

ការតែងតាំងតំណាង

ឈ្មោះភាគី	លេខ Medicare (អ្នកទទួលបានផលជាភាគី) ឬលេខសម្គាល់អ្នកផ្តល់សេវាថ្នាក់ជាតិ (អ្នកផ្តល់សេវា ឬអ្នកផ្តល់ផ្តល់ជាភាគី)
-----------	---

ផ្នែកទី 1: ការតែងតាំងតំណាង

ត្រូវបំពេញដោយភាគីដែលស្វែងរកតំណាង (ឧ. អ្នកទទួលបានផល Medicare អ្នកផ្តល់សេវា ឬអ្នកផ្តល់ផ្តល់)

ខ្ញុំតែងតាំងបុគ្គលដែលមានឈ្មោះក្នុងផ្នែកទី 2 ដើម្បីដើរតួជាអ្នកតំណាងរបស់ខ្ញុំទាក់ទងនឹងការទាមទាររបស់ខ្ញុំ ឬសិទ្ធិដែលបានអះអាងនៅក្រោមចំណងជើងទី XVIII នៃច្បាប់ស្តីពីសន្តិសុខសង្គម ("ច្បាប់") និងបទប្បញ្ញត្តិពាក់ព័ន្ធនៃចំណងជើងទី XI នៃច្បាប់។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលនេះធ្វើសំណើណាមួយ បង្ហាញឬដកហូតសុំសេវា ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងដើម្បីទទួលបានការជូនដំណឹងណាមួយទាក់ទងនឹងការទាមទារ បណ្តឹងតវ៉ា បណ្តឹងសារទុក ឬសំណើរបស់ខ្ញុំទាំងស្រុងជំនួសឱ្យខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រផ្ទាល់ខ្លួនទាក់ទងនឹងសំណើរបស់ខ្ញុំអាចត្រូវបានបង្ហាញដល់តំណាងដែលបានបង្ហាញខាងក្រោម។

ហត្ថលេខារបស់ភាគីស្វែងរកតំណាង	កាលបរិច្ឆេទ	
អាសយដ្ឋានផ្លូវ	លេខទូរសព្ទ (ជាមួយលេខកូដតំបន់)	
ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដហត្ថិប
អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល (ស្រេចចិត្ត)	លេខទូរសារ (ស្រេចចិត្ត)	

ផ្នែកទី 2: ការទទួលយកការតែងតាំង

ត្រូវបំពេញដោយតំណាង:

ខ្ញុំ សូមទទួលយកការណាត់ជួបខាងលើ។ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំមិនត្រូវបានដកហូតសិទ្ធិ ព្យួរ ឬហាមឃាត់ពីការអនុវត្តនៅចំពោះមុខក្រសួងសេវាសុខាភិបាល និងប្រជាជន (HHS) ថាបច្ចុប្បន្ន ខ្ញុំមិនមែនជានិយោជិត ឬអតីតបុគ្គលិករបស់សហរដ្ឋអាមេរិក ដែលត្រូវបានដកសិទ្ធិក្នុងការធ្វើជាតំណាងរបស់ភាគីហើយថាខ្ញុំទទួលស្គាល់ថាថ្ងៃសេវាណាមួយអាចនឹងត្រូវពិនិត្យ និងអនុម័តដោយលេខាធិការ។

ខ្ញុំ _____
(ស្ថានភាពវិជ្ជាជីវៈ: ឬទំនាក់ទំនងជាមួយភាគី ឧ. មេធាវី សាច់ញាតិ ។ល។)

ហត្ថលេខាតំណាង	កាលបរិច្ឆេទ	
អាសយដ្ឋានផ្លូវ	លេខទូរសព្ទ (ជាមួយលេខកូដតំបន់)	
ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដហត្ថិប
អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល (ស្រេចចិត្ត)	លេខទូរសារ (ស្រេចចិត្ត)	

