

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS  
CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID

Formulario aprobado  
OMB No. 0938-0950

## **NOMBRAMIENTO DE UN REPRESENTANTE**

Nombre de la Parte

---

Numero de Medicare (beneficiario como parte) o Identificador Nacional del Proveedor (proveedor como parte)

---

### **SECCIÓN 1: NOMBRAMIENTO DE UN REPRESENTANTE** **Para ser completado por la parte que busca representación** **(i.e., el beneficiario de Medicare, el proveedor o suplidor):**

Yo nombro a, \_\_\_\_\_  
para actuar como representante en relación con mi reclamación o derecho en virtud del título XVIII de la Ley del Seguro Social (la “Ley”) y sus disposiciones relacionadas al título XI de la Ley.  
Autorizo a este individuo a realizar cualquier solicitud; presentar u obtener pruebas; obtener información sobre apelaciones y recibir toda notificación sobre mi apelación, en mi representación.  
Entiendo que podría divulgarse la información médica personal sobre mi apelación al representante indicado a continuación.

Firma de la Parte Solicitando Representación	
Dirección	
Ciudad	
Estado	
Código Postal	
Número de Teléfono (Con Código de Area)	Fecha

## SECCIÓN 2: ACEPTACIÓN DEL NOMBRAMIENTO

**Para ser completado por el representante:**

Yo, \_\_\_\_\_,

acepto por la presente el nombramiento antes mencionado.

Certifico que no se me ha descalificado, suspendido o prohibido mi desempeño profesional ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS en inglés); que no estoy en calidad de empleado actual o anteriormente de los Estados Unidos, descalificado para actuar como representante del participante; y que reconozco que

todo honorario podría estar sujeto a revisión y aprobación de la Secretaría.

Me desempeño como \_\_\_\_\_

( Situación profesional o relación con la parte, por ejemplo, abogado, pariente, etc.)

Firma del Representante	
Dirección	
Ciudad	
Estado	
Código postal	
Número de Teléfono (Con Código de Area)	Fecha

### SECCIÓN 3: RENUNCIA AL COBRO DE HONORARIOS POR REPRESENTACIÓN

**Instrucciones:** El representante debe completar esta sección si se lo requieren o si renuncia al cobro de honorarios por representación. (Los proveedores o suplidores que representen a un beneficiario y le hayan brindado artículos o servicios no pueden cobrar honorarios por representación y deben completar esta sección).

Renuncio a mi derecho de cobrar un honorario por representar a

---

ante el Secretario(a) del DHHS.

Firma	Fecha
-------	-------

### SECCIÓN 4: RENUNCIA AL PAGO POR ARTÍCULOS O SERVICIOS EN CUESTIÓN

**Instrucciones:** Los proveedores o suplidores que actúan como representantes de beneficiarios a los que les brindaron artículos o servicios deben completar esta sección si la apelación involucra un tema de responsabilidad en virtud de la sección 1879(a)(2) de la Ley. (La sección 1879(a)(2) en general se aborda si un proveedor, suplidor o beneficiario no tenía conocimiento o no se podía esperar razonablemente que supiera que los artículos o servicios en cuestión no estarían cubiertos por Medicare).

Renuncio a mi derecho de cobrar al beneficiario un honorario por los artículos o servicios en cuestión en esta apelación si está pendiente una determinación de responsabilidad bajo la sección 1879(a)(2) de la Ley.

Firma	Fecha
-------	-------

### **Cobro de Honorarios por Representación de Beneficiarios ante El Secretario(a) del DHHS**

Un abogado u otro representante de un beneficiario, que desee cobrar un honorario por los servicios prestados en relación con una apelación ante el Secretario(a) del DHHS (i.e., una audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (ALJ en inglés), una revisión con el Consejo de Apelaciones de Medicare o un proceso ante un ALJ o el Consejo de Apelaciones de Medicare como resultado de una orden de remisión de la Corte de Distrito Federal) debe, por ley obtener aprobación para recibir un honorario de acuerdo con 42 CFR §405.910(f).

Mediante este formulario, “Solicitud para obtener un honorario por concepto de representación” se obtiene la información necesaria para solicitar el pago de honorario. Debe ser completado por el representante y presentado con la solicitud para audiencia con el

ALJ o revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare. La aprobación de honorarios para el representante no es necesaria si: (1) el apelante es representado por un proveedor o suplidor; (2) prestados en calidad oficial como un tutor legal, comité o cargo similar representante designado por el tribunal y con la aprobación del tribunal del honorario en cuestión; (3) el honorario es por representación del beneficiario ante la corte de distrito federal; o (4) el honorario es por representación del beneficiario en una redeterminación o reconsideración. Si el representante desea renunciar al cobro de un honorario, puede hacerlo. La sección 3 en la primera página de este formulario puede usarse para ese propósito. En algunas instancias, según se indica en el formulario, no se cobrará el honorario por concepto de representación.

### **Aprobación de Honorarios**

El requisito para la aprobación de honorarios garantiza que el representante recibirá una remuneración justa por los servicios prestados ante DHHS en nombre de un beneficiario y brinda al beneficiario la seguridad de que los honorarios sean razonables. Para la aprobación de un honorario solicitado, el ALJ o el Consejo de Apelaciones de Medicare considera la clase y el tipo de servicios prestados, la complejidad del caso, el nivel de pericia y capacidad necesaria para la prestación de servicios, la cantidad de

tiempo dedicado al caso, los resultados alcanzados, el nivel de revisión administrativa al cual el representante llevó la apelación y el monto del honorario solicitado por el representante.

### **Conflicto de Interés**

Las secciones 203, 205 y 207 del título XVIII del Código de Estados Unidos consideran como un delito penal cuando ciertos funcionarios, empleados y antiguos funcionarios y empleados de los Estados Unidos prestan ciertos servicios en temas que afectan al Gobierno, ayudan o asisten en el procesamiento de reclamaciones contra los Estados Unidos. Los individuos con un conflicto de interés quedarán excluidos de ser representantes de los beneficiarios ante DHHS.

### **Dónde enviar este Formulario**

Envíe este formulario al mismo lugar que está enviando (o ha enviado) su: apelación si está solicitando una apelación, queja si está solicitando una queja, o determinación o decisión inicial si está solicitando una determinación o decisión inicial. Si necesita ayuda, comuníquese con su plan de Medicare o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios TTY debe llamar al 1-877-486-2048. CMS no discrimina en sus programas o actividades. Para solicitar una esta publicación en un formato alterno, llame al 1-800-

MEDICARE (TTY 1-877-486-2048) o envíe un correo electrónico a: [AltFormatRequest@cms.hhs.gov](mailto:AltFormatRequest@cms.hhs.gov).

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, no se le requiere a ninguna persona responder a una recopilación de información a menos de que presente un número de control válido OMB. El número de OMB para esta recopilación es 0938-0950. El tiempo requerido para completar este formulario es de 15 minutos por notificación, incluyendo el tiempo necesario para seleccionar el formulario pre-impreso, completar y entregárselo al beneficiario. Si tiene comentarios sobre el tiempo estimado para completarlo o sugerencias para mejorar este formulario, favor de escribir a: CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, MD 21244-1850.

FORMULARIO de CMS-1696 (REV 11/15) Spanish