

如果您希望指定一位家庭成員、朋友或者您信任的人士代表您行事來向第一保健提出例外處理、上訴或投訴要求，您與您選擇的個人均須填寫並簽署「指定代表表格」。請瞭解，除非撤銷代表指定，代表指定的有效日期為簽名日期起一年。

請填寫您的全名（名字和姓氏）

請填寫您的第一保健ID號碼

第一部份 | 指定代表

- 提供您指定作為您代表的人士的全名。在本部份簽名並註明日期，並且填寫您的地址、電話號碼和電子郵件地址。
- 請瞭解，透過指定該人士作為您的代表行事，您授予其法律權限來獲取您與此項要求相關的健康資料。

第二部份 | 接受指定

- 如果您給予授權可代表您行事的個人同意此項代表指定，該個人必須填寫本部份。請為我們提供您的全名、您的身份（例如律師）或與會員／參保者的關係。請務必簽名、註明日期並填寫本部份的其他項目。

第三部份 | 代表費用的豁免

- 您的代表（您的醫生或服務提供者除外）可為代表您而向您收取費用；但如果代表希望豁免費用，代表需要在本部份簽名並註明日期。
- 請注意，如果您的醫生或服務提供者作為您的代表行事，代表不能為代表您而向您收取費用，而且代表必須簽署本部份。

第四部份 | 爭議項目或服務付款的豁免

- 僅需在您的醫生或服務提供者作為您的代表行事的情況下填寫本部份。您的醫生或服務提供者完成本部份則表示，如代表您提出要求，代表同意放棄為老人醫療保險不予承保的服務向您開具賬單的權利。

請將已完成的表格寄回或傳真至第一保健：

醫療護理相關上訴與投訴

Healthfirst Health Plan, Inc.
Appeals and Grievances Unit
P.O. Box 5166, New York, NY 10274-5166

處方相關例外處理、裁定與重新裁定

CVS Caremark Part D Services
MC 109
P.O. Box 52000, Phoenix, AZ 85072-2000
傳真：1-855-633-7673

您也可以每週七天每天24小時上網獲得表格。如果您尚未設立賬戶，請至 zh.MyHFNY.org 設立您的第一保健安全賬戶，今天就開始充分利用您的福利！如果您有任何疑問或需要幫助，請致電您會員／參保者ID卡背面的會員服務部／參保者服務部電話號碼。如需面對面幫助，您可來訪離您最近的第一保健社區辦公室。

指定代表表格

指定代表一方姓名	老人醫療保險號碼（如受益人為指定代表一方）或 全美醫療服務提供者識別號碼（如服務提供者或服務供應商為指定代表一方）
----------	--

第一部份：指定代表

以下由想要指定代表的一方（即老人醫療保險受益人、服務提供者或供應商）填寫：

本人指定此人士_____作為本人的代表，代為處理本人的費用申報或行使根據社會安全法案（以下簡稱法案）第XVIII條款及法案第XI條款相關條文所擁有的權利。本人授權該人士全權代表本人提出任何要求、呈證或舉證、獲取上訴資訊及接收與本人的費用申報、上訴、申訴或要求相關的任何通知。本人理解，與本人的要求相關的個人醫療資訊可能會向下列代表披露。

想要指定代表的一方簽名	日期	
街道地址	電話號碼（須填寫區號）	
城市	州	郵遞區號
電子郵件地址（選填）		

第二部份：接受指定

以下由代表填寫：

本人_____在此接受上列指定。本人證明，本人沒有被衛生部（Health and Human Services，簡稱HHS）取消資格、停權或禁止執業；本人沒有因為是美國政府的現有或先前僱員的原因而不符合資格擔任該指定代表一方的代表；並且本人認識到任何收費均可能需要衛生部長審查與核准。

本人是一名_____（職業身份或與指定代表一方的關係，例如律師、親屬等）

代表簽名	日期	
街道地址	電話號碼（須填寫區號）	
城市	州	郵遞區號
電子郵件地址（選填）		

第三部份：代表費用的豁免

說明：如果代表必須或選擇豁免其作為代表的費用，則必須填寫本部份。（請注意，代表受益人並提供爭議中的項目或服務的服務提供者或供應商不得因為此項代表事宜收取費用，並且必須填寫本部份。）

