

## Назначение представителя

Наименование стороны	Номер участника Medicare (сторона – получатель льгот) или национальный идентификационный номер поставщика (сторона – поставщик медицинских услуг или изделий)
----------------------	---

### Раздел 1: Назначение представителя

**Для заполнения стороной, которой требуется представитель (т. е. получателем льгот Medicare или поставщиком медицинских услуг или изделий):**

Настоящим я назначаю данное лицо, \_\_\_\_\_, своим представителем в связи с моим страховым требованием или отстаиванием моих прав в соответствии со Статьей XVIII Закона о социальном обеспечении (здесь и далее – «Закон») и соответствующих положений Статьи XI Закона. Настоящим я уполномочиваю данное лицо делать запросы; предоставлять и требовать предоставления доказательств; получать информацию по апелляциям; а также получать уведомления в связи с поданным мною страховым требованием, апелляцией, жалобой или запросом от моего имени. Я понимаю, что указанному ниже представителю может быть раскрыта личная медицинская информация, имеющая отношение к моему запросу.

Подпись стороны, которой требуется представитель		Дата
Адрес		Телефон (с кодом города)
Город	Штат	Почтовый индекс
Адрес электронной почты (необязательно)		

### Раздел 2: Принятие назначения

**Заполняется представителем:**

Настоящим я, \_\_\_\_\_, принимаю вышеуказанное назначение. Я подтверждаю, что являюсь правоспособным, что моя деятельность не приостанавливалась и не запрещалась Министерством здравоохранения и социального обеспечения (HHS), что, являясь в настоящем или прошлом служащим государственного учреждения Соединенных Штатов, я не лишен права действовать в качестве представителя стороны и что я также понимаю, что любое вознаграждение может подлежать проверке и утверждению министром.

Я являюсь \_\_\_\_\_  
(профессия или отношение к стороне, например, адвокат, родственник и т. д.)

Подпись представителя		Дата
Адрес		Телефон (с кодом города)
Город	Штат	Почтовый индекс
Адрес электронной почты (необязательно)		

### Раздел 3: Отказ от вознаграждения за представительство

**Инструкции: Данный раздел необходимо заполнить, если представитель должен или желает отказаться от вознаграждения за представительство.** (Примите к сведению, что поставщики медицинских услуг или изделий, представляющие интересы получателя льгот и предоставившие услуги или изделия, не могут требовать вознаграждения за представительство и **должны** заполнить данный раздел.)

Я отказываюсь от права требовать и получать вознаграждение за представление интересов \_\_\_\_\_ перед министром здравоохранения и социального обеспечения.

Подпись	Дата
---------	------

## Раздел 4: Отказ от оплаты оспариваемых услуг или изделий

**Инструкции:** Поставщики медицинских услуг или изделий, выступающие в качестве представителя получателя льгот, которому они предоставили услуги или изделия, должны заполнить данный раздел, если апелляция затрагивает вопросы ответственности в соответствии с пунктом 1879(a)(2) Закона. (Пункт 1879(a)(2) имеет отношение к ситуациям, когда поставщик медицинских услуг или изделий или получатель льгот не знал или когда не было разумных оснований ожидать его осведомленности в том, что оспариваемые услуги или изделия не будут покрываться страховкой Medicare.) Я отказываюсь от права взимать плату с получателя льгот за оспариваемые в данной апелляции услуги или изделия, если предметом обсуждения является определение ответственности в соответствии с пунктом 1879(a)(2) Закона.

Подпись

Дата

### Взыскание платы за представление интересов получателей льгот перед министром здравоохранения и социального обеспечения

Адвокат или другой представитель получателя льгот, намеревающийся взыскать вознаграждение за услуги, оказанные в связи с подачей апелляции министру здравоохранения и социального обеспечения (т. е. в связи со слушанием судьей по административным делам (ALJ), рассмотрением арбитром Управления слушаний и апелляций Medicare (OMHA), рассмотрением Апелляционным советом Medicare (MAC) или разбирательством, проводимым OMHA или MAC в результате передачи дела из федерального окружного суда), обязан получить утверждение вознаграждения согласно параграфу 405.910(f) раздела 42 Свода федеральных постановлений США (CFR).

