

### ការតែងតាំងអ្នកតំណាង

សូមប្រើទម្រង់បែបបទនេះដើម្បីតែងតាំងអ្នកតំណាងឱ្យធ្វើការជំនួសអ្នកលើបណ្តឹងទាមទារ បណ្តឹងតវ៉ា បណ្តឹងសាទុក្ខ ឬសំណើរបស់អ្នក។  
តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ និងតែងតាំងអ្នកតំណាងនេះ អ្នកយល់ព្រមថា  
អ្នកតំណាងនេះនឹងក្លាយជាបុគ្គលទំនាក់ទំនងសំខាន់ និងមានសិទ្ធិអំណាចក្នុងការស្នើសុំ បង្ហាញភស្តុតាង ទទួលព័ត៌មាន និងទទួលសារទំនាក់  
ទំនងទាំងអស់អំពីសកម្មភាពរបស់អ្នក។ បុគ្គលនេះអាចឃើញព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។ **ចន្លោះទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកទី 1 និងទី 2  
ទាមទារឱ្យបំពេញ លុះត្រាតែត្រូវបានសម្គាល់ថាជាជម្រើស។**

#### ផ្នែកទី 1: ព័ត៌មានអំពីជនដែលតែងតាំងអ្នកតំណាង

ផ្នែកនេះត្រូវតែបំពេញដោយអ្នកជំងឺ អ្នកផ្តល់សេវា ឬជនផ្សេងទៀតដែលតែងតាំងអ្នកតំណាង។

ឈ្មោះ:	លេខគម្រោង Medicare ឬលេខសម្គាល់អ្នកផ្តល់សេវាជាតិ	
អាសយដ្ឋានផ្លូវ	លេខទូរសព្ទ (ជាមួយលេខកូដតំបន់) ( ) -	
ទីក្រុង	រដ្ឋ	ហ្សឺបកូដ
អ៊ីមែល (ជាជម្រើស)	ទូរសារ (ជាជម្រើស) ( ) -	
ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	

#### ផ្នែកទី 2: ព័ត៌មានអំពីអ្នកតំណាង

ផ្នែកនេះត្រូវតែបំពេញដោយអ្នកតំណាង។

ឈ្មោះអ្នកតំណាង

ស្ថានភាពវិជ្ជាជីវៈ: ឬទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងជននៅក្នុងផ្នែកទី 1 (មេធាវី សាច់ញាតិ។ល។)

អាសយដ្ឋានផ្ទះបុគ្គល	លេខទូរសព្ទ (ជាមួយលេខកូដតំបន់) ( ) -	
ទីក្រុង	រដ្ឋ	ហ្សឺបកូដ
អ៊ីមែល (ជាជម្រើស)	ទូរសារ (ជាជម្រើស) ( ) -	

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម អ្នកយល់ព្រមធ្វើជាអ្នកតំណាង និងសូមបញ្ជាក់ថា អ្នកមិនត្រូវបានដកហូតសិទ្ធិ ព្យួរ  
ឬហាមឃាត់ពីការអនុវត្តនៅចំពោះមុខក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្ស (HHS) ឬបើមិនដូច្នោះទេត្រូវបានដកហូត  
សិទ្ធិក្នុងការធ្វើជាអ្នកតំណាង។ រាល់ថ្ងៃសេវាដែលត្រូវគិតសម្រាប់ធ្វើជាអ្នកតំណាងអាចត្រូវបានការពិនិត្យ និងអនុម័តពីរដ្ឋមន្ត្រី។  
ប្រសិនបើអ្នកនឹងគិតថ្លៃសេវា សូមចូលទៅកាន់ការណែនាំនៅទំព័រទី 2។

ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	
----------	--	--

#### អ្នកតំណាងត្រូវតែបំពេញផ្នែកខាងក្រោម ប្រសិនបើអាច (សូមចូលទៅកាន់ការណែនាំនៅទំព័រទី 2)

#### ផ្នែកទី 3: ការលើកលែងថ្លៃធ្វើជាអ្នកតំណាង

អ្នកផ្តល់សេវា និងអ្នកផ្គត់ផ្គង់ដែលបានផ្តល់សម្ភារ ឬសេវាកម្មដែលមានបញ្ហាមិនអាចគិតថ្លៃធ្វើជាអ្នកតំណាងបានទេ ហើយត្រូវចុះហត្ថលេខា  
ខាងក្រោមដើម្បីលើកលែងថ្លៃសេវារបស់ពួកគេ។

