

ការតែងតាំងអ្នកតំណាង

ឈ្មោះភាគី	លេខ Medicare (អ្នកទទួលបានផលជាភាគី) ឬអត្តសញ្ញាណអ្នកផ្តល់សេវាជាភាគី (អ្នកផ្តល់សេវា ឬអ្នកផ្គត់ផ្គង់ជាភាគី)
-----------	---

ផ្នែកទី 1: ការតែងតាំងអ្នកតំណាង

ដើម្បីបំពេញដោយភាគីដែលកំពុងស្វែងរកតំណាង (ឧ. អ្នកទទួលបានផល Medicare អ្នកផ្តល់សេវា ឬអ្នកផ្គត់ផ្គង់):

ខ្ញុំតែងតាំងបុគ្គលដែលមានឈ្មោះក្នុងផ្នែកទី 2 ដើម្បីដើរតួនាទីជាអ្នកតំណាងរបស់ខ្ញុំទាក់ទងនឹងការទាមទាររបស់ខ្ញុំ ឬសិទ្ធិដែលបានអះអាងក្រោមចំណងជើងទី XVIII នៃ Social Security Act (ច្បាប់សន្តិសុខសង្គម) ("ច្បាប់") និងបទប្បញ្ញត្តិពាក់ព័ន្ធនៃចំណងជើងទី XI នៃច្បាប់នេះ។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលនេះធ្វើសំណើណាមួយដើម្បីបង្ហាញ ឬដកហូតភស្តុតាង ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងដើម្បីទទួលបានការជូនដំណឹងណាមួយទាក់ទងនឹងការទាមទារ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងសាទុក្ខ ឬសំណើរបស់ខ្ញុំទាំងស្រុងជំនួសខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រផ្ទាល់ខ្លួនទាក់ទងនឹងសំណើរបស់ខ្ញុំអាចត្រូវបានបង្ហាញដល់អ្នកតំណាងដែលបានបង្ហាញខាងក្រោម។

ហត្ថលេខារបស់ភាគីដែលកំពុងស្វែងរកតំណាង	កាលបរិច្ឆេទ	
អាសយដ្ឋានផ្លូវ	លេខទូរសព្ទ (ជាមួយលេខកូដតំបន់)	
ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់
អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល (ជាជម្រើស)	លេខទូរសារ (ជាជម្រើស)	

ផ្នែកទី 2: ការទទួលយកការតែងតាំង

ត្រូវបានបញ្ចប់ដោយអ្នកតំណាង:

ខ្ញុំ ទទួលយកតាមការតែងតាំងខាងលើ។ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំមិនត្រូវបានដកហូតសិទ្ធិ ផ្អាក ឬហាមឃាត់ពីការអនុវត្តនៅចំពោះមុខ Department of Health and Human Services (HHS, ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិ) ថាខ្ញុំមិនមែនជាជនជាតិយោធិកនាពេលបច្ចុប្បន្ន ឬជាអតីតនិយោជិករបស់សហរដ្ឋអាមេរិក ដែលត្រូវបានដកសិទ្ធិពីការធ្វើជាអ្នកតំណាងរបស់ភាគី ហើយថាខ្ញុំទទួលស្គាល់ថាថ្លៃសេវាណាមួយអាចនឹងត្រូវពិនិត្យ និងយល់ព្រមដោយលេខាធិការ។

ខ្ញុំគឺ _____ (ស្ថានភាព ឬទំនាក់ទំនងវិជ្ជាជីវៈជាមួយភាគីនេះ ឧ. មេធាវី សាច់ញាតិ។ល។)

ហត្ថលេខាអ្នកតំណាង	កាលបរិច្ឆេទ	
អាសយដ្ឋានផ្លូវ	លេខទូរសព្ទ (ជាមួយលេខកូដតំបន់)	
ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់
អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល (ជាជម្រើស)	លេខទូរសារ (ជាជម្រើស)	