В форме «Прошение на получение вознаграждения за представительство» представлена информация, необходимая для подачи прошения на получение вознаграждения. Представитель должен заполнить эту форму и подать ее вместе с запросом на слушание судьей по административным делам, рассмотрением Управлением слушаний и апелляций Medicare или рассмотрением Апелляционным советом Medicare. Утверждение вознаграждения за представительство не требуется: (1) если стороной, подающей апелляцию и интересы которой представляются, является поставщик услуг или изделий; (2) если вознаграждение требуется за услуги, оказанные в официальном порядке, например, официальным опекуном, попечителем или другим представителем, назначенным судом, при утверждении судом обсуждаемого вознаграждения; (3) если вознаграждение требуется за представление интересов получателя льгот на процессе в федеральном окружном суде или (4) если вознаграждение требуется за представление интересов получателя льгот при пересмотре или повторном рассмотрении дела. Если представитель намерен отказаться от вознаграждения, он может это сделать. Для этого можно использовать Раздел 3 на лицевой стороне данной формы. В некоторых случаях, как указано в данной форме, от вознаграждения за представление **необходимо** отказаться.

### Утверждение вознаграждения

Требование об утверждении вознаграждения гарантирует, что представитель получит справедливую оплату услуг по представлению интересов получателя льгот в Министерстве здравоохранения и социального обеспечения, и предоставляет получателю льгот гарантию того, что размер вознаграждения установлен в разумных пределах. При утверждении запрашиваемого вознаграждения OMHA или MAC принимает во внимание характер и вид оказанных услуг, сложность дела, уровень квалификации и профессионализма, необходимый для оказания услуг, время, затраченное на данное дело, достигнутые результаты, уровень пересмотра решения, до которого представитель довел апелляцию, и размер вознаграждения, запрашиваемого представителем.

### Конфликт интересов

Согласно пунктам 203, 205 и 207 раздела XVIII Свода законов США, определенные должностные лица, сотрудники, бывшие должностные лица и бывшие сотрудники учреждений Соединенных Штатов совершают уголовное преступление, предоставляя определенные услуги по вопросам, касающимся Правительства, или оказывая помощь или содействие при ведении судебных дел по искам против Соединенных Штатов. При наличии конфликта интересов лицо не может представлять получателя льгот в Министерстве здравоохранения и социального обеспечения.

## Куда отправлять данную форму

Отправьте эту форму по тому же адресу, куда вы отправляете (или уже отправили): свою апелляцию, если вы подаете апелляцию; жалобу, если вы подаете жалобу; запрос о принятии предварительного решения или постановления, если вы подаете такой запрос. Если вам нужна дополнительная помощь, обратитесь к представителям своего страхового плана Medicare или позвоните по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователей телетайпа (TTY) просим звонить по номеру 1-877-486-2048.

Вы имеете право получить информацию о программе Medicare в доступном формате, например, набранную крупным шрифтом или шрифтом Брайля, а также в виде аудиозаписи. У вас также есть право подать жалобу, если вы считаете, что подвергались дискриминации. Пройдите по ссылке <https://www.cms.gov/about-cms/agency-Information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html>, или позвоните по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) для получения дополнительной информации.

---

Согласно Закону о снижении бумажного документооборота от 1995 года, никто не обязан реагировать на запрос о сборе сведений, если на нем отсутствует действительный контрольный номер OMB. Действительный контрольный номер OMB для данного запроса о сборе сведений – 0938-0950. Для подготовки и передачи сведений требуется 15 минут (на каждое уведомление), включая время, требуемое для выбора предварительно напечатанной формы, заполнения и доставки ее получателю. Если у вас есть комментарии, касающиеся точности оценки требуемого времени, или предложения по улучшению данной формы, пожалуйста, отправьте их письмом по адресу: CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Форма CMS-1696 (ред. 08/18)