អ្នកតំណាងដែលជ្រើសរើសមិនបង់ថ្លៃធ្វើជាអ្នកតំណាងរបស់ពួកគេត្រូវចុះហត្ថលេខាខាងក្រោមដែរ។

**ខ្ញុំសូមលះបង់សិទ្ធិក្នុងការគិតថ្លៃ និងទារថ្លៃធ្វើជាអ្នកតំណាងនៅក្នុងផ្នែកទី 1 នៅចំពោះមុខរដ្ឋមន្ត្រី HHS។**

ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
----------	---

#### ផ្នែកទី 4: ការលះបង់ការបង់ប្រាក់សម្រាប់សម្ភារ ឬសេវាកម្មដែលមានបញ្ហា

ក្នុងករណីអ្នកគឺជាអ្នកផ្តល់សេវា ឬអ្នកផ្គត់ផ្គង់ ហើយអ្នកបានផ្តល់សម្ភារឬសេវាកម្មដល់អ្នកជំងឺដែលអ្នកតំណាង  
ប្រសិនបើបណ្តឹងតវ៉ាពាក់ព័ន្ធនឹងសំណួរថាតើអ្នក ឬអ្នកជំងឺមិនដឹង ឬមិនអាចពឹងទុកនឹងដឹងដោយសមហេតុសមផលនោះ គម្រោង  
Medicare នឹងមិនរ៉ាប់រងលើសម្ភារ ឬសេវាកម្មនោះទេ។

**ខ្ញុំសូមលះបង់សិទ្ធិក្នុងការទារប្រាក់ពីអ្នកជំងឺសម្រាប់សម្ភារ ឬសេវាកម្មដែលមានបញ្ហានៅក្នុងបណ្តឹងតវ៉ានេះ**

**ប្រសិនបើបានកំណត់ទំនួលខុសត្រូវក្រោមប្រការ §1879(a)(2) នៃច្បាប់នេះ។**

ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
----------	---

# សេចក្តីណែនាំ និងលក្ខខណ្ឌតម្រូវតាមបទប្បញ្ញត្តិ

## សេចក្តីណែនាំ

ចន្លោះទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកទី 1 និងទី 2 ទាមទារឲ្យបំពេញ លុះត្រាតែត្រូវបានគូសសម្គាល់ថា "ជាជម្រើស"។ ក្នុងករណីជន ប្តូរអង្គការដែលតែងតាំងអ្នកកំណត់មិនមានលេខគម្រោង Medicare ឬអង្គការណាមួយដែលសេវាជាតិ សូមបំពេញពាក្យ "មិនអាចអនុវត្តបាន"។ សូមចូលទៅមើលបទប្បញ្ញត្តិនៅ 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)

ការលើកលែងផ្ទៃក្នុងអ្នកកំណត់ ផ្នែកទី 3 ត្រូវបានទាមទារ នៅពេលដែលអ្នកកំណត់ត្រូវបានទាមទារ ឬបានយល់ព្រមដើម្បីលះបង់ ឬមិនគិតថ្លៃ ធ្វើអ្នកកំណត់របស់ពួកគេ។ ការលើកលែងការបង់ប្រាក់សម្រាប់សម្ភារ ឬសេវាកម្មមានបញ្ហា ផ្នែកទី 4 ត្រូវបានទាមទារ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវា ឬអ្នកផ្គត់ផ្គង់ដែលផ្តល់សម្ភារ ឬសេវាកម្មដល់អ្នកជំងឺកំណត់ឱ្យអ្នកជំងឺ និងការទទួលខុសត្រូវ (ការដឹងអំពីការមិនធានារ៉ាប់រង) ក្រោមមាត្រាទី §1879(a)(2) នៃច្បាប់គឺមានបញ្ហានៅក្នុងបណ្តឹងតវ៉ា។ សូមចូលទៅមើល 42 CFR 405.910(f)។

ការតែងតាំងអ្នកកំណត់ត្រូវបានចាត់ទុកថាមានសុពលភាពរយៈពេលមួយឆ្នាំគិតចាប់ពីថ្ងៃដែលទម្រង់បែបបទនេះត្រូវបានចុះហត្ថលេខាដោយ ទាំងជនដែលតែងតាំងអ្នកកំណត់ និងអ្នកកំណត់ដែលត្រូវបានតែងតាំង។ ទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញរួចអាចត្រូវបានប្រើសម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ា ប៉ុន្តែការផ្សេងទៀតក្នុងអំឡុងពេលមួយឆ្នាំដែលមានសុពលភាព។ លុះត្រាតែត្រូវបានដកហូតវិញ ការកំណត់នេះមានសុពលភាពសម្រាប់រយៈពេលនៃការទាមទារសំណង បណ្តឹងតវ៉ា បណ្តឹងសាទុក្ខ ឬសំណើដែលបានដាក់។

