

ខ្ញុំលះបង់សិទ្ធិរបស់ខ្ញុំក្នុងការគិតថ្លៃ និងប្រមូលថ្លៃសេវាសម្រាប់ការតំណាងបុគ្គលនៅក្នុងផ្នែកទី 1 នៅចំពោះមុខលេខាធិការនៃ HHS។

ហត្ថលេខា	ថ្ងៃដែលបានចុះហត្ថលេខា (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
----------	--

ផ្នែកទី 4: ការលើកលែងការទូទាត់សម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាកម្មនៅពេលមានបញ្ហា

ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកផ្តល់សេវា ឬអ្នកផ្គត់ផ្គង់ ហើយអ្នកបានផ្តល់ទំនិញ ឬសេវាកម្មដល់អ្នកជំងឺដែលអ្នកធ្វើជាអ្នកតំណាង ប្រសិនបើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ពាក់ព័ន្ធនឹងសំណួរថាតើអ្នក ឬអ្នកជំងឺមិនបានដឹង ឬមិនអាចរំពឹងថានឹងដឹងដោយសមហេតុផលថា Medicare នឹងមិនធានារ៉ាប់រងលើទំនិញ ឬសេវាកម្មនោះទេ។

ខ្ញុំលះបង់សិទ្ធិរបស់ខ្ញុំក្នុងការប្រមូលការទូទាត់ពីអ្នកជំងឺសម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាកម្មនៅពេលមានបញ្ហានៅក្នុងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នេះ ប្រសិនបើការកំណត់នៃការទទួលខុសត្រូវក្រោមផ្នែក §1879(a)(2) នៃច្បាប់ត្រូវបានធ្វើឡើង។

ហត្ថលេខា	ថ្ងៃដែលបានចុះហត្ថលេខា (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
----------	--

ការក្តីណែនាំ

រាល់ចន្លោះទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកទី 1 និងទី 2 ត្រូវបានទាមទារ លើកលែងត្រូវបានសម្គាល់ថា “ជាជម្រើស”។ ប្រសិនបើបុគ្គល ឬអង្គភាពដែលចាត់តាំង អ្នកតំណាងមិនមានលេខ Medicare ឬលេខអត្តសញ្ញាណអ្នកផ្តល់សេវាជាតិទេ សូមបំពេញ “មិនអាចអនុវត្តបាន”។ ចូលទៅមើលបទប្បញ្ញត្តិនៅ 42 CFR 405.910៖ [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)

ការលើកលែងថ្លៃសេវាសម្រាប់ការតំណាង ផ្នែកទី 3 ត្រូវបានទាមទារនៅពេលទាមទារអ្នកតំណាង ឬបានយល់ព្រម ដើម្បីលើកលែង ឬមិនគិតថ្លៃសេវា សម្រាប់ការតំណាងរបស់ពួកគេ។ ការលើកលែងការទូទាត់សម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាកម្មនៅពេលមានបញ្ហា ផ្នែកទី 4 ត្រូវបានទាមទារ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវា ឬអ្នកផ្គត់ផ្គង់ដែលផ្តល់ទំនិញ ឬសេវាកម្មដល់អ្នកជំងឺតំណាងឱ្យអ្នកជំងឺ និងការទទួលខុសត្រូវ (ចំណេះដឹងអំពីការមិនធានារ៉ាប់រង) ក្រោម §1879(a)(2) នៃ ច្បាប់ស្ថិតនៅក្នុងបញ្ជាក្នុងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ចូលទៅកាន់ 42 CFR 405.910(f)។

ការតែងតាំងអ្នកតំណាងត្រូវបានចាត់ទុកថាមានសុពលភាពរយៈពេលមួយឆ្នាំចាប់ពីថ្ងៃដែលទម្រង់បែបបទនេះត្រូវបានចុះហត្ថលេខាដោយទាំងបុគ្គលដែល តែងតាំងអ្នកតំណាងនិងអ្នកតំណាងដែលបានតែងតាំងរួច។ ទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញរួចអាចប្រើសម្រាប់តែបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬចំណាត់ការផ្សេងទៀត ក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំដែលមានសុពលភាព។ លុះត្រាតែមានការដកហូតវិញ ការតំណាងមានសុពលភាពសម្រាប់រយៈពេលនៃការទាមទារ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងសាទុក្ខ ឬសំណើដែលត្រូវបានដាក់។

ការគិតថ្លៃសម្រាប់ការតំណាងអ្នកជំងឺនៅចំពោះមុខលេខាធិការនៃ HHS

មេធាវី ឬអ្នកតំណាងផ្សេងទៀតសម្រាប់អ្នកជំងឺ ដែលមានបំណងគិតថ្លៃសេវាដែលបានផ្តល់ជូនជាប់ទាក់ទងនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះមុខលេខាធិការ HHS (ដូចជា សវនាការរបស់ Administrative Law Judge (ALJ, ចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល) ឬការត្រួតពិនិត្យមេធាវីកាត់ក្តីដោយ Office of Medicare Hearings and Appeals (OMHA, ការិយាល័យសវនាការ និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ Medicare) ការត្រួតពិនិត្យរបស់ Medicare Appeals Council (ក្រុមប្រឹក្សាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ Medicare) ឬនីតិវិធីនៅចំពោះមុខ OMHA ឬ Medicare Appeals Council ដែលជាលទ្ធផលនៃដីកាពី តុលាការសហព័ន្ធ) តម្រូវឱ្យទទួលបានការអនុញ្ញាតលើថ្លៃសេវាស្របតាម 42 CFR 405.910(f)។

អ្នកតំណាងគួរតែបំពេញទម្រង់បែបបទ OMHA-118 "ដាក់ពាក្យដើម្បីទទួលបានការយល់ព្រមលើថ្លៃសេវាសម្រាប់ការតំណាងអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍" ហើយដាក់ វាជាមួយនឹងសំណើសម្រាប់សវនាការ ALJ ការត្រួតពិនិត្យរបស់ OMHA ឬសំណើសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យរបស់ Medicare Appeals Council។ ការយល់ព្រម លើថ្លៃសេវាមិនត្រូវបានទាមទារទេ ប្រសិនបើ៖ (1) ដើមបណ្តឹងដែលត្រូវបានតំណាងជាអ្នកផ្តល់សេវា ឬអ្នកផ្គត់ផ្គង់ (2) ថ្លៃសេវាគឺសម្រាប់សេវាដែលផ្តល់ជូនក្នុង សមត្ថភាពផ្លូវការដូចជា អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ គណៈកម្មាធិការ ឬតុលាការដែលត្រូវបានតែងតាំងជាតំណាងស្រដៀងគ្នានេះ ហើយតុលាការបានយល់ព្រម ចំពោះថ្លៃសេវាដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ (3) ថ្លៃសេវាគឺសម្រាប់តំណាងអ្នកជំងឺនៅក្នុងដំណើរការនៅក្នុងតុលាការមណ្ឌលសហព័ន្ធ ឬ (4) ថ្លៃសេវាគឺសម្រាប់ការ តំណាងឱ្យអ្នកជំងឺក្នុងការសម្រេចជាថ្មី ឬពិចារណាឡើងវិញ។ អ្នកតំណាងត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យលះបង់ថ្លៃសេវារបស់ពួកគេ ប្រសិនបើពួកគេជ្រើសរើសនោះ។ ទទួល បានទម្រង់បែបបទ OMHA-118 នៅទីនេះ៖ [HHS.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf](https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf)

អ្នកផ្តល់សេវា ឬអ្នកផ្គត់ផ្គង់ដែលបានផ្តល់ទំនិញ ឬសេវាកម្មដល់អ្នកជំងឺរបស់ Medicare ដែលជាអ្នកត្រូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អាចតំណាងឱ្យអ្នកជំងឺនោះនៅក្នុងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ប៉ុន្តែអ្នកផ្តល់សេវា ឬអ្នកផ្គត់ផ្គង់អាចមិនគិតថ្លៃអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយដែលទាក់ទងនឹងការតំណាងនោះទេ។ (42 CFR 405.910(f)(3)។

ការយល់ព្រមលើថ្លៃសេវា

លក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃការយល់ព្រមលើថ្លៃសេវាធានាបានថាអ្នកតំណាងត្រូវបានបង់ដោយស្មើភាពសម្រាប់សេវាកម្មរបស់ពួកគេ ហើយថ្លៃអ្នកជំងឺគឺសម ហេតុផល។ ក្នុងការយល់ព្រមលើថ្លៃសេវាដែលបានស្នើសុំ នោះ OMHA ឬ Medicare Appeals Council នឹងពិចារណាពីលក្ខណៈ និងប្រភេទនៃ សេវាកម្មដែលផ្តល់ជូន ភាពស្មុគស្មាញនៃករណី កម្រិតជំនាញ និងសមត្ថភាពដែលត្រូវការ រយៈពេលចំណាយលើករណីនេះ លទ្ធផលសម្រេចបាន កម្រិតនៃ ការត្រួតពិនិត្យផ្នែករដ្ឋបាលដែលចាំបាច់ និងចំនួនថ្លៃសេវាដែលស្នើសុំ។

ទំនាស់ផលប្រយោជន៍

ផ្នែកទី 203 205 និង 207 នៃចំណងជើងទី XVIII នៃក្រមរដ្ឋប្បវេណីសហរដ្ឋអាមេរិក ចាត់ទុកថាជាបទល្មើសព្រហ្មទណ្ឌសម្រាប់មន្ត្រី និង និយោជិតបច្ចុប្បន្ន និង អតីតមន្ត្រី និងអតីតនិយោជិតរបស់សហរដ្ឋអាមេរិកក្នុងការផ្តល់សេវាជាក់លាក់នៅក្នុងបញ្ហាដែលប៉ះពាល់ដល់រដ្ឋាភិបាល ឬក្នុងការធ្វើជាជំនួយ ឬជួយក្នុងការកាត់ក្តី លើការទាមទារសំណងពីសហរដ្ឋអាមេរិក។ បុគ្គលដែលមានទំនាស់ផលប្រយោជន៍នឹងត្រូវបានដកចេញពីការធ្វើជាតំណាងនៃអ្នកជំងឺនៅចំពោះមុខ HHS។

កន្លែងដែលត្រូវធ្វើទម្រង់បែបបទនេះ

ធ្វើទម្រង់បែបបទនេះទៅកាន់ទីតាំងដូចគ្នាដែលអ្នកធ្វើការទាមទារសំណង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងសាទុក្ខ ឬសំណើរបស់អ្នក។

ទទួលបានជំនួយ និងព័ត៌មានបន្ថែម

សម្រាប់សំណួរអំពីទម្រង់បែបបទនេះ សូមទាក់ទងគម្រោង Medicare របស់អ្នក ឬទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានអំពី Medicare តាមទម្រង់ដែលអាចចូលមើលបាន ដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬសំឡេង។ អ្នកក៏ មានសិទ្ធិដាក់ពាក្យបណ្តឹងផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកមានអារម្មណ៍ថាអ្នកត្រូវបានគេរើសអើង។ ចូលមើលគេហទំព័រ [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) ឬទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

Paperwork Reduction Act (PRA, ច្បាប់ស្តីពីការកាត់បន្ថយក្រដាសស្នាមការងារ)៖ យោងទៅតាមច្បាប់ Paperwork Reduction Act ឆ្នាំ 1995 គ្មានបុគ្គលណាម្នាក់ត្រូវបានតម្រូវឱ្យ ឆ្លើយតបទៅនឹងការប្រមូលព័ត៌មានទេ លុះត្រាតែវាបង្ហាញលេខត្រួតពិនិត្យ Office of Management and Budget (OMB, ការិយាល័យគ្រប់គ្រងនិងកញ្ចប់ថវិកា) ត្រឹមត្រូវ។ លេខត្រួតពិនិត្យ OMB ត្រឹមត្រូវសម្រាប់ការប្រមូលព័ត៌មាននេះគឺ 0938-0950។ រយៈពេលដែលត្រូវការដើម្បីរៀបចំ និងចែកចាយការប្រមូលនេះគឺ 15 នាទីក្នុងមួយការជូនដំណឹង រួមទាំងរយៈពេលដើម្បីជ្រើសរើសទម្រង់បែបបទដែល បានបោះពុម្ពជាថ្មី រួចបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ ហើយបញ្ជូនទៅអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍។ ប្រសិនបើអ្នកមានមតិយោបល់ទាក់ទងនឹងភាពត្រឹមត្រូវនៃការប៉ាន់ស្មានពេលវេលា ឬការផ្តល់យោបល់សម្រាប់ការកែ លម្អទម្រង់នេះ សូមសរសេរទៅកាន់ CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850។