և ձեր գործողությունների վերաբերյալ բոլոր հաղորդագրությունները ստանալու համար: Այս անձը կարող է տեսնել ձեր անձնական բժշկական տվյալները: **1-ին և 2-րդ բաժնի բոլոր դաշտերը պարտադիր պետք է լրացվեն (եթե նշված չեն որպես կամրնտիր):**

1-րդ բաժին. Տեղեկություններ ներկայացուցչի նշանակող անձի մասին

Այս բաժինը պետք է լրացվի պացիենտի, ծառայություններ մատուցողի կամ ներկայացուցչի նշանակող այլ անձի կողմից:

Անուն	Medicare-ի համարը կամ բուժօգնություն մատուցողի ազգային նույնացուցիչը	
Փոստային հասցե	Հեռախոսահամար (տարածաշրջանային կոդով) () - -	
Քաղաք	Նահանգ	Փոստային դասիչ
Էլփոստի հասցե (ըստ ցանկության)	Ֆաքս (ըստ ցանկության) () - -	
Ստորագրություն	Ստորագրման ամսաթիվը (աա/օօ/տտտտ) / /	

2-րդ բաժին. Ներկայացուցչի մասին տեղեկություններ

Այս բաժինը պետք է լրացվի ներկայացուցչի կողմից:

Ներկայացուցչի անունը		
1-ին բաժնում նշված անձի մասնագիտական կարգավիճակը կամ կապը (փաստաբան, ազգական և այլն)		
Փոստային հասցե	Հեռախոսահամար (տարածաշրջանային կոդով) () - -	
Քաղաք	Նահանգ	Փոստային դասիչ
Էլփոստի հասցե (ըստ ցանկության)	Ֆաքս (ըստ ցանկության) () - -	

Ստորագրելով ստորև՝ դուք համաձայնում եք հանդես գալ որպես ներկայացուցչի և հաստատում եք, որ Department of Health and Human Services-ի (HHS, Առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների վարչություն) կողմից կամ այլ կերպ գրկված չեք ներկայացուցչի կարգավիճակով հանդես գալու իրավունքից: Ցանկացած վճար, որը գանձվում է ներկայացուցչի գործառնությունների կատարման համար, կարող է քննարկվել և հաստատվել Քարտուղարի կողմից: Եթե ձեզ վճարվում է որպես ներկայացուցչի հանդես գալու համար, անցեք 3-րդ էջի հրահանգներին:

Ստորագրություն	Ստորագրման ամսաթիվը (աա/օօ/տտտտ) / /
----------------	---

Ներկայացուցիչը պետք է լրացնի ստորև բաժինները, եթե կիրառելի է (անցեք 3-րդ էջի հրահանգներին)

3-րդ բաժին. Որպես ներկայացուցիչ հանդես գալու վճարից հրաժարում

Ծառայություններ մատուցողները և մատակարարները, որոնք տրամադրել են խնդրո առարկա ապրանքները կամ ծառայությունները, չեն կարող որպես ներկայացուցիչ վճարվել, և պետք է ստորագրեն ստորև վճարից հրաժարվելու համար: Ներկայացուցիչները, ովքեր որոշում են հրաժարվել որպես ներկայացուցիչ վճարվելուց, նույնպես պետք է ստորագրեն ստորև:

Ես հրաժարվում եմ իմ իրավունքից՝ վարձատրվելու 1-ին բաժնում նշված անձի շահերը HHS-ի Քարտուղարի մոտ ներկայացնելու համար:

Ստորագրություն

Ստորագրման ամսաթիվը (աա/օօ/տտտտ)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4-րդ բաժին. Խնդրո առարկա ապրանքների կամ ծառայությունների դիմաց վճարումից հրաժարում

Եթե դուք ծառայություն մատուցող կամ մատակարար եք և ապրանքներ կամ ծառայություններ եք տրամադրել պացիենտին, ում շահերը ներկայացնում եք, և բողոքարկումը վերաբերում է այն հարցին՝ արդյոք դուք կամ հիվանդը իմացել եք կամ ձեզնից ողջամտորեն չէր ակնկալվում, որ պետք է իմանայիք, որ Medicare-ը չի փոխհատուցելու այդ ապրանքների կամ ծառայությունների համար:

Ես հրաժարվում եմ պացիենտից վճար գանձելու իմ իրավունքից այն ապրանքների կամ ծառայությունների համար, որոնք սույն բողոքարկման առարկա են, եթե Օրենքի §1879(a)(2) կետի համաձայն վճարման պարտավորության մասին որոշում կայացվի:

Ստորագրություն

Ստորագրման ամսաթիվը (աա/օօ/տտտտ)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Հրահանգներ

1-ին և 2-րդ բաժնի բոլոր դաշտերը պարտադիր պետք է լրացվեն (եթե նշված չեն «ըստ ցանկության»): Եթե ներկայացուցիչ նշանակող անձը կամ կազմակերպությունը չունի Medicare-ի համար կամ բուժառայություն մատուցողի ազգային նույնացուցիչ, նշեք «կիրառելի չէ»: Անցնել 42 CFR 405.910 որոշմանը: [ECFR.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-B/part-405/subpart-I/section-405.910](https://www.ecfr.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-B/part-405/subpart-I/section-405.910)

Որպես ներկայացուցիչ հանդես գալու վճարից հրաժարում 3-րդ բաժինը պետք է լրացվի, երբ ներկայացուցիչը պարտավոր է կամ համաձայնել է հրաժարվել որպես ներկայացուցիչ հանդես գալու իր վճարից: Խնդրո առարկա ապրանքների կամ ծառայությունների դիմաց վճարումից հրաժարում 4-րդ բաժինը պետք է լրացվի, եթե ծառայություն մատուցողը կամ մատակարարը, որը ապրանքներ կամ ծառայություններ է տրամադրել պացիենտին, ներկայացնում է պացիենտի շահերը և բողոքարկման մեջ քննարկվում է նրան վճարելու պարտավորության մասին հարցը (փոխհատուցման բացակայության մասին իմացությունը)՝ Օրենքի §1879(a)(2) կետի համաձայն: Անցնել 42 CFR 405.910(f)-ին:

Ներկայացուցչի նշանակումը համարվում է վավեր մեկ տարի ժամկետով՝ սկսած այն օրվանից, երբ այս ձևը ստորագրվում է ինչպես ներկայացուցիչ նշանակող անձի, այնպես էլ նշանակված ներկայացուցչի կողմից: Լրացված ձևը կարող է օգտագործվել այլ բողոքարկումների կամ գործողությունների համար՝ դրա վավերականության մեկ տարվա ընթացքում: Եթե հայտարարությունը հետ չի կանչվել, այն ուժի մեջ է մտնում հայցի, բողոքարկման, բողոքի կամ հարցման ողջ ժամկետի ընթացքում, որոնց կապակցությամբ այն ներկայացվել է:

Պացիենտների շահերը HHS-ի Քարտուղարի առջև ներկայացնելու համար վճարի գանձում

Պացիենտի փաստաբանը կամ այլ ներկայացուցիչ, ով ցանկանում է վճար գանձել HHS-ի քարտուղարությանը ներկայացված բողոքարկման հետ կապված մատուցված ծառայությունների համար (օրինակ՝ Administrative Law Judge-ի (ALJ), վարչական իրավունքի դատավոր) լուծման կամ Office of Medicare Hearings and Appeals-ի (OMHA, Medicare-ի լուծման և բողոքարկումների գրասենյակ) կողմից արբիտրաժային փաստաբանական քննություն, Medicare Appeals Council-ի (Medicare-ի բողոքարկման խորհուրդ) կողմից քննություն կամ դաշնային շրջանային դատարանից գործի վերադարձի արդյունքում OMHA-ում կամ Medicare Appeals Council-ի նկատմամբ վարույթ), պարտավոր է հաստատել վճարը՝ համաձայն 42 CFR 405.910(f)-ի:

Ներկայացուցիչը պետք է լրացնի OMHA-118 ձևը՝ «Որպես շահառուի ներկայացուցիչ հանդես գալու վարձատրության հաստատման խնդրագիր», և այն ներկայացնի՝ ALJ-ի լուծման, OMHA-ի կողմից վերանայման կամ Medicare Appeals Council-ի կողմից քննարկման հայցի հետ միասին: Վարձատրության հաստատում չի պահանջվում, եթե՝ (1) բողոքարկուի շահերը ներկայացնող անձը բուժառայություն մատուցող է կամ մատակարար, (2) վարձատրությունը գանձվում է պաշտոնական կարգավիճակով մատուցված ծառայությունների համար, օրինակ՝ որպես օրինական խնամակալ, հանձնաժողով կամ դատարանի կողմից նշանակված ներկայացուցիչ, և դատարանը հաստատել է վարձատրությունը, (3) վարձատրությունը գանձվում է դաշնային շրջանային դատարանում պացիենտի շահերը ներկայացնելու համար, կամ (4) վարձատրությունը գանձվում է վերանայման կամ կրկնակի քննության ժամանակ պացիենտի շահերը ներկայացնելու համար: Ներկայացուցիչները կարող են հրաժարվել վարձատրությունից, եթե ցանկանում են: Ձեռք բերեք OMHA-118 ձևը այստեղից՝ [HHS.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf](https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf)

Medicare-ի ապրանքներ կամ ծառայություններ տրամադրող բուժառայություն մատուցողը կամ մատակարարը, որոնք բողոքարկման առարկա են, կարող են ներկայացնել այդ պացիենտին բողոքարկման ժամանակ, սակայն բուժառայություն մատուցողը կամ մատակարարը չեն կարող որևէ վճար գանձել շահառուից՝ նրան ներկայացնելու համար: (42 CFR 405.910(f)(3):)

Վճարի հաստատում

Վարձատրության հաստատման պահանջը երաշխավորում է, որպեսզի ներկայացուցիչը արդար վճարում ստանա իր ծառայությունների համար, իսկ պացիենտների վարձավճարները ողջամիտ լինեն: OMHA-ն կամ Medicare Appeals Council-ը պահանջվող վճարը հաստատելիս հաշվի կառնեն մատուցված ծառայությունների բնույթն ու տեսակը, գործի բարդությունը, պահանջվող հմտությունների և իրավասության մակարդակը, գործի վրա ծախսված ժամանակը, ձեռք բերված արդյունքները, պահանջվող վարչական քննության մակարդակը և պահանջվող վճարի չափը:

Շահերի բախում

Ամերիկայի Միացյալ Նահանգների Օրենսգրքի XVIII Բաժնի 203, 205 և 207 կետերը քրեական պատասխանատվություն են սահմանում ԱՄՆ որոշ գործող և նախկին պաշտոնյաների և աշխատակիցների համար՝ կառավարությանն առնչվող հարցերում որոշակի ծառայություններ մատուցելու կամ ԱՄՆ-ի դեմ հայցերի հետապնդման գործում օգնություն կամ աջակցություն ցուցաբերելու համար: Շահերի բախում ունեցող անձինք չեն կարող աշխատել որպես պացիենտների ներկայացուցիչներ HHS-ում:

Ուր ուղարկել այս ձևը

Ուղարկեք այս ձևը նույն հասցեով, որտեղ ուղարկում եք բողոքը, բողոքարկումը, գանգատը կամ հայցը:

Ինչպես ստանալ օգնություն և լրացուցիչ տեղեկություններ

Եթե այս ձևի հետ կապված հարցեր ունեք, կապ հաստատեք Medicare պլանի հետ կամ գանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է գանգահարեն 1-877-486-2048:

Դուք իրավունք ունեք ստանալու Medicare-ի մասին տեղեկատվություն մատչելի ձևաչափերով, 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 [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice), կամ գանգահարեք 1-800-MEDICARE:

Paperwork Reduction Act (PRA, Փաստաթղթաշրջանառության կրճատման մասին օրենք). Համաձայն 1995 թվականի Paperwork Reduction Act-ի՝ 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: Այս տեղեկատվության հավաքման և տարածման համար անհրաժեշտ ժամանակը կազմում է 15 րոպե՝ մեկ ծանուցման համար, ներառյալ նախապես տպված ձևի ընտրությունը, դրա լրացումը և շահառուին հանձնումը: Եթե դիտողություններ ունեք ժամանակի գնահատման ճշգրտության վերաբերյալ կամ առաջարկներ՝ այս ձևի բարելավման համար, կարող եք գրել հետևյալ հասցեով՝ CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850:
