

Mẫu Đơn Chỉ Định Người Đại Diện

Xin sử dụng mẫu đơn này để chỉ định người đại diện thay mặt cho quý vị để nộp thỉnh cầu, khiếu nại, than phiền hoặc yêu cầu. Khi ký tên vào mẫu đơn này và chỉ định người đại diện này, quý vị đồng ý rằng người đại diện sẽ là người liên lạc chính và có thẩm quyền đưa ra các yêu cầu, trình những bằng chứng, nhận thông tin, và nhận tất cả mọi thông tin liên lạc về việc khiếu kiện của quý vị. Người này có thể xem thông tin y tế cá nhân của quý vị. **Phải điền tất cả các mục trong Phần 1 và 2 trừ những mục được đánh dấu là không bắt buộc.**

Phần 1: Thông tin về người chỉ định người đại diện

Bệnh nhân, nhà cung cấp dịch vụ hoặc người khác muốn chỉ định người đại diện phải hoàn tất phần này.

Tên	Số Medicare hoặc Số Nhận Diện Quốc Gia Của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ (NPI)	
Địa chỉ nhận thư	Số điện thoại (với mã vùng) () -	
Thành phố	Tiểu bang	Mã số vùng
Email (không bắt buộc)	Số fax (không bắt buộc) () -	
Chữ ký	Ngày ký tên (tháng/ngày/năm) / /	

Phần 2: Thông tin về người đại diện

Người đại diện phải hoàn tất phần này.

Tên của người đại diện		
Nghề nghiệp hoặc mối quan hệ với người được nhắc đến trong Phần 1 (luật sư, người thân, v.v...)		
Địa chỉ nhận thư	Số điện thoại (với mã vùng) () -	
Thành phố	Tiểu bang	Mã số vùng
Email (không bắt buộc)	Số fax (không bắt buộc) () -	

Khi ký tên bên dưới, quý vị đồng ý sẽ là người đại diện và chứng nhận rằng quý vị vẫn chưa bị Bộ Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sinh (Department of Health and Human Services, HHS) tước quyền, đình chỉ, hoặc nghiêm cấm hành nghề, nếu không sẽ bị tước quyền làm người đại diện. Bộ trưởng có thể phải xem xét và chấp thuận bất kỳ khoản phí nào mà người đại diện yêu cầu được chi trả. Nếu quý vị tính phí, xin xem những chỉ dẫn trên trang 2.

Chữ ký	Ngày ký tên (tháng/ngày/năm) / /
--------	-------------------------------------

Người đại diện phải hoàn tất các phần bên dưới, nếu áp dụng (xin xem những chỉ dẫn ở trang 2)

Phần 3: Miễn lệ phí khi làm người đại diện

Các nhà cung cấp dịch vụ và nhà phân phối đã cung cấp các vật dụng và dịch vụ đang gặp vấn đề không thể tính phí khi làm người đại diện và phải ký tên bên dưới để từ bỏ việc thu lệ phí. Những người đại diện chọn từ bỏ việc thu lệ phí khi làm người đại diện cũng phải ký tên ở bên dưới. **Tôi xin từ bỏ quyền tính và thu lệ phí khi đại diện cho người được nhắc đến ở Phần 1 trước Bộ trưởng của Bộ Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sinh.**

Chữ ký	Ngày ký tên (tháng/ngày/năm) / /
--------	-------------------------------------

Phần 4: Miễn nhận thanh toán cho các vật dụng hoặc dịch vụ đang gặp vấn đề

Nếu quý vị là nhà cung cấp dịch vụ hoặc nhà phân phối và quý vị đã cung cấp các vật dụng và dịch vụ cho bệnh nhân, là người mà quý vị đang đại diện cho, nếu đơn khiếu nại liên quan đến một câu hỏi mà quý vị hoặc bệnh nhân không biết, hoặc không thể mong đợi một cách hợp lý là sẽ biết được rằng Medicare sẽ không đài thọ cho các vật dụng hoặc dịch vụ. **Tôi từ bỏ quyền được nhận khoản thanh toán từ bệnh nhân cho các thiết bị hoặc dịch vụ đang gặp vấn đề trong đơn khiếu nại này nếu việc xác định trách nhiệm theo mục §1879(a)(2) của Đạo luật được thực hiện.**

