

До:  
State of Hawaii – Dept. of Human Services  
Med-QUEST Division



Today's Date

Номер дела: \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_

Номер факса: \_\_\_\_\_

### MEDICAL ASSISTANCE ELIGIBILITY RENEWAL FORM – N14

Алоха,

Это ваша eligibility renewal форма, которую необходимо заполнять ежегодно.

**Пожалуйста, просмотрите следующую информацию, введите новую или измененную информацию во все разделы и ответьте на все вопросы в этой форме.**

**Medical assistance покрытые может быть прекращено, если ваши renewal не завершены до указанной даты.**

**Вы можете завершить renewal одним из следующих способов:**

- Позвонить нам, чтобы завершить renewal по телефону
- Заполнить, подписать и отправить нам этот бланк по почте, электронной почтой, или факсом
- Посетить один из наших офисов чтобы лично завершить renewal.

Просмотрите раздел «Инструкции касающиеся бланка» в конце этого сообщения, чтобы узнать, как подать бланк на renewal.

**Срок: Верните нам эту форму или позвоните нам, чтобы завершить renewal до**

\_\_\_\_\_

#### **Section A Информация о семье**

Да Нет

**A1.** Вы хотите остановить медицинскую помощь Med-QUEST для **Всех** членов вашей семьи?

Если да, пожалуйста, укажите причину здесь: \_\_\_\_\_, затем переходите к разделу Section F.

Да Нет

**A2. Контактная информация:** Изменились ли ваше имя, адрес (место проживания и/или почтовый адрес),

номер телефона или адрес электронной почты?

Актуальная информация	Изменено на
Имя:	
Адрес и место проживания:	
Почтовый адрес:	
Домашний телефон:	
Мобильный телефон	
Рабочий телефон	
Электронная почта:	

Да Нет

**A3. Перемены в нынешнем семействе :** Были ли изменения в вашей семье?

Следующий раздел посвящен семейным отношениям между каждым членом семейства. Если какие-либо из перечисленных связей неправильны, вычеркните их и запишите правильную родственную связь в соответствии с приведенным ниже списком видов связей. Если родственники не указаны, пожалуйста напишите правильный вид связей.

\*Добавьте любых отсутствующих членов семьи в пробеле

**Если нет перемен переходите к A.4**

**Виды отношений:**

- Женат/замужем
- Дедушка /Бабушка
- Уход за больным
- Племянник/ Племянница
- Сожитель или Гражданский брак
- Внук/внучка
- брат/сестра (включая сводных)
- Другие родственные отношения (т. е. проживающие в доме по закону)
- Отец/Мать (включая приёмные)
- Foster отец/ мать
- Дядя/Тетя
- Нет родственной связи
- Дети (включая приёмные)
- Foster дети
- Двоюродный брат/сестра

<b>{Имя клиента фамилия } Отношение к</b>
<b>{Имя } {Вид отношений }</b>

**Например:**

<b>John Doe’s</b> родственная связь
<b>Jane Doe</b> жена
<b>Mary Doe</b> мать (включая сводная или приемная)

<b>Steve Doe</b> отец (сводный или приёмный)
<b>David Doe</b> брат и сестра (включая сводные)

Да Нет

Если в вашем семействе произошли изменения тогда воспользуйтесь таблицей ниже, чтобы обновить информацию.

ЧЛЕН СЕМЬИ УДАЛЁН ИЛИ ВЫПЛАТЫ ЛЬГОТ ПРЕКРАЩЕНЫ			
Имя	Причина (смотрите примеры ниже)	Дата	Льготы Остановлены?
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Примеры причин удаления члена семейства			
Переехал (в пределах State или за пределами State. Укажите новый адрес, если он известен.)	В тюрьме или в Hawaii State Hospital	Разведённый или живут отдельно	
Умер	В доме престарелых или в Community Care Foster Family Home	Другая причина (пожалуйста объясните)	

<b>НОВЫЙ ЧЛЕН семьи:</b> если вам нужно <b>ДОБАВИТЬ</b> более чем одного (1) нового члена, пожалуйста, сделайте копию этой и следующей страниц или прикрепите отдельный лист бумаги и ответьте на следующие вопросы для каждого добавленного члена семьи или обратитесь в офис Customer Service по номеру 1-800-316-8005 (TTY: 711 или 1-800-603-1201) для получения дополнительной помощи:		
Имя нового члена (имя, отчество, фамилия, суффикс)		
Если новый член новорожденный , пожалуйста, укажите имя матери и отца ниже:		
Имя матери	Имя отца	
Подаёте заявку на Medical Coverage? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Medical Services получили на протяжении 90 days? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, дата:		
Пол	Дата рождения	**Social Security Number
<p><i>**A Social Security number (SSN) должны быть предоставлены каждому лицу (включая детей), ходатайствующему о Medical assistance. Мы можем связаться с вашей семьей, если потребуются дополнительная информация. Выплаты могут быть отложены, если запрошенная информация не будет получена. Если нужна помощь в получении SSN или замены SSN карты, позвоните по номеру 1-800-772-1213 или посетите socialsecurity.gov. TTY пользователи должны звонить 1-800-325-0778</i></p>		
Женат/Замужем?	Если да , имя мужа/жены :	
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Gross monthly income (общий доход до выплат налогов или других отчислений):		
Планируете подать на возврат federal income tax ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		
Декларация о доходах супругов совместная ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		
Будут ли требовать любых tax иждивенцев на возврат налогов tax ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		

Напишите имена налоговых tax иждивенцев:				
Будет ли заявлен как tax в зависимости от чьей-то tax декларации? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ				
Если да имя человека налогоплательщика tax *Тип звязи				
Пользователь в положении ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Ожидаемая дата:			Количество:	
Вы U.S. Citizen/National? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ				
Если нет имеет ли новый пользователь соответственный immigration status? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ				
Дата приезда _____		Иностранец или номер I-94 _____		
Immigration Тип документа (например, I-551, виза )			Тип статуса	
Имя которое указано в вашем иммиграционном документе				
Passport Серия номер или номер другого документа				
SEVIS ID или срок действия (необязательно)			Код категории	
Зависит ли tax на нового члена от любых налогов членов семьи <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ				
Если да, то пожалуйста, укажите ниже имя члