

## 代表委任書

委託方姓名	Medicare 號碼 (受益人為委託方) 或國家提供者標識符 (提供者或供應商為委託方)
-------	---

### 第 1 節：代表委任書

由委任代表的一方 (即, Medicare 受益人、提供者或供應商) 填寫：

本人委任第 2 節所載個人作為本人代表, 代為處理本人於 Social Security Act (《社保法》) (以下簡稱為「法案」) 第十八條及法案第十一條相關條款項下的索賠或聲明權利相關事宜。本人授權此人全權代表本人提出任何申請；呈示或提呈證據；獲取上訴資訊；以及接收與本人的索賠、上訴、申訴或申請有關的任何通知。本人瞭解, 與本人的申請有關的個人醫療資訊可能會披露予下方所列代表。

委任代表方簽名	日期	
街道地址	電話號碼 (附區域編碼)	
城市	州	郵遞區號
電子信箱 (選填)	傳真號碼 (選填)	

### 第 2 節：接受委任

由代表填寫：

本人, \_\_\_\_\_, 謹此接受上述委任。本人證明, 本人未被 Department of Health and Human Services (HHS, 美國衛生和公共服務部) 取消執業資格、暫停或禁止執業；本人未因現任或曾任美國政府職員而喪失成為委託方代表的資格；且本人確認, 任何費用均可能須經部長審核和批准。

本人是 \_\_\_\_\_  
(職業狀況或與委託方的關係, 例如律師、親屬等)

代表簽名	日期	
街道地址	電話號碼 (附區域編碼)	
城市	州	郵遞區號
電子信箱 (選填)	傳真號碼 (選填)	

### 第 3 節：代表費用豁免

說明：若代表選擇或被要求豁免其代表費用, 則必須填寫此部分。(請注意, 擔任受益人代表並提供用品或服務的提供者或供應商不得收取代表費用, 且必須填寫此部分。)

本人於 HHS 部長面前聲明放棄 \_\_\_\_\_ 就擔任代表索要和收取費用的權利。

簽名	日期
----	----

### 第 4 節：免除爭議用品或服務的付款

說明：若上訴涉及法案第 1879(a)(2) 條項下的法律責任爭議, 則擔任受益人代表並向其提供用品或服務的提供者或供應商必須填寫此部分。(一般而言, 第 1879(a)(2) 條旨在解決提供者/供應商或受益人均不知道或無法合理預知 Medicare 不承保爭議用品或服務的情況)。

若法案第 1879(a)(2) 條項下的法律責任釐定存在爭議, 本人放棄就此上訴中的爭議用品或服務向受益人收取費用的權利。

簽名	日期
----	----

# 說明與法規要求

## 說明

委託方姓名（必填）：這是有權提出索賠或上訴的個人或實體的姓名或名稱（擁有 Medicare 的人士、提供者或供應商姓名或名稱）。

Medicare 號碼或國家提供者標識符（必填）：若委任代表的個人或實體有 Medicare 號碼或國家提供者標識符，則須填寫此項。如果不適用，請填寫「不適用」。

除非欄位內注明為選填，否則第 1 節和第 2 節的所有欄位均為必填。請參閱 [CFR 第 42 篇第 405.910](#) 條的規定。

## 於 HHS 部長面前聲明就擔任受益人代表收取費用

律師或受益人的其他代表如希望就提供的服務收取費用，且該等服務與 HHS 部長審判的上訴（即，Administrative Law Judge (ALJ, 行政法官) 聽證會或 Office of Medicare Hearings and Appeals (OMHA, Medicare 聽證與上訴辦公室) 審裁員審查、Medicare Appeals Council (Medicare 上訴委員會) 審查，或因聯邦地方法院發回候審而由 OMHA 或 Medicare Appeals Council 審判的訴訟) 有關，則需根據 CFR 第 42 篇第 405.910(f) 條獲得批准。

表格 OMHA-118 「獲取代表受益人費用的申請書」表載有費用申請所需資訊。該表格應由代表填寫，並與 ALJ 聽證會申請、OMHA 審查申請或 Medicare Appeals Council 審查申請一併提交。在下述情況下無需就代表費用獲得批准：(1) 所代表的上訴人為提供者或供應商；(2) 有關費用為以公職身份提供的服務費用（例如，法定監護人、委員會或法院委任的類似代表的費用，且法院已批准有關爭議費用）；(3) 有關費用為在聯邦地方法院訴訟中擔任受益人代表的費用；或 (4) 有關費用為在重新裁決或重新審議時擔任受益人代表的費用。如果代表希望放棄費用，其可如此行事。表格 OMHA-118 可在以下網址找到：<https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf>

## 費用批准

要求就有關費用獲得批准，有助於確保代表就於 HHS 面前代表受益人履行的服務獲得公平價值，並且能為受益人提供保障，確保所釐定的費用合理。在批准所申請的費用時，OMHA 或 Medicare Appeals Council 將考慮所提供服務的性質和類型、案件的複雜程度、提供服務時所需的技術和能力水平、在案件中花費的時間量、達成的結果、代表處理上訴的行政審查級別，以及代表申請的費用金額。

## 利益衝突

《美國法典》第十八章第 203、205 和 207 條規定，特定美國政府官員、職員及前任官員和職員在影響政府機構的事件中提供特定服務或在針對美國政府提出的索賠檢控中提供協助或援助屬犯罪行為。存在利益衝突的個人不得在 HHS 面前擔任受益人的代表。

## 本表應寄送至何處

請將本表寄送至您即將寄送（或已經寄送）上訴（若您提出上訴）、申訴或投訴（若您提出申訴或投訴）、初始裁決或裁定（若您申請進行初始裁決或裁定）文件的相同地址。如需其他幫助，請致電 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227，TTY 使用者請致電 1-877-486-2048）或聯絡您的 Medicare 計劃。

您有權獲得無障礙格式（例如大字印刷版、盲文或音訊）的 Medicare 資訊。如果您認為自己遭受歧視，您也有權提出投訴。請造訪 <https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice>，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，以瞭解更多資訊。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

---

根據 Paperwork Reduction Act of 1995（《1995 年減少文書工作法》），除非資訊收集註明有效 Office of Management and Budget（OMB，行政管理和預算局）控制編號，否則任何人無需對此作出回應。本次資訊收集的有效 OMB 控制編號為 0938-0950。準備和分發此集合所需的時間為每份通知 15 分鐘，包括選擇預印表格、填寫表格並將其交付給受益人的時間。如果您對時間預估的準確性有意見或有關於改進此表格的建議，請致函：CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850。