## ការគិតថ្លៃកំណត់អ្នកជំងឺនៅចំពោះមុខរដ្ឋមន្ត្រី HHS

មេធាវី ឬអ្នកកំណត់ផ្សេងទៀតសម្រាប់អ្នកជំងឺ ដែលចង់គិតថ្លៃសេវាដែលបង្ហាញទាក់ទងនឹងការប្តឹងតវ៉ានៅចំពោះមុខរដ្ឋមន្ត្រី HHS (ឧ. សវនាការចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល (ALJ) ឬការពិនិត្យអ្នកកំណត់ជាមេធាវីដោយការិយាល័យសវនាការ និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គម្រោង Medicare (OMHA) ការត្រួតពិនិត្យដោយក្រុមប្រឹក្សាឧទ្ធរណ៍របស់គម្រោង Medicare ឬដំណើរការបន្តនៅចំពោះមុខ OMHA ឬក្រុមប្រឹក្សា ឧទ្ធរណ៍របស់គម្រោង Medicare ដែលជាលទ្ធផលនៃដីកាពីតុលាការសហព័ន្ធ) តម្រូវឱ្យបង់ប្រាក់ដែលត្រូវបានអនុម័តដោយអនុលោមតាមប្រការ 42 CFR 405.910(f)។

អ្នកកំណត់ត្រូវតែបំពេញទម្រង់បែបបទ OMHA-118 "ព្រឹត្តិដើម្បីទទួលបានការអនុម័តលើថ្លៃសេវាសម្រាប់កំណត់អ្នកទទួលបាន" ហើយដាក់វាជា មួយសំណើសុំសវនាការ ALJ ការពិនិត្យឡើងវិញនូវ OMHA ឬសំណើសុំត្រួតពិនិត្យដោយក្រុមប្រឹក្សាឧទ្ធរណ៍របស់គម្រោង Medicare។ ការអនុម័តថ្លៃមិនទាមទារទេ ប្រសិនបើ៖ (1) ដើមបណ្តឹងដែលត្រូវបានកំណត់ជាអ្នកផ្តល់សេវា ឬអ្នកផ្គត់ផ្គង់ (2) ថ្លៃសេវា គឺសម្រាប់សេវាដែលបង្ហាញក្នុងសមត្ថភាពផ្លូវការដូចជា អាណាញាបាលស្របច្បាប់ គណៈកម្មាធិការ ឬកំណត់ដែលតែងតាំងឡើងដោយតុលាការ ស្រដៀងគ្នា ហើយតុលាការបានអនុម័តថ្លៃសេវា (3) ថ្លៃសេវាគឺសម្រាប់កំណត់អ្នកជំងឺនៅក្នុងដំណើរការនៅក្នុងតុលាការសហព័ន្ធ ឬ (4) ថ្លៃសេវាគឺសម្រាប់កំណត់អ្នកជំងឺក្នុងការកំណត់ឡើងវិញ ឬពិចារណាឡើងវិញ។ អ្នកកំណត់ត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យលើកលែងថ្លៃសេវារបស់ពួកគេ ប្រសិនបើពួកគេជ្រើសរើសធ្វើដូច្នោះ។ សូមទាញយកទម្រង់ OMHA-118 នៅទីនេះ៖ [HHS.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf](https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf)

អ្នកផ្តល់សេវា ឬអ្នកផ្គត់ផ្គង់ដែលផ្តល់សម្ភារ ឬសេវាកម្មដល់អ្នកជំងឺគម្រោង Medicare ដែលជាកម្មវត្ថុនៃបណ្តឹងតវ៉ា អាចកំណត់ឱ្យអ្នកជំងឺនោះនៅក្នុងបណ្តឹងតវ៉ា ប៉ុន្តែអ្នកផ្តល់សេវា ឬអ្នកផ្គត់ផ្គង់មិនអាចគិតថ្លៃសេវាណាមួយដែលទាក់ទង នឹងការកំណត់ឱ្យអ្នកទទួលបាននោះទេ។ (42 CFR 405.910(f)(3).)

## ការអនុម័តថ្លៃសេវា

តម្រូវការអនុម័តថ្លៃសេវាធានាថាអ្នកកំណត់ត្រូវបានទូទាត់ជូនយ៉ាងត្រឹមត្រូវសម្រាប់សេវាកម្មរបស់ពួកគេ ហើយការគិតថ្លៃពីអ្នកជំងឺគឺសហគុណ។ ក្នុងការអនុម័តថ្លៃសេវាដែលបានស្នើសុំ OMHA ឬក្រុមប្រឹក្សាឧទ្ធរណ៍គម្រោង Medicare និងពិចារណាពីលក្ខណៈ និងប្រភេទនៃសេវាកម្មដែលបង្ហាញ ភាពស្មុគស្មាញនៃករណី កម្រិតជំនាញ និងសមត្ថភាពដែលត្រូវការ ពេលវេលាចំណាយ លើករណី លទ្ធផលសម្រេចបាន កម្រិតនៃការត្រួតពិនិត្យរដ្ឋបាលដែលត្រូវការ និងចំនួននៃថ្លៃសេវាដែលបានស្នើសុំ។

## ទំនាស់ផលប្រយោជន៍

ផ្នែកទី 203, 205 និង 207 នៃចំណងជើងទី XVIII នៃក្រមរដ្ឋប្បវេណីសហរដ្ឋអាមេរិក ធ្វើឱ្យវាជាបទល្មើសព្រហ្មទណ្ឌសម្រាប់មន្ត្រី និងនិយោជិតបច្ចុប្បន្ន និងអតីតរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក ដើម្បីផ្តល់សេវាមួយចំនួននៅក្នុងកម្មវត្ថុដែលប៉ះពាល់ដល់រដ្ឋាភិបាល ឬដើម្បីជួយ ឬជួយកាត់ទោសការទាមទារប្រឆាំងនឹងសហរដ្ឋអាមេរិក។ បុគ្គលដែលមានទំនាស់ផលប្រយោជន៍មិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូលពីការធ្វើជាអ្នកកំណត់អ្នកជំងឺនៅចំពោះមុខ HHS ទេ។

## កន្លែងដែលត្រូវផ្ញើទម្រង់បែបបទនេះ

ផ្ញើទម្រង់បែបបទនេះទៅទីតាំងដដែលដែលអ្នកផ្ញើការទាមទារសំណង បណ្តឹងតវ៉ា បណ្តឹងសាទុក្ខ ឬសំណើរបស់អ្នក។

## ទទួលបានជំនួយ និងព័ត៌មានបន្ថែម

សម្រាប់សំណួរអំពីទម្រង់បែបបទនេះ សូមទាក់ទងគម្រោង Medicare របស់អ្នក ឬហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានអំពីគម្រោង Medicare ក្នុងទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបាន ដូចជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរស្លាប ឬសំឡេង។ អ្នកក៏មានសិទ្ធិដាក់ពាក្យបណ្តឹងផងដែរ ក្នុងករណីដែលអ្នកមានអារម្មណ៍ថាអ្នកត្រូវបានគេរើសអើង។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) ឬហៅទូរសព្ទទៅ 1-800-MEDICARE សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

**ច្បាប់ស្តីពីការកាត់បន្ថយការប្រើប្រាស់ក្រដាសស្នាម៖** យោងតាមច្បាប់ស្តីពីការកាត់បន្ថយការប្រើប្រាស់ក្រដាសស្នាមឆ្នាំ 1995 គ្មានជនណាម្នាក់ត្រូវបានតម្រូវឱ្យឆ្លើយតបទៅនឹងការប្រមូលព័ត៌មានទេ លុះត្រាតែបង្ហាញលេខត្រួតពិនិត្យ OMB ត្រឹមត្រូវ។ លេខត្រួតពិនិត្យ OMB ត្រឹមត្រូវសម្រាប់ប្រមូលព័ត៌មាននេះគឺ 0938-0950។ ពេលវេលាដែលត្រូវការដើម្បីរៀបចំ និងចែកចាយប្រមូលព័ត៌មាននេះគឺ 15 នាទីក្នុងមួយលិខិតជូនដំណឹង រួមទាំងពេលវេលាដើម្បីជ្រើសរើសទម្រង់ដែលបានចោះពុម្ពជាមុន បំពេញវា ហើយបញ្ជូនវាទៅអ្នកទទួលបានផល។ ក្នុងករណីអ្នកមានមតិយោបល់ទាក់ទងនឹងភាពត្រឹមត្រូវនៃការប៉ាន់ស្មានពេលវេលា ឬការផ្តល់យោបល់អំពីការកែលម្អទម្រង់បែបបទនេះ សូមសរសេរទៅកាន់ CMS, មន្ត្រីដាក់ទាក់ PRA, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850។