

НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

Имя (наименование) стороны	Номер участника программы 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 по программе Medicare либо поставщиком медицинских услуг или изделий):

Настоящим я назначаю лицо, указанное в разделе 2, 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 соответствующими положениями 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 (улица и дом)		Телефон (с кодом города)
Город	Штат	Почтовый индекс
Адрес электронной почты (необязательно)		Номер факса (необязательно)

Раздел 2. Принятие назначения

Заполняется представителем:

Настоящим я, _____, принимаю вышеуказанное назначение. Я подтверждаю, что являюсь правоспособным; что моя профессиональная деятельность не приостанавливалась и не запрещалась Министерством здравоохранения и социального обеспечения (HHS); что в том случае, если я являюсь или был в 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 здравоохранения и социального обеспечения.

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

Подпись представителя		Дата
Адрес (улица и дом)		Телефон (с кодом города)
Город	Штат	Почтовый индекс
Адрес электронной почты (необязательно)		Номер факса (необязательно)

Раздел 3. Отказ от вознаграждения за представительство

Инструкция: данный раздел необходимо заполнить, если представитель должен или желает отказаться от вознаграждения за представительство (примите к сведению, что поставщики услуг или изделий, представляющие интересы получателя льгот и предоставившие изделия или услуги, не могут требовать вознаграждения за представительство и **обязаны 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

Инструкция: поставщики услуг или изделий, выступающие в качестве представителя получателя льгот, которому они предоставили услуги или изделия, должны заполнить данный раздел, если эта апелляция затрагивает вопросы ответственности в соответствии с пунктом 1879(a)(2) Закона. (Пункт 1879(a)(2) применим к ситуациям, когда поставщик услуг/изделий или получатель льгот не знал — или когда не было разумных оснований ожидать его осведомленности — что продукция или услуги не будут покрываться программой Medicare).

Я отказываюсь от права взимать плату с получателя льгот за оспариваемые в данной апелляции услуги или изделия, если предмет обсуждения является определением ответственности в соответствии с §1879(a)(2) Закона.

Подпись	Дата
---------	------

ИНСТРУКЦИЯ И УСТАНОВЛЕННЫЕ ЗАКОНОМ ТРЕБОВАНИЯ

Инструкция

Имя и фамилия (наименование) стороны (обязательно): имя физического лица или имя (наименование) юридического лица, которое имеет право подать страховое требование или апелляцию (имя лица, участвующего в программе Medicare, или имя (наименование) поставщика услуг или изделий).

Номер участника программы Medicare или национальный идентификационный номер поставщика (обязательно): необходимо заполнить, если физическое или юридическое лицо, назначающее представителя, имеет номер участника программы Medicare или национальный идентификатор поставщика услуг. Если неприменимо в данном случае, укажите «неприменимо» (not applicable).

Все поля в разделах 1 и 2 подлежат заполнению, если не отмечено, что они необязательные. См. [параграф 405.910 раздела 42 Свода федеральных постановлений США \(CFR\)](#).

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 OMHA-118 «Прошение об утверждении вознаграждения за представление интересов получателя льгот» 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, рассмотрение Управлением слушаний и апелляций Medicare (OMHA) или рассмотрение Апелляционным советом Medicare. Утверждение вознаграждения за представительство не требуется, если: (1) сторона, подающая апелляцию и интересы которой представляются, является поставщиком услуг или изделий; (2) вознаграждение требуется за услуги, оказанные в официальном порядке, например, официальным опекуном, попечителем или другим представителем, назначенным судом, при утверждении судом обсуждаемого вознаграждения; (3) вознаграждение требуется за представление интересов получателя льгот на процессе в федеральном окружном суде, или (4) вознаграждение требуется за представление интересов получателя льгот при пересмотре решения или повторном рассмотрении дела. Если представитель намерен отказать от вознаграждения, он может это сделать. Форму OMHA-118 можно получить по ссылке <https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf>

Утверждение вознаграждения

Требование об утверждении вознаграждения гарантирует, что представитель получит справедливую оплату услуг по представлению интересов получателя льгот перед Министерством здравоохранения и социального обеспечения, и предоставляет получателю льгот гарантию того, что размер вознаграждения установлен в разумных пределах. При утверждении запрашиваемого вознаграждения OMHA или Апелляционный совет Medicare 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 сотрудники и должностные лица 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 направить эту 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 первоначального решения, если вы подаете такой запрос. Если вам нужна дополнительная помощь, обратитесь по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, пользователям телетайпа TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048) или к представителям своего страхового плана Medicare.

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.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice> или позвоните по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) для получения дополнительной информации. Пользователи телетайпа (TTY) могут звонить по номеру 1-877-486-2048.

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.