

委任代理人

委任人姓名 <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>	Medicare號碼（受益人為委任人）或全國服務提供者識別號碼（服務提供者或供應者為委任人） <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>
--	---

第 1 節：代表委任書

由尋求代理的委任人填寫（例如 Medicare 受益人、保健業者或供應者）：

本人委任第二部份之個人作為本人的代理人處理索賠相關事宜或行使社會安全法案（Social Security Act，簡稱「法案」）第 XVIII 條主張的權利及法案第 XI 條相關條款。本人授權此人完全代替我可提出任何請求、呈交或取得證據、取得上訴資訊以及收取與本人有關的索賠、上訴、申訴或請求的任何通知。本人了解，與我請求相關的個人醫療資訊可披露給以下所述的代理人。

尋求代理的委任人簽名 <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>		日期 <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>
街道地址 <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>		電話號碼（連同區域號碼） <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>
市 <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>	州 <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>	郵遞區號 <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>
電子郵件地址（選填） <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>		傳真號碼（選填） <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>

第 2 節：接受委任

由代表填寫：

本人 _____，謹此接受委任。本人證明，本人沒有被美國衛生與民眾服務部（Department of Health and Human Services, HHS）取消、吊銷執業資格或禁止執業；作為美國現任或前任僱員，本人沒有被取消擔任當事方代表的資格；並且本人承認任何費用都須經過部長的審查及批准。

本人為 _____
（職業或與委任人之關係，如律師、親戚等）

代理人簽名 <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>		日期 <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>
街道地址 <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>		電話號碼（連同區域號碼） <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>
市 <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>	州 <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>	郵遞區號 <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>
電郵地址（選填） <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>		傳真號碼（選填） <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>

第 3 節：免除代理費

說明：如代理人依規定或選擇免除代理費，則必須填寫此部份。（註：代表受益人及提供物品或服務的保健業者或供應者不可收取代理費並且必須填寫此部份。）

本人免除收取面對 HHS 部長時代表 _____ 的費用之權利。

簽名 <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>	日期 <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>
---	---

第 4 節：免除爭議中物品及服務的費用

說明：若上訴案涉及「法案」第 1879(a)(2)節條款的法律責任問題，則提供物品或服務給受益人的保健業者或供應者，作為其代理人，必須填寫此部份。（第 1879(a)(2)節條款一般是針對保健業者、供應者或受益人不知道或無法在合理期望下知道 Medicare 可能不承保爭議中物品或服務的情況。）

如法案第§1879(a)(2)節中的責任判定有爭議，本人免除向受益人收取與此上訴案爭議中物品或服務的費用之權利。

簽名 <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>	日期 <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>
---	---

指示與法規規定

填寫說明

當事方姓名（必填）：這是有權提出索賠或上訴的個人或實體的姓名（擁有 Medicare 的人士、服務提供者或供應者姓名）。

Medicare 編號或全國服務提供者識別號碼（必填）：若代理人或實體有 Medicare 號碼或國家保健業者識別號碼，則須填寫此檔。如果不適用，請填寫「不適用」。

除非在欄位內注明為選填，否則第 1 部分和第 2 部分的所有欄位均須填寫。請參閱 [42 CFR 405.910](#) 的法規。

代表受益人面對 HHS 部長時的收費

如受益人的律師或其他代理人希望在面對 HHS 部長時的上訴案中為所提供的服務收取費用（例如面對由 Medicare 聽證會和上訴辦公室 (Office of Medicare Hearings and Appeals, OMHA)、Medicare 上訴委員會 (Medicare Appeals Council) 審查的行政法官 (Administrative Law Judge, ALJ) 聽證會或律師評論員，或者從聯邦地區法院發還的 OMHA 或 Medicare 上訴委員會訴訟程序），必須依照 42 CFR 405.910(f) 規定取得費用的批准。

表格 OMHA-118 「取得代理費申請書」(Petition to Obtain Approval of a Fee for Representing a Beneficiary) 指出提交代理費申請所需的資訊。此表格應由代理人填寫連同 ALJ 聽證會、OMHA 審查或 Medicare 上訴委員會之審查申請一起提出。以下情形無須取得代理費批准：(1) 所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、委員會成員或類似法院指定代理人）提供服務而收取費用且法院已批准該項爭議費用；(3) 代理人是代表聯邦地區法院訴訟受益人而收取費用；或(4) 代理人是為代表重新裁決或重新審核的受益人而收取費用。如代理人希望免除費用，他或她可隨時免除。OMHA-118 表格位於以下網址：
<https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf>

批准收費

費用需獲批准的規定可確保代理人在代表受益人面對 HHS 時可為所提供的服務獲得合理報酬，並且提供受益人一個保障措施，確保該費用合理。在批准申請的費用時，OMHA 或 Medicare 上訴委員會將考慮所提供服務的性質及類型、個案複雜度、提供服務所需的技術與能力層級、在個案中花費的時間、達到的結果、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

依照《美國聯邦法典》(United States Code) 第 XVIII 條 203、205 和 207 節條款規定，美國部份官員與僱員以及前任官員與僱員為部份事務提供服務時對政府造成影響，或在針對美國政府的訴訟中提供幫助和協助，皆視同犯罪行為。有利益衝突的個人不得代理受益人面對 HHS。

此表格要寄送地

若是提出上訴，請將表格寄到上訴書正要（或已經）寄往的相同地址；若是提出上訴、申訴或投訴則寄到上訴書寄往的相同地址；若是要求原先判決或裁決，則寄到該要求寄往的相同地址。如果需要其他協助，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227，聽障及語障電話專線使用者請致電 1-877-486-2048)，或您的 Medicare 計劃。

您有權以殘障人士使用的格式獲取一份 Medicare 資訊，比如大字體、盲文或音頻。如果您認為自己被歧視，您也有權提起投訴。如需更多資訊，請前往 <https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice>，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障及語障電話專線使用者請致電 1-877-486-2048。

根據 1995 年《文書減省法令》(Paperwork Reduction Act, PRA)，除非顯示有效的管理與預算局 (Office of Management and Budget, OMB) 控制編號，否則不得要求任何人員收集資訊。本次收集的有效 OMB 控制編號為 0938-0950。準備及分發此收集資訊表為每份 15 分鐘，包括選擇預先列印、填寫表格並將其送達受益人的時間。如果您有任何關於時間預估的準確性或建議改進本表格的意見，請寫信至 CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850。