本人放棄為代表_____向衛生部長提出上訴而收取費用的權利。

簽名	日期
----	----

第四部份：爭議項目或服務付款的豁免

說明：如果上訴涉及法案第1879(a)(2)條款所規定的責任問題，向受益人提供爭議中的項目或服務並擔任該受益人代表的服務提供者或供應商必須填寫本部份。（第1879(a)(2)條款籠統針對的是服務提供者／供應商或受益人並不知道或者不能合理地期待他們知道爭議中的項目或服務不能得到聯邦老人醫療保險的承保。）如果法案第§1879(a)(2)條款所規定責任的裁定有爭議，本人放棄向受益人收取本次上訴所涉及的項目或服務的費用。

簽名	日期
----	----

為代表受益人向衛生部長提出上訴而收取費用

如果律師或受益人的其他代表希望對向衛生部長提出的上訴（即行政法官（Administrative Law Judge，簡稱ALJ）聽證或由聯邦老人醫療保險聽證與上訴辦公室（Office of Medicare Hearings and Appeals，簡稱OMHA）進行的律師裁判官審查、聯邦老人醫療保險上訴委員會（Medicare Appeals Council，簡稱MAC）審查或聯邦地區法院發回聯邦老人醫療保險聽證與上訴辦公室或聯邦老人醫療保險上訴委員會重審的案件）收取費用，則必須根據聯邦法規彙編第42篇第405.910(f)節（42 CFR 405.910(f)）取得核准。

名稱為「Petition to Obtain Representative Fee」（要求收取代表費用的訴狀）的表格列舉了收費訴狀所必需的資料。該表格必須由代表填寫，與行政法官聽證、聯邦老人醫療保險聽證與上訴辦公室審查的要求或聯邦老人醫療保險上訴委員會審查的要求一起遞交。如果(1)所代表的上訴人是服務提供者或供應商；(2)費用是以法定監護人、委員會或類似的法庭指定代表等官方身份所提供的服務而收取並且法庭已經核准該費用；(3)費用是以代表受益人在聯邦地區法院提出上訴的服務而收取；或者(4)費用是代表受益人提出重新裁定或覆核要求而收取，則無需得到核准。如果代表打算豁免費用，則該代表盡可豁免。本表格正面的第三部份可用於該目的。在某些情況下，如表格中所指明，代表收費**必須**免除。

收費的核准

收費必須得到核准的規定確保代表能夠為其代表受益人在衛生部提供的服務得到公平的價值回報，並為受益人提供保障，確保所收費用的合理。在核准所要求的收費時，聯邦老人醫療保險聽證與上訴辦公室或聯邦老人醫療保險上訴委員會將會考慮到所提供服務的性質與類型、案件的複雜程度、提供服務所需要的技能水平、代理案件所花費的時間、取得的結果、代表代理上訴的行政審查層級以及代表所提出的收費金額。

利益衝突

美國法典第XVIII章第203、205與207條規定，美國政府的某些官員、僱員、前官員與前僱員在涉及美國政府的事務中提供服務或在針對國家的索償起訴中提供幫助或協助為犯罪行爲。有利益衝突的人士不得在衛生部的上訴中代表受益人。

表格遞交何處

如果您要提出上訴請將此表格送到您遞交（或已經遞交）您的上訴要求的地方，如果您要提出申訴或投訴請將此表格送到您遞交（或已經遞交）您的申訴或投訴要求的地方，或者如果您要求初始裁定或決定請將此表格送到您遞交（或已經遞交）您要求初始裁定或決定要求的地方。如需額外幫助，請致電 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）或與您的老人醫療保險計劃聯絡。聽力語言殘障服務用戶請致電TTY 1-877-486-2048。

您有權以您可使用的格式（如大字印本、盲文或語音）取得聯邦老人醫療保險資訊。如果您認為自己遭到歧視，您亦有權提出投訴。請瀏覽網站 <https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html> 或致電 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）以瞭解更多資訊。

根據1995年減少文書法案，除非文書顯示有效的聯邦管理與預算辦公室（OMB）控制號碼，否則任何人均無需對收集資訊的要求作出回應。本資訊收集文書的有效OMB控制號碼為0938-0950。準備並發出本文書的時間規定是每份通知15分鐘，包括選擇預印表格、填妥表格並遞送給受益人的時間。如果您有關於時間估計準確性的意見或改進本表格的建議，請寫信至：CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850。