ផ្នែកទី 3: ការលើកលែងថ្លៃសេវាសម្រាប់ការតំណាង

សេចក្តីណែនាំ: ផ្នែកនេះត្រូវតែបំពេញ ប្រសិនបើអ្នកតំណាងត្រូវបានកម្រិតឱ្យ ឬជ្រើសរើស លើកលែងថ្លៃសេវារបស់ពួកគេសម្រាប់ការតំណាង។ (ចំណាំថា អ្នកផ្តល់សេវា ឬអ្នកផ្គត់ផ្គង់ដែលតំណាងឱ្យអ្នកទទួលបានផល និងផ្តល់ទំនិញ ឬសេវាកម្មអាចនឹងមិនគិតថ្លៃសម្រាប់ការតំណាងទេ ហើយ ត្រូវតែបំពេញផ្នែកនេះ។)

ខ្ញុំលះបង់សិទ្ធិរបស់ខ្ញុំក្នុងការគិតថ្លៃ និងប្រមូលថ្លៃសេវាសម្រាប់ការតំណាង _____ នៅចំពោះមុខលេខាធិការ HHS។

ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទ
----------	-------------

ផ្នែកទី 4: ការលើកលែងការទូទាត់សម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាកម្មដែលមានបញ្ហា

សេចក្តីណែនាំ: អ្នកផ្តល់សេវា ឬអ្នកផ្គត់ផ្គង់ដែលបម្រើការជាអ្នកតំណាងសម្រាប់អ្នកទទួលបានផលដែលពួកគេបានផ្តល់ទំនិញ ឬសេវាកម្មត្រូវតែបំពេញផ្នែកនេះ ប្រសិនបើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ពាក់ព័ន្ធនឹងសំណុំរឿងនៃការទទួលបានខុសត្រូវក្រោមផ្នែក 1879(a)(2) នៃច្បាប់។ (ផ្នែក 1879(a)(2) ជាទូទៅ និយាយថា គេអ្នកផ្តល់សេវា/អ្នកផ្គត់ផ្គង់ ឬអ្នកទទួលបានផលមិនបានដឹង ឬមិនអាចរំពឹងថានឹងដឹងដោយសមហេតុផលថា ទំនិញ ឬសេវាកម្មដែលមានបញ្ហានឹងមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare នោះទេ។)

ខ្ញុំលះបង់សិទ្ធិក្នុងការប្រមូលការទូទាត់ពីអ្នកទទួលបានផលសម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាកម្មដែលមានបញ្ហានៅក្នុងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នេះ ប្រសិនបើការកំណត់នៃការទទួលបានខុសត្រូវក្រោម §1879(a)(2) នៃច្បាប់មានបញ្ហា។

ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទ
----------	-------------

សេចក្តីណែនាំ និងតម្រូវការបទប្បញ្ញត្តិ

សេចក្តីណែនាំ

ឈ្មោះភាគី (តម្រូវ)៖ នេះគឺជាឈ្មោះរបស់បុគ្គល ឬអង្គការដែលមានជំហរដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងទាមទារ ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ (ឈ្មោះរបស់បុគ្គលដែលមាន Medicare ឬឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា ឬអ្នកផ្គត់ផ្គង់)។

លេខ Medicare ឬអត្តសញ្ញាណអ្នកផ្តល់សេវាជាតិ (តម្រូវ)៖ នេះត្រូវតែបានបំពេញនៅពេលដែលបុគ្គល ឬអង្គការដែលតែងតាំងអ្នកតំណាងមានលេខ Medicare ឬអត្តសញ្ញាណអ្នកផ្តល់សេវាជាតិ។ ប្រសិនបើមិនអាចអនុវត្តបានទេនោះ សូមបំពេញ "មិនអាចអនុវត្តបាន"។

ចន្លោះទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកទី 1 និងទី 2 គឺត្រូវបានទាមទារ លើកលែងតែត្រូវបានកត់សម្គាល់ផ្សេងទៀតនៅក្នុងចន្លោះនេះ។ សូមមើលបទប្បញ្ញត្តិនៅ [42 CFR 405.910](#)។

ការគិតថ្លៃសេវាសម្រាប់ការកំណត់អ្នកទទួលបានផលនៅចំពោះមុខលេខាធិការ HHS

មេធាវី ឬអ្នកតំណាងផ្សេងទៀតសម្រាប់អ្នកទទួលបានផល ដែលមានបំណងគិតថ្លៃសេវាសម្រាប់សេវាដែលបង្ហាញថាទាក់ទងនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះមុខលេខាធិការ HHS (ឧ. Administrative Law Judge (ALJ, សវនាការចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល) ឬការពិនិត្យមើលមេធាវីភាគីដោយ Office of Medicare Hearings and Appeals (OMHA, ការិយាល័យសវនាការ និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ Medicare) Medicare Appeals Council (ការត្រួតពិនិត្យក្រុមប្រឹក្សាឧទ្ធរណ៍របស់ Medicare) ឬដំណើរការបន្តនៅចំពោះមុខ OMHA ឬ Medicare Appeals Council ដែលជាលទ្ធផលនៃដីកាពិគុណការសហព័ន្ធ) តម្រូវឱ្យទទួលបានការយល់ព្រមលើថ្លៃសេវាសម្រាប់សេវាសម្រាប់ 42 CFR 405.910(f)។

ទម្រង់បែបបទ OMHA-118 "បណ្តឹងទាមទារដើម្បីទទួលបានការយល់ព្រមលើថ្លៃសេវាសម្រាប់ការកំណត់អ្នកទទួលបានផល" ទាញយកព័ត៌មានដែលត្រូវការសម្រាប់បណ្តឹងទាមទារថ្លៃសេវា។ នេះគួរតែត្រូវបានបំពេញដោយអ្នកតំណាង ហើយដាក់សំណើសម្រាប់សវនាការ ALJ ការត្រួតពិនិត្យ OMHA ឬសំណើសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យ Medicare Appeals Council។ ការយល់ព្រមលើថ្លៃសេវាសម្រាប់អ្នកតំណាងមិនត្រូវបានទាមទារទេ ប្រសិនបើ៖ (1) ដើមបណ្តឹងដែលត្រូវបានកំណត់ជាអ្នកផ្តល់សេវា ឬអ្នកផ្គត់ផ្គង់ (2) ថ្លៃសេវាសម្រាប់សេវាដែលបង្ហាញក្នុងសមត្ថភាពផ្លូវការដូចជា អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ គណៈកម្មាធិការ ឬគុណការដែលត្រូវបានតែងតាំងជាអ្នកតំណាងស្រដៀងគ្នា ហើយគុណការបានអនុម័តថ្លៃសេវាដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ (3) ថ្លៃសេវាសម្រាប់ការកំណត់អ្នកទទួលបានផលនៅក្នុងដំណើរការនៅក្នុងគុណការសហព័ន្ធ ឬ (4) ថ្លៃសេវាសម្រាប់ការកំណត់អ្នកទទួលបានផលក្នុងការកំណត់ឡើងវិញ ឬពិចារណាឡើងវិញ។ ប្រសិនបើអ្នកតំណាងចង់លះបង់ថ្លៃសេវា គាត់អាចធ្វើទៅបាន។ ទម្រង់បែបបទ OMHA-118 អាចរកបានតាមរយៈគេហទំព័រ៖ <https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf>

ការយល់ព្រមលើថ្លៃសេវា

តម្រូវការសម្រាប់ការយល់ព្រមលើថ្លៃសេវាគឺជានាថា អ្នកតំណាងនឹងទទួលបានតម្លៃសមរម្យសម្រាប់សេវាកម្មដែលបានអនុវត្តនៅចំពោះមុខ HHS ក្នុងនាមឱ្យអ្នកទទួលបានផល ហើយផ្តល់ឱ្យអ្នកទទួលបានផលនូវវិធានការសុវត្ថិភាពដែលថ្លៃសេវាត្រូវបានកំណត់ថាសមហេតុផល។ ក្នុងការយល់ព្រមលើថ្លៃសេវាដែលបានស្នើសុំនោះ OMHA ឬ Medicare Appeals Council នឹងពិចារណាពិលក្ខណៈ និងប្រភេទនៃសេវាកម្មដែលបង្ហាញ ភាពស្មោះត្រង់នៃការណែនាំ កម្រិតជំនាញ និងសមត្ថភាពដែលត្រូវការក្នុងការបង្ហាញសេវាកម្ម រយៈពេលចំណាយលើការណែនាំនេះ លទ្ធផលសម្រេចបាន កម្រិតនៃការត្រួតពិនិត្យរដ្ឋបាលដែលអ្នកតំណាងអនុវត្តបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងចំនួនថ្លៃសេវាដែលស្នើសុំដោយអ្នកតំណាង។

ទំនាស់ផលប្រយោជន៍

ផ្នែកទី 203 205 និង 207 នៃចំណងជើងទី XVIII នៃក្រមរដ្ឋប្បវេណីសហរដ្ឋអាមេរិកចាត់ទុកវាថាជាបទល្មើសព្រហ្មទណ្ឌសម្រាប់មន្ត្រី បុគ្គលិក និងអគ្គិសនី និងនិយោជិករបស់សហរដ្ឋអាមេរិកក្នុងការផ្តល់សេវាមួយចំនួននៅក្នុងបញ្ហាដែលប៉ះពាល់ដល់រដ្ឋាភិបាល ឬដើម្បីជំនួយ ឬជួយក្នុងការកាត់ក្តីនៃការទាមទារប្រឆាំងនឹងសហរដ្ឋអាមេរិក។ បុគ្គលដែលមានទំនាស់ផលប្រយោជន៍ត្រូវបានដកចេញពីការធ្វើជាអ្នកតំណាងរបស់អ្នកទទួលបានផលនៅចំពោះមុខ HHS។

កន្លែងដែលត្រូវផ្ញើទម្រង់បែបបទនេះ

ផ្ញើទម្រង់បែបបទនេះទៅកាន់ទីតាំងដូចគ្នា ដែលអ្នកនឹងផ្ញើ (ឬបានផ្ញើចំហើយ) របស់អ្នក៖ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ មិនថាអ្នកកំពុងដាក់បណ្តឹងដាក់ បណ្តឹងសាទុក ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ មិនថាអ្នកកំពុងដាក់បណ្តឹងសាទុក ឬបណ្តឹងដាក់ ឬសេចក្តីសម្រេច ឬការសម្រេចដំបូង មិនថាអ្នកកំពុងស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចចិត្ត ឬការសម្រេចចិត្តដំបូងនោះទេ។ ប្រសិនបើត្រូវការជំនួយបន្ថែម សូមទាក់ទង 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227 អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048) ឬគម្រោង Medicare របស់អ្នក។

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានអំពី Medicare តាមទម្រង់ដែលអាចចូលមើលបាន ដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬអ្វីដើម្បី អ្នកក៏មានសិទ្ធិដាក់ពាក្យបណ្តឹងដាក់ផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកមានអារម្មណ៍ថាអ្នកត្រូវបានគេរើសអើង ចូលមើលគេហទំព័រ <https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice> ឬទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

យោងទៅតាម Paperwork Reduction Act of 1995 (ច្បាប់ស្តីពីការកាត់បន្ថយក្រដាសស្នាមការងារឆ្នាំ 1995) គ្មានបុគ្គលណាម្នាក់ត្រូវបានតម្រូវឱ្យឆ្លើយតបទៅនឹងការប្រមូលព័ត៌មានទេ លុះត្រាតែវាបង្ហាញលេខត្រួតពិនិត្យរបស់ Office of Management and Budget (OMB, ការិយាល័យគ្រប់គ្រងនិងថវិកា) ត្រឹមត្រូវ។ លេខត្រួតពិនិត្យ OMB ត្រឹមត្រូវសម្រាប់ការប្រមូលនេះគឺ 0938-0950។ ពេលវេលាដែលត្រូវការដើម្បីរៀបចំ និងចែកចាយការប្រមូលនេះគឺ 15 នាទីក្នុងការជូនដំណឹងម្តង រួមទាំងពេលវេលាដើម្បីជ្រើសរើសទម្រង់បែបបទដែលបានបោះពុម្ពផ្សាយ បំពេញវា ហើយបញ្ជូនវាទៅអ្នកទទួលបានផល។ ប្រសិនបើអ្នកមានមតិយោបល់ទាក់ទងនឹងភាពត្រឹមត្រូវនៃការបោះពុម្ពផ្សាយពេលវេលា ឬការផ្តល់យោបល់សម្រាប់ការកែលម្អទម្រង់បែបបទនេះ សូមផ្ញើលិខិតទៅកាន់ CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850។