

Pagtatalaga ng Kinatawan

Pangalan ng Partido	Numero sa Medicare (benepisyaryo bilang partido) o Pambansang Numero para sa Identipikasyon ng Tagabigay ng Serbisyo (National Provider Identifier) (tagabigay ng serbisyo o tagabigay ng kailangan bilang partido)
---------------------	---

Seksiyon 1: Pagtatalaga ng Kinatawan

Kokompletuhin ng partidong naghahanap ng kinatawan (hal., benepisyaryo sa Medicare, tagabigay ng serbisyo o tagabigay ng kailangan):

Itinatalaga ko ang indibidwal na ito, _____, upang kumilos bilang aking kinatawan kaugnay ng aking hinihingi (claim) o pinaninindigang karapatan sa ilalim ng Titulo XVIII ng Batas ng Seguridad Panlipunan (Social Security Act, ang "Batas") at mga kaugnay na probisyon ng Titulo XI ng Batas. Pinahihintulutan ko ang indibidwal na ito na gumawa ng anumang hiling; magbigay o humingi ng katibayan; kumuha ng impormasyon sa mga pag-apela; at tumanggap ng anumang abiso kaugnay ng aking hinihingi, apela, reklamo o hiling sa aking ngalan. Nauunawaan ko na puwedeng sabihin ang personal na impormasyong medikal na may kaugnayan sa aking hiling sa kinatawan na nakasaad sa ibaba.

Lagda ng Partidong Humihiling ng Kinatawan	Petsa	
Numero ng Address at Kalye	Numero ng Telepono (kasama ang Area Code o Kodigo ng Lugar)	
Lungsod	Estado	Zip Code
Email Address (opsiyonal)		

Seksiyon 2: Pagtanggap sa Pagtatalaga

Kokompletuhin ng kinatawan:

Tinatanggap ko, _____, ang nasabing pagtatalaga. Aking pinatutunayan na hindi pa ako nadiskwalipikado, naspindi o napagbawalan sa trabaho sa harap ng Departamento ng mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao (Department of Health and Human Services, HHS); na ako ay hindi nadiskwalipikado, bilang kasalukuyan o dating empleyado ng Estados Unidos, sa pag-akto bilang kinatawan ng partido; at kinikilala ko na ang anumang bayad ay posibleng maisailalim sa pagrerepaso at pag-aaprubang Kalihim.

Ako ay isang _____
(Katayuang propesyonal o relasyon sa partido, hal. abogado, kamag-anak, atbp.)

Lagda ng Kinatawan	Petsa	
Numero ng Address at Kalye	Numero ng Telepono (kasama ang Area Code o Kodigo ng Lugar)	
Lungsod	Estado	Zip Code
Email Address (opsiyonal)		

Seksiyon 3: Pagpapaubaya ng Singil (Waiver of Fee) para sa Pagkakatawan

Mga Instruksiyon: Kailangang kompletuhin ang seksiyon na ito kung kailangan, o kung pinipili ng kinatawan na ipaubaya ang kanilang singil para sa pagkakatawan. (Tandaan na ang mga tagabigay ng serbisyo [provider]o tagabigay ng kailangan [supplier], na siyang kumakatawan sa benepisyaryo at nagbigay ng mga bagay o serbisyo, ay hindi puwedeng maningil para sa pagkakatawan at **kailangang** kompletuhin ang seksiyong ito.)

Ipinaubaya ko ang aking karapatan na maningil at mangolekta ng bayad para sa pagkakatawan _____ sa harap ng Kalihim ng HHS.

Seksiyon 4: Pagpapaubaya ng Bayad (Waiver of Payment) para sa Pinagtatalunang Mga Bagay o Serbisyo

Mga Instruksiyon: Kailangan kompletuhin ang seksiyong ito ng mga tagabigay ng serbisyo o tagabigay ng kailangan, na nagsisilbi bilang kinatawan para sa benepisyaryo ng mga bagay o serbisyo na ipinagkaloob nila, kung kinasasangkutan ang apela ng problema sa pananagutan sa ilalim ng seksiyon 1879(a)(2) ng Batas. (Sa pangkalahatan, tinatalakay ng Seksiyon 1879(a)(2) kung hindi alam, o hindi makatwirang maasahan na malaman ng tagabigay ng serbisyo/tagabigay ng kailangan o benepisyaryo, na hindi sasakupin ng Medicare ang mga bagay o serbisyo na tinatalakay.) Ipinaubaya ko ang aking karapatan na mangolekta ng bayad mula sa benepisyaryo para sa pinagtatalunang mga bagay o serbisyo sa apelang ito kung ang pinagtatalunan ay ang pagpapasya ukol sa pananagutan sa ilalim ng §1879(a)(2) ng Batas.

Pagsingil ng Mga Bayad para sa Pagkatawan ng Mga Benepisyaryo sa Harap ng Kalihim ng HHS

Kailangang makakuha ng pag-aaprubang sa pagbabayad, ayon sa 42 CFR §405.910(f), ang isang abogado, o iba pang kinatawan ng benepisyaryo, na gustong maningil ng bayad para sa mga ginawang serbisyo na may kaugnayan sa pag-apela sa harap ng Kalihim ng HHS (kung baga, ito ay pagdinig ng Hukom ng Batas Administratibo (Administrative Law Judge, ALJ) o pagrerepaso ng abogadong tagapagpasya (attorney adjudicator) ng Opisina ng Medicare sa mga Pagdinig at Apela (Office of Medicare Hearings and Appeals, OMHA), pagrerepaso ng Konseho ng mga Apela sa Medicare (Medicare Appeals Council), o paglilitis sa harap ng OMHA o ng Konseho ng mga Apela sa Medicare (Medicare Appeals Council) bilang resulta ng muling paglilitis mula sa pederal na korte ng distrito).

Nagbibigay ang form na, "Petisyon para Makakuha ng Bayad para sa Kinatawan (Petition to Obtain Representative Fee)" ng kinakailangang impormasyon para sa petisyon para sa pagbabayad. Kailangan itong kompletuhin ng kinatawan at ipasa kasama ng hiling para sa pagdinig ng ALJ, pagrerepaso ng OMHA, o sa hiling para sa pagrerepaso ng Medicare Appeals Council. Hindi kailangan ang pag-aprubang para sa pagbabayad ng kinatawan kapag: (1) ang tagabigay ng serbisyo o tagabigay ng kailangan ang umaapela; (2) ang bayad ay para sa mga serbisyong nagawa sa ilalim ng opisyal na kapasidad, tulad ng pagiging legal na tagapatnubay, komite, o kinatawan na itinalaga ng kahalintulad na korte at inaprubahan ng korte ang pinagtatalunang pagbabayad; (3) ang bayad ay para sa pagkatawan ng benepisyaryo sa paglilitis sa pederal na korte ng distrito; o (4) ang bayad ay para sa pagkatawan ng benepisyaryo sa muling pagpapasya o pagsasaalang-alang. Kung gustong ipaubaya ng kinatawan ang bayad, puwede niyang gawin ito. Puwedeng gamitin para sa gayong layunin ang Seksiyon III na nasa harap ng form na ito. Sa ilang pagkakataon, tulad ng nakasaad sa form, **kailangang** ipaubaya ang bayad para sa pagkatawan

Pag-aaprubang ng Bayad

Tinitiyak ng pagtatakda sa pag-aaprubang ng bayad na makatatanggap ang kinatawan ng makatarungang halaga para sa serbisyong ginawa sa harap ng HHS sa ngalan ng benepisyaryo, at bibigyan ang benepisyaryo ng kasiguruhan na makatwiran ang mga bayad. Sa pag-aaprubang sa hiniling na bayad, isasaalang-alang ng OMHA o ng Medicare Appeals Council ang katangian at uri ng serbisyong ginawa, kasalimuotan ng kaso, kinakailangang antas ng kasanayan at kakayahan para maipagkaloob ang mga serbisyo, haba ng panahon na iginugol sa kaso, mga resultang natamo, antas ng administratibong pagrerepaso kung saan dinala ng kinatawan ang apela at ang halaga ng bayad na hiniling ng kinatawan.

Magkasalungat na Interes

Ginawa ng Seksiyon 203, 205 at 207 ng Titulo XVIII ng Kodigo ng Estados Unidos na kriminal na kasalanan para sa ilang opisyal, empleyado at dating opisyal at empleyado ng Estados Unidos ang pagkaloob ng ilang tiyak na mga serbisyo na makaaapekto sa Pamahalaan o ang pagtulong o pag-alalay sa pag-uusig ng mga hiling na bayad (claim) laban sa Estados Unidos. Hindi puwedeng maging kinatawan ng mga benepisyaryo sa harapan ng HHS ang mga indbidwal na may kasalungat na interes.

Kung Saan Ipadadala ang Form na Ito

Ipadala ang form na ito sa parehong lugar kung saan ninyo ipadadala (o naipadala na) ang inyong: apela kung maghahain kayo ng apela, karaingan o reklamo kung maghahain kayo ng karaingan o reklamo, unang pasya o desisyon kung humihiling kayo ng unang pasya o desisyon. Kung kailangan ng karagdagang tulong, kumontak sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o sa inyong planong Medicare. Sa mga gumagamit ng TTY, tumawag sa 1-877-486-2048.

May karapatan kayong makakuha ng impormasyong Medicare sa magagamit na format, kaya ng malalaking print, Braille, o audio. May karapatang din kayong magsumite ng reklamo kapag nakaranas kayo ng diskriminasyon. Bisitahin ang <https://www.cms.gov/about-cms/agency-Information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html>, o tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para sa karagdagang impormasyon.

Ayon sa Batas ng Pagbabawas ng Papeles (Paperwork Reduction Act) noong 1995, walang sinuman ang kailangang sumagot sa pagkolekta ng impormasyon maliban na lamang kung magpakita ito ng may bisang OMB control number. Ang may bisang OMB control number para sa impormasyong ito ay 0938-0950. Ang kailangang oras para sa paghahanda at pamamahagi ng koleksiyong ito ay 15 minuto kada abiso, kabilang na ang oras sa pagpili ng naunang nailimbag na form, pagkompleto nito at pagdadala nito sa benepisyaryo. Kung mayroon kayong mga komento o puna tungkol sa kawastuhan ng tinatayang oras o mungkahi para sa pagpapabuti ng form na ito, pakisulatan ang CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Form CMS-1696 (Rev 08/18)