

委任代理人

委任人姓名	聯邦醫療保險(紅藍卡)號碼(受益人為委任人)或全國服務提供者識別碼(服務提供者或供應者為委任人)
-------	--

第 1 部分：委任代理人

由尋求代理的委任人填寫(即聯邦醫療保險(紅藍卡)受益人、服務提供者或供應者)：

茲委任此個人_____代理本人依據《社會安全法案》(以下稱「法案」)第十八篇及該法案第十一篇相關條款，處理本人提出的索賠以及行使應有的權利。本人授權此人全權代表本人提出任何要求，提供或引導證據、取得上訴資訊，以及接收與本人索賠、上訴、申訴或要求有關的任何通知。本人瞭解有關單位可能將本人所提要求的相關個人醫療資訊透露給以下所示代理人。

尋求代理的委任人簽名	日期	
街道地址	電話號碼(含區域號碼)	
城市	州	郵遞區號
電郵地址(選填)		

第 2 部分：接受委任

由代理人填寫：

本人_____謹此接受上述委任。茲證明本人未被取消、吊銷或禁止在衛生及公共服務部(HHS)面前執行業務的資格；本人未因美國政府現任或前任僱員身份而被取消代理委任人的資格；本人瞭解所有費用均須經部長審核及批准。

本人為_____ (職業狀態或與委任人的關係，如律師、親戚等)

代理人簽名	日期	
街道地址	電話號碼(含區域號碼)	
城市	州	郵遞區號
電郵地址(選填)		

第 3 部分：免除代理費

說明：若代理人須依規定或選擇免除其代理費，則必須填寫此部分內容。(註：代理受益人及提供用品或服務的服務提供者或供應者不得收取代理費；他們必須填寫此部分內容。)

本人放棄在 HHS 部長面前代理_____而收取費用的權利。

簽名	日期
----	----

第 4 部分：免除爭議用品及服務的付款

說明：若此上訴案涉及法案第 1879(a)(2) 條款的責任歸屬問題，則獲得用品或服務的受益人所委任的提供者或供應者必須填寫此部分內容。(第 1879(a)(2) 條款大體說明無論是服務提供者/供應者或受益人不知道，或是無法在合理預期下知道，聯邦醫療保險(紅藍卡)皆不會承保有爭議的用品或服務。)若依據法案第 1879(a)(2) 條款所認定的責任歸屬有爭議，本人會放棄為此上訴案之爭議用品或服務向受益人收取付款的權利。

簽名	日期
----	----

關於在 HHS 部長面前代理受益人的收費

若受益人的律師或其他代理人希望收取在 HHS 面前提供上訴案相關服務的費用 (例如：由聯邦醫療保險 (紅藍卡) 聽證及上訴辦公室 (OMHA) 提出申請的行政法官 (ALJ) 聽證或律師裁決審查、聯邦醫療保險 (紅藍卡) 上訴委員會 (Medicare Appeals Council) 審查，或因聯邦地方法院發回重審而進入 OMHA 或聯邦醫療保險 (紅藍卡) 上訴委員會審理程序)，則必須依 42 CFR 405.910(f) 規定取得費用批准。

「收取代理費申請書」(Petition to Obtain Representative Fee) 旨在取得費用申請所需的資訊。此申請書應由代理人填寫，並連同 ALJ 聽證、OMHA 審查或聯邦醫療保險 (紅藍卡) 上訴委員會審查申請書一併提出。若符合以下情況，則無須取得代理費批准：(1) 被代理的上訴人為服務提供者或供應者；(2) 代理人是以官方身份 (如法定監護人、委員會成員或其他由法院委任之代理人) 提供服務而收取費用，且法院已批准該費用；(3) 代理人代表受益人到聯邦地方法院出庭；或 (4) 代理人是代表受益人處理重新裁決或重新審議事務而收取費用。若代理人希望免除費用，他們可逕行免除。本表正面第 3 部分可作此用途。如本表所述，有些情況**必須**免除代理費。

批准費用

費用須經批准的規定可確保代理人在 HHS 面前代理受益人時，能為其提供的服務獲得合理報酬，並可透過合理費用認定來保障受益人的權益。在批准呈報的費用時，OMHA 或聯邦醫療保險 (紅藍卡) 上訴委員會將考慮服務的性質及類型、個案複雜度、提供服務所需的技術和能力、在個案中花費的時間、達到的成果、代理人提出上訴的行政審核層級，以及代理人要求的費用金額。

利益衝突

根據《美國聯邦法典》第十八篇 203、205 及 207 條款定，美國政府的部分特定官員、員工以及前任官員與員工針對可能影響美國政府的事務提供部分特定服務，或協助對美國政府提出訴訟，屬於犯罪行為。有利益衝突的個人不得在 HHS 面前代理受益人。

本表應寄往何處

若是提出上訴，請將本表寄至您即將 (或已經) 寄送上訴書的同一地址；若是提出申訴或投訴，則寄至您寄送申訴書或投訴書的同一地址；若是申請初步裁定或決定，則寄至您寄送初步裁定或決定申請書的同一地址。如需其他協助，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 或聯絡您的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃。TTY (聽力及語言障礙裝置) 使用者請撥打 1-877-486-2048。

您有權取得以輔助格式提供的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 資料，如大型字體版、盲人點字版或有聲版。若您相信自己遭到歧視，亦有權提出投訴。欲知詳情，請瀏覽 <https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html>，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

根據 1995 年《文書簡化法案》(Paperwork Reduction Act) 規定，凡未顯示有效 OMB 管制編號的資訊收集文件，可不予受理。本資訊收集文件的有效 OMB 管制編號為 0938-0950。每次接到通知時，準備及發放本資訊收集文件需時 15 分鐘，包括選擇預印表格、填表及遞交給受益人的時間。若您對預估時間的正確性或如何改進表格有任何建議，請寫信至 CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850。