ផ្នែកទី 3: ការលះបង់ថ្លៃសេវាសម្រាប់ការតំណាង

ការណែនាំ: ត្រូវតែបំពេញផ្នែកនេះ ប្រសិនបើតំណាងត្រូវបានតម្រូវឱ្យ ឬជ្រើសរើស លះបង់ថ្លៃសេវារបស់ពួកគេសម្រាប់ការតំណាង។ (ចំណាំថា អ្នកផ្តល់សេវា ឬអ្នកផ្តល់ផ្តល់ដែលតំណាងឱ្យអ្នកទទួលបានផល ហើយបានផ្តល់គ្រឿងបរិក្ខារ ឬសេវាកម្មអាចនឹងមិនគិតថ្លៃសម្រាប់ការតំណាង ហើយត្រូវតែបំពេញផ្នែកនេះ។)

ខ្ញុំលះបង់សិទ្ធិក្នុងការគិតថ្លៃ និងប្រមូលថ្លៃសេវាសម្រាប់ការតំណាងឱ្យ _____ នៅចំពោះមុខលេខាធិការនៃ HHS។

ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទ
----------	-------------

ផ្នែកទី 4: ការលះបង់ការទូទាត់សម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាកម្មដែលមានបញ្ហា

ការណែនាំ: អ្នកផ្តល់សេវា ឬអ្នកផ្តល់ផ្តល់ដែលបម្រើជាតំណាងសម្រាប់អ្នកទទួលបានផលដែលពួកគេបានផ្តល់ទំនិញ ឬសេវាកម្មត្រូវតែបំពេញផ្នែកនេះ ប្រសិនបើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ពាក់ព័ន្ធនឹងសំណួរនៃការទទួលខុសត្រូវក្រោមផ្នែក 1879(a)(2) នៃច្បាប់។ (ផ្នែក 1879(a)

(2) ជាទូទៅដោះស្រាយថាតើអ្នកផ្តល់សេវា/អ្នកផ្តល់ផ្តល់ ឬអ្នកទទួលបានផលមិនបានដឹង ឬមិនអាចរំពឹងថា នឹងដឹងដោយសមហេតុផលចាំទំនិញ ឬសេវាកម្មដែលមានបញ្ហានឹងមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medicare ទេ។)

ខ្ញុំលះបង់សិទ្ធិក្នុងការប្រមូលការទូទាត់ពីអ្នកទទួលបានផលសម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាកម្មដែលមានបញ្ហានៅក្នុងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នេះ ប្រសិនបើការកំណត់នៃការទទួលខុសត្រូវក្រោម 91879(a)(2) នៃច្បាប់មានបញ្ហា។

ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទ
----------	-------------

ការណែនាំ និងតម្រូវការបទប្បញ្ញត្តិ

ការណែនាំ

ឈ្មោះភាគី (តម្រូវ)៖ នេះគឺជាឈ្មោះរបស់បុគ្គល ឬស្ថាប័នដែលមានជំហរក្នុងការប្តឹងតវ៉ា ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ (ឈ្មោះរបស់អ្នកដែលមាន Medicare ឬឈ្មោះរបស់អ្នកផ្តល់សេវា ឬអ្នកផ្គត់ផ្គង់)។

លេខ Medicare ឬលេខសម្គាល់អ្នកផ្តល់សេវាថ្នាក់ជាតិ (តម្រូវ)៖ ត្រូវតែបំពេញ នៅពេលដែលបុគ្គល ឬស្ថាប័នដែលតែងតាំងតំណាងមានលេខ Medicare ឬលេខសម្គាល់អ្នកផ្តល់សេវាថ្នាក់ជាតិ។ ប្រសិនបើមិនអាចអនុវត្តបាន សូមបំពេញ "មិនអាចអនុវត្តបាន"។

កន្លែងបញ្ជូលទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកទី 1 និងទី 2 គឺត្រូវបានតម្រូវឱ្យបំពេញ លើកលែងតែត្រូវបានសម្គាល់ថា ស្រេចចិត្តនៅក្នុងកន្លែងបញ្ជូល។ សូមមើលបទប្បញ្ញត្តិនៅ [42 CFR 405.910](#)។

ការគិតថ្លៃសេវាសម្រាប់ការតំណាងអ្នកទទួលបានផលនៅចំពោះមុខលេខាធិការនៃ HHS

មេធាវី ឬអ្នកតំណាងផ្សេងទៀតសម្រាប់អ្នកទទួលបានផល ដែលមានបំណងគិតថ្លៃសេវាដែលផ្តល់ពាក់ព័ន្ធនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នៅចំពោះមុខលេខាធិការនៃ HHS (ឧ. សវនាការចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល (ALJ) ឬការត្រួតពិនិត្យមេធាវីដោយការិយាល័យសវនាការ Medicare និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ (OMHA) ការត្រួតពិនិត្យរបស់ក្រុមប្រឹក្សាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ Medicare ឬដំណើរការបន្តនៅចំពោះមុខ OMHA ឬក្រុមប្រឹក្សាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ Medicare ដែលជាលទ្ធផលនៃដីកាពីតុលាការសហព័ន្ធ) តម្រូវឱ្យទទួលបានការយល់ព្រមលើថ្លៃសេវាសម្រាប់តាម 42 CFR 405.910(f)។

ទម្រង់បែបបទ OMHA-118 "ញត្តិដើម្បីទទួលបានការអនុម័តលើថ្លៃសេវាសម្រាប់ការតំណាងអ្នកទទួលបានផល" ទាញយកពីតំណាងដែលត្រូវការសម្រាប់ញត្តិថ្លៃសេវា។ ទម្រង់បែបបទនេះគួរតែត្រូវបានបំពេញដោយអ្នកតំណាង ហើយដាក់សំណើសម្រាប់សវនាការ ALJ ការត្រួតពិនិត្យ OMHA ឬសំណើសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យក្រុមប្រឹក្សាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ Medicare។ ការអនុម័តលើថ្លៃសេវារបស់តំណាងមិនត្រូវបានទាមទារទេ ប្រសិនបើ៖ (1) ដើមបណ្តឹងដែលត្រូវបានតំណាងដោយអ្នកផ្តល់សេវា ឬអ្នកផ្គត់ផ្គង់។ (2) ថ្លៃសេវាសម្រាប់សេវាដែលបង្ហាញក្នុងសមត្ថភាពផ្លូវការដូចជា អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ គណៈកម្មាធិការ ឬតុលាការដែលត្រូវបានតែងតាំងជាតំណាងស្រដៀងគ្នា ហើយតុលាការបានអនុម័តថ្លៃសេវានៅក្នុងសំណុំរឿង។ (3) ថ្លៃសេវាសម្រាប់តំណាងអ្នកទទួលបានផលនៅក្នុងដំណើរការនៅក្នុងតុលាការសហព័ន្ធ ឬ (4) ថ្លៃសេវាសម្រាប់តំណាងអ្នកទទួលបានផលក្នុងការកំណត់ឡើងវិញ ឬពិចារណាឡើងវិញ។ ប្រសិនបើតំណាងចង់លះបង់ថ្លៃសេវាគាត់អាចធ្វើដូច្នោះបាន។ ទម្រង់បែបបទ OMHA-118 អាចត្រូវបានរកឃើញនៅ <https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf>

ការអនុម័តថ្លៃសេវា

តម្រូវការសម្រាប់ការអនុម័តថ្លៃសេវាធានាថា អ្នកតំណាងនឹងទទួលបានតម្លៃសមរម្យសម្រាប់សេវាកម្មដែលបានអនុវត្តនៅចំពោះមុខ HHS ក្នុងនាមអ្នកទទួលបានផល ហើយផ្តល់ឱ្យអ្នកទទួលបានផលនូវវិធានការសុវត្ថិភាពដែលថ្លៃសេវាត្រូវបានកំណត់ថាសមហេតុផល។ ក្នុងការអនុម័តថ្លៃសេវាដែលបានស្នើសុំ OMHA ឬ ក្រុមប្រឹក្សាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ Medicare នឹងពិចារណាពីលក្ខណៈ និងប្រភេទនៃសេវាកម្មដែលបង្ហាញ ភាពស្មុគស្មាញនៃករណី កម្រិតជំនាញ និងសមត្ថភាពដែលត្រូវការក្នុងការបង្ហាញសេវាកម្ម រយៈពេលចំណាយលើករណីនេះ លទ្ធផលសម្រេចបាន កម្រិតនៃការត្រួតពិនិត្យរដ្ឋបាលដែលអ្នកតំណាងអនុវត្តបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងចំនួនថ្លៃសេវាដែលស្នើសុំដោយតំណាង។

