

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 部份：委任代理人

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

茲委任第 2 部份列名的個人為本人代理人依據《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，處理本人提出的索償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，提供或索求證據，取得上訴資訊，以及接收與本人索償、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料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）	傳真號碼（選填）	

第 2 部份：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；本人未因具有美國政府現任或前任員工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核准。

本人為 _____
(職業身分或與委任人的關係，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）	傳真號碼（選填）	

第 3 部份：免除代理費

說明：若代理人須依規定或選擇免除其代理費，則必須填寫此部份。

(註：代表受益人且提供用品或服務的服務提供者或供應者不可收取代理費，且必須填寫此部份。)

本人放棄在 HHS 部長面前為代理 _____ 而收取費用的權利。

簽名	日期
----	----

第 4 部份：免除爭議用品及服務的付款

說明：若上訴案涉及法案第 1879(a)(2) 節的法律責任問題，則獲得用品或服務之受益人所委任的服務提供者或供應者必須填寫此部份。(第 1879(a)(2) 節概括規範了服務提供者 / 供應者或受益人不知道或無法在合理預期下知道聯邦醫療保險（紅藍卡）將不承保這些爭議用品或服務的情形。)

若依據法案第 1879(a)(2) 節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
----	----

說明及規範要求

說明

委任人姓名 (必填)：此為有資格提出索償或上訴的個人姓名或實體名稱 (擁有聯邦醫療保險 (紅藍卡) 的個人姓名，或服務提供者 / 供應者的名稱)。

聯邦醫療保險 (紅藍卡) 號碼或全國服務提供者識別碼 (必填)：若委任代理人的個人或實體擁有聯邦醫療保險 (紅藍卡) 號碼或全國服務提供者識別碼，則必須填寫。若不適用，請填寫 “not applicable”。

除非欄位內註明選填，否則第 1 及第 2 部份的所有欄位都必須填寫。請見 [42 CFR 405.910](#) 所列規範。

在 HHS 部長前代表受益人行事而收取代理費

若受益人的律師或其他代理人希望收取在 HHS 部長面前提供上訴案相關服務的費用 (例如：由 Medicare 聽證及上訴辦公室 (OMHA) 進行的行政法官 (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) 的審查，或因聯邦地方法院發回重審而進入 OMHA 或 Medicare 上訴委員會審理程序)，則必須依 42 CFR 405.910 (f) 規定取得費用核准。

表格 OMHA-118 《收取代理費核准申請書》(Petition to Obtain Approval of a Fee for Representing) 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，則無須取得代理費核准：(1) 被代理的上訴人是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，且法院已核准該費用；(3) 代理人是為了代表受益人到聯邦地方法院出庭而收取該費用；或 (4) 代理人是為了代表受益人處理重新裁定或重新審議事務而收取該費用。若代理人欲免除費用，可自行免除。表格 OMHA-118 可見於 <https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf>

費用核准

有關費用核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。在核准呈報的費用時，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、個案的複雜程度、提供服務所需的技術和能力、處理個案所花費的時間、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 節，美國政府的部份特定官員、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份特定服務，或協助對美國政府提出訴訟，屬於刑事犯罪。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，TTY 聽力及語言障礙裝置使用者請致電 1-877-486-2048)，或聯絡您的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃。

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。若您覺得自己遭到歧視，亦有權提出投訴。欲知詳情，請瀏覽 <https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice>，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 聽力及語言障礙裝置使用者可以致電 1-877-486-2048。

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。準備及發放本資訊收集文件所需時間為每份通知 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。