Chữ ký	Ngày ký tên (tháng/ngày/năm) / /
--------	-------------------------------------

Các Chỉ dẫn và Yêu cầu của Luật định

Chỉ dẫn

Phải điền tất cả các mục trong Phần 1 và 2 trừ những mục được đánh dấu là “không bắt buộc”. Nếu một cá nhân hay cơ quan đang thực hiện việc chỉ định người đại diện không có số Medicare hoặc Số Nhận Diện Quốc Gia Của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ, xin điền là “không áp dụng.” Xem phần luật định tại 42 CFR 405.910: [ECFR.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-B/part-405/subpart-I/section-405.910](https://www.ecfr.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-B/part-405/subpart-I/section-405.910)

Phải điền vào Phần 3 Miễn Lệ phí khi làm người Đại diện khi người đại diện được yêu cầu, hoặc đã đồng ý, miễn hoặc không tính lệ phí khi làm người đại diện. Phải điền vào Phần 4 Miễn nhận Thanh toán cho các Vật dụng hoặc Dịch vụ đang gặp Vấn đề nếu nhà cung cấp dịch vụ hoặc nhà phân phối đã cung cấp các vật dụng hoặc dịch vụ cho bệnh nhân, đang đại diện cho bệnh nhân và đang có vấn đề về trách nhiệm (biết về việc không được đòi thọ) theo phần §1879(a)(2) của Đạo luật theo đơn khiếu nại. Xin xem phần 42 CFR 405.910(f).

Việc chỉ định người đại diện được xem là có hiệu lực trong vòng một năm kể từ ngày mà người thực hiện việc chỉ định người đại diện và người được chỉ định là người đại diện ký tên vào mẫu đơn này. Có thể sử dụng mẫu đơn đã được điền đầy đủ cho những khiếu nại hoặc việc khiếu kiện khác trong thời hạn có hiệu lực của mẫu đơn, là một năm. Trừ khi bị thu hồi, việc đại diện có hiệu lực trong suốt thời gian tiến hành đơn thỉnh cầu, khiếu nại, than phiền, hoặc yêu cầu đã được nộp.

Việc tính phí khi đại diện cho bệnh nhân trước Bộ Trưởng Bộ Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sinh

Một luật sư, hoặc người đại diện khác cho bệnh nhân, muốn tính phí cho các dịch vụ đã được cung cấp có liên quan đến đơn khiếu nại trước Bộ Trưởng Bộ Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sinh (thí dụ như buổi điều trần với Thẩm Phán Luật Hành Chánh (Administrative Law Judge, ALJ) hoặc buổi xét xử của thẩm phán điều giải của Văn phòng Điều trần và Khiếu nại trong chương trình Medicare (Office of Medicare Hearings and Appeals, OMHA), buổi xem xét với Hội Đồng Phúc Thảm của Medicare, hoặc thủ tục trước OMHA hoặc Hội Đồng Phúc Thảm của Medicare khi tòa sơ thẩm liên bang yêu cầu điều tra thêm), phải được sự chấp thuận để thu phí theo 42 CFR 405.910(f).

Người đại diện phải hoàn thành mẫu đơn OMHA-118, “Đơn Xin Chấp thuận để Thu Lệ Phí Làm Người Đại diện cho người Thụ hưởng” và nộp cùng với yêu cầu cho buổi điều trần với ALJ, buổi xét xử với OMHA, hoặc yêu cầu cho buổi xem xét với Hội Đồng Phúc Thảm của Medicare. Không cần phê duyệt khoản lệ phí nếu: (1) người khiếu nại đang được đại diện là nhà cung cấp dịch vụ hoặc nhà phân phối; (2) lệ phí cho các dịch vụ được cung cấp với tư cách chính thức là người giám hộ hợp pháp, ủy ban, hay người đại diện được tòa án chỉ định tương tự, và tòa án đã chấp thuận khoản lệ phí; (3) lệ phí khi đại diện cho bệnh nhân trong quá trình khiếu kiện tại tòa sơ thẩm liên bang; hoặc (4) lệ phí khi làm người đại diện cho bệnh nhân khi yêu cầu quyết định lại hoặc xem xét lại. Người đại diện được phép miễn lệ phí nếu họ muốn. Tải xuống mẫu đơn OMHA-118 tại đây: [HHS.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf](https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf)

Nhà cung cấp dịch vụ hoặc nhà phân phối đã cung cấp các vật dụng và dịch vụ cho bệnh nhân Medicare là đối tượng trong đơn khiếu nại có thể đại diện cho bệnh nhân đó trong quá trình khiếu nại, nhưng nhà cung cấp dịch vụ hoặc nhà phân phối không được tính bất kỳ khoản phí nào có liên quan đến việc làm người đại diện cho người thụ hưởng. (42 CFR 405.910(f)(3).)

Phê duyệt khoản lệ phí

Việc yêu cầu phải phê duyệt khoản lệ phí nhằm bảo đảm rằng người đại diện được trả công xứng đáng cho các dịch vụ mà họ cung cấp và khoản lệ phí hợp lý cho bệnh nhân. Khi phê duyệt một khoản phí được yêu cầu, OMHA hoặc Hội Đồng Phúc Thảm Medicare sẽ xem xét bản chất và loại dịch vụ được cung cấp, độ phức tạp của trường hợp, mức độ về kỹ năng và năng lực cần thiết, thời gian cần để xử lý trường hợp, các kết quả đạt được, mức độ cần xem xét về mặt hành chánh, và số tiền lệ phí được yêu cầu.

Mâu thuẫn về lợi ích

Các phần 203, 205 và 207 trong Mục XVIII của Bộ Luật Hoa Kỳ ấn định tội hình sự cho một số viên chức và nhân viên hiện tại và trước đây của Hoa Kỳ khi cung cấp một số dịch vụ nhất định trong các vấn đề ảnh hưởng đến chính phủ hoặc để hỗ trợ hoặc giúp đỡ trong việc truy tố các khiếu nại chống lại Hoa Kỳ. Các cá nhân có mâu thuẫn về lợi ích sẽ không được làm người đại diện cho bệnh nhân trước Bộ Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sinh.

Nơi để gửi mẫu đơn này

Xin gửi mẫu đơn này đến cùng địa điểm mà quý vị gửi thỉnh cầu, đơn khiếu nại, than phiền, hoặc yêu cầu.

Để nhận sự trợ giúp & thông tin bổ sung

Nếu quý vị có thắc mắc về mẫu đơn này, xin liên lạc với chương trình Medicare của quý vị hoặc gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Thành viên sử dụng máy TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

Quý vị có quyền nhận thông tin của Medicare ở một định dạng có thể truy cập, như chữ in khổ lớn, chữ nổi braille, hoặc đĩa thu âm. Quý vị cũng có quyền nộp đơn than phiền nếu quý vị cảm thấy rằng quý vị đã bị phân biệt đối xử. Xin vào trang mạng [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice), hoặc gọi số 1-800-MEDICARE để biết thêm thông tin.

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, là một chương trình Medicare Advantage có hợp đồng với Medicare và Medi-Cal. Việc ghi danh vào chương trình CalOptima Health OneCare tùy thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. Xin gọi văn phòng Dịch Vụ CalOptima Health OneCare ở số miễn phí **1-877-412-2734** (TTY **711**), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Xin vào trang mạng của chúng tôi tại www.caloptima.org/OneCare.

Đạo luật Giảm thiểu Giấy tờ: Theo Đạo Luật Giảm Thiểu Giấy Tờ năm 1995, không có người nào được yêu cầu phải trả lời cho việc thu thập thông tin trừ khi trên đó cho thấy một số kiểm soát hợp lệ của Văn Phòng Kiểm Soát và Ngân Sách (OMB). Số kiểm soát OMB hợp lệ cho sự thu thập thông tin này là 0938-0950. Thời gian cần để chuẩn bị và phân phối thông tin thu thập là 15 phút cho mỗi thông báo, bao gồm thời gian chọn mẫu đơn được in sẵn, hoàn tất mẫu đơn và gửi mẫu đơn cho người thụ hưởng. Nếu quý vị có nhận xét nào về tính chính xác của sự ước tính thời gian hoặc đề nghị để cải thiện mẫu đơn này, xin gửi thư đến CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.