ទំនាស់ផលប្រយោជន៍

ផ្នែកទី 203, 205 និង 207 នៃចំណងជើងទី XVIII នៃក្រមរបស់សហរដ្ឋអាមេរិកចែងថា ទំនាស់ផលប្រយោជន៍អាចនឹងក្លាយជាបទល្មើសព្រហ្មទណ្ឌសម្រាប់មន្ត្រី បុគ្គលិក និងអតីតមន្ត្រី និងនិយោជិតរបស់សហរដ្ឋអាមេរិកក្នុងការផ្តល់សេវាមួយចំនួននៅក្នុងបញ្ហាដែលប៉ះពាល់ដល់រដ្ឋាភិបាល ឬដើម្បីជួយ ឬផ្តល់ជំនួយក្នុងការកាត់ទោសការទាមទារប្រឆាំងនឹងសហរដ្ឋអាមេរិក។ បុគ្គលដែលមានទំនាស់ផលប្រយោជន៍ត្រូវបានដកចេញពីការធ្វើជាតំណាងនៃអ្នកទទួលបានផលនៅចំពោះមុខ HHS ។

កន្លែងដែលត្រូវបញ្ជូនទម្រង់បែបបទនេះ

បញ្ជូនទម្រង់បែបបទនេះទៅកាន់ទីតាំងដូចគ្នាដែលអ្នកកំពុងបញ្ជូន (ឬបានបញ្ជូនរួចហើយ) របស់អ្នក៖ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងសារទុក្ខ ឬបណ្តឹងតវ៉ា ប្រសិនបើអ្នកកំពុងដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខ ឬបណ្តឹងតវ៉ា ឬ សេចក្តីសម្រេចដំបូង ប្រសិនបើអ្នកកំពុងស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចដំបូង។ ប្រសិនបើត្រូវការជំនួយបន្ថែម សូមទាក់ទង 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ទូរសព្ទទៅ 1-877-486-2048) ឬតម្រោង Medicare របស់អ្នក។

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មាន Medicare ជាទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបាន ដូចជាបោះពុម្ពខ្នាតធំ អក្សរស្តាប ឬសំឡេង។ អ្នកក៏មានសិទ្ធិដាក់ពាក្យបណ្តឹងផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកមានអារម្មណ៍ថាអ្នកត្រូវបានគេរើសអើង។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ <https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice> ឬទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចហៅទៅលេខ 1-877-486-2048។

យោងតាមច្បាប់ស្តីពីការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់សម្រាប់ឆ្នាំ 1995 គ្មានមនុស្សណាម្នាក់ត្រូវបានតម្រូវឱ្យឆ្លើយតបទៅនឹងការប្រមូលព័ត៌មានទេ លើកលែងតែវាមិនបង្ហាញលេខត្រួតពិនិត្យ OMB ត្រឹមត្រូវ។ លេខត្រួតពិនិត្យ OMB ត្រឹមត្រូវសម្រាប់ការប្រមូលព័ត៌មាននេះគឺ 0938-0950។ ពេលវេលាដែលត្រូវការដើម្បីរៀបចំ និងចែកចាយការប្រមូលនេះគឺ 15 នាទីក្នុងការជូនដំណឹងម្តង រួមទាំងពេលវេលាដើម្បីជ្រើសរើសទម្រង់បែបបទដែលបានបោះពុម្ពជាមុន បំពេញវា ហើយបញ្ជូនវាទៅអ្នកទទួលបានផល។ ប្រសិនបើអ្នកមានមតិយោបល់ទាក់ទងនឹងការត្រួតពិនិត្យនៃការប៉ាន់ស្មានពេលវេលា ឬការផ្តល់យោបល់សម្រាប់ការកែលម្អទម្រង់បែបបទនេះ សូមសរសេរទៅកាន់ CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850។