

대리인 임명

당사자 이름	메디케어 또는 국가 의료 제공자 식별 번호
--------	-------------------------

섹션 1: 대리인 임명

대리를 원하는 당사자가 작성할 것 (즉, 메디케어 수혜자, 제공자나 공급자):

나는 이 개인 _____ 을(를) 사회보장법 타이틀 XVIII (이하 “법”) 및 법 타이틀 XI의 관련 조항에 따른 나의 청구 또는 권리 주장과 관련하여 나의 대리인 역할을 수행하도록 임명합니다. 나는 이 개인이 전적으로 나를 대신하여 어떤 요청이라도 할 수 있고, 증거를 제시하거나 이끌어 낼 수 있으며, 항소 정보를 구할 수 있고, 나의 항소와 관련된 모든 통지를 받을 수 있음을 승인합니다. 나는 나의 항소와 관련된 개인 의료 정보가 아래의 대리인에게 공개될 수 있다는 것을 이해합니다.

대리를 원하는 당사자의 서명		날짜
주소		전화번호 (지역번호 포함)
도시	주	우편 번호

섹션 2: 임명 수락

대리인이 작성할 것:

나, _____ 은(는) 위의 임명을 수락합니다. 나는 보건 복지부로부터 자격이 박탈되거나, 직무가 정지되거나, 업무가 금지된 적이 없음을 보증하고; 나는 현재 또는 전 미국 직원으로서 대리인 자격이 박탈된 적이 없으며; 모든 수수료도 장관의 검토 및 승인을 받을 수 있음을 인지합니다.

나는 _____ 입니다
(전문적 직위 또는 당사자와의 관계, 예: 변호사, 친척 등)

대리인 서명		날짜
주소		전화번호 (지역번호 포함)
도시	주	우편 번호

섹션 3: 대리 수수료 면제

지침: 대리인이 대리 수수료를 면제하도록 요구되거나 면제하기로 선택한 경우에 이 섹션을 작성해야 합니다. (수혜자를 대리하고 물품 또는 서비스를 제공하는 제공자나 공급자는 대리 수수료를 청구하지 않을 수도 있으며 이 섹션을 반드시 작성해야 합니다.)

나는 보건 복지부 장관 앞에서 _____ 을(를) 대리하는 데 대한 수수료를 청구하고 징수할 권리를 포기합니다.

서명	날짜
----	----

섹션 4: 문제가 되는 품목 또는 서비스에 대한 지불 포기

지침: 항소가 법 섹션 1879(a)(2)에 따른 책임 문제와 관련된 경우 물품 또는 서비스를 제공한 수혜자의 대리인 역할을 하는 제공자나 공급자는 이 섹션을 반드시 작성해야 합니다. (섹션 1879(a)(2)는 일반적으로 문제가 되는 품목이나 서비스가 메디케어에서 커버되지 않는다는 사실을 제공자/공급자 또는 수혜자가 몰랐거나, 알 것이라고 합리적으로 기대할 수 없었는지 여부를 다루고 있습니다.)

나는 법 § 1879(a)(2)에 따른 책임 결정이 문제가 되는 경우 이 항소에서 문제가 되는 물품 또는 서비스에 대해 수혜자로부터 지불금을 징수할 권리를 포기합니다.

서명	날짜
----	----

보건 복지부 장관 앞에서 수혜자를 대리하는 수수료 청구

보건 복지부(DHHS) 장관 앞에서 (즉, 행정법 판사(ALJ) 심리, 메디케어 항소 위원회 검토, 또는 연방 지방 법원의 환송 결과로 행정법 판사(ALJ) 또는 메디케어 항소 위원회 앞에서의 절차 등) 항소와 관련하여 제공된 서비스에 대한 수수료를 청구하려는 변호사 또는 다른 수혜자 대리인은 42 CFR § 405.910(f)에 따라 수수료 승인을 받아야 합니다.

“대리인 수수료 받기 청원” 양식에는 수수료 청원에 필요한 정보가 나와 있습니다. 이는 대리인이 작성하여 행정법 판사(ALJ) 심리 요청 또는 메디케어 항소 위원회 검토 요청과 함께 제출해야 합니다. 다음과 같은 경우에는 대리인 수수료 승인이 필요하지 않습니다: (1) 대리되는 항소인이 제공자나 공급자인 경우; (2) 수수료는 법적 후견인, 위원회 또는 이와 유사한 법원 지정 대리인과 같은 공식적인 자격으로 제공되는 서비스에 대한 것이며 법원이 문제의 수수료를 승인 한 경우; (3) 수수료가 연방 지방 법원의 소송에서 수혜자를 대리하기 위한 것인 경우; 또는 (4) 수수료가 재결정 또는 재심에서 수혜자를 대리하기 위한 것인 경우. 대리인이 수수료 면제를 원하는 경우 그렇게 할 수 있습니다. 본 양식 앞부분의 섹션 3을 해당 목적으로 사용할 수 있습니다. 일부 경우, 양식에 표시된 대로, 대리 수수료가 반드시 면제되어야 합니다.

수수료 승인

수수료 승인 요건은 대리인이 수혜자를 대신하여 보건 복지부(DHHS) 앞에 수행한 서비스에 대해 공정한 가치를 받고, 수수료가 합리적으로 책정될 것을 보장합니다. 요청된 수수료를 승인할 때 행정법 판사(ALJ) 또는 메디케어 항소 위원회는 제공되는 서비스의 본질 및 유형, 사례의 복잡성, 서비스 제공에 요구된 기술 및 역량 수준, 사례에 소요된 시간, 달성된 결과, 대리인이 항소를 수행한 행정적 검토 수준 그리고 대리인이 요청한 수수료 금액 등을 고려합니다.

이해 상충

미국법 타이틀 XVIII의 섹션 203, 205 및 207은 미국의 특정 임원, 직원 및 전직 임원, 그리고 직원이 정부에 영향을 미치는 문제에 대해 특정 서비스를 제공하거나 미국을 상대로 한 청구의 기소를 돕거나 지원하는 것을 범죄 행위로 규정합니다. 이해관계가 상충되는 개인은 보건 복지부(DHHS) 앞에서 수혜자의 대리인이 될 수 없습니다.

이 양식을 보낼 곳

보내는 곳 (혹은 이미 보낸 곳)과 동일한 위치로 이 양식을 보내십시오: (1) 항소를 제기하는 경우 항소, (2) 불만을 제기하는 경우 불만사항, 또는 (3) 초기 결심 또는 결정을 요청하는 경우 초기 결심 또는 결정.

추가 도움이 필요한 경우, 메디케어 플랜이나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)에 문의해 주십시오.

1995년 서류 감축법에 따라, 유효한 OMB 관리 번호가 표시되어 있지 않은 한 어떤 사람도 정보 수집에 응답할 필요가 없습니다. 이 정보 수집에 대한 유효한 OMB 관리 번호는 0938-0950입니다. 이 수집품을 준비하고 배포하는 데 필요한 시간은 사전 인쇄된 양식을 선택하여 작성하고 수혜자에게 전달하는 시간을 포함하여 통지당 15분입니다. 예상 시간의 정확성에 대한 의견이나 본 양식 개선을 위한 제안 등 의견이 있으시면, CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850으로 편지를 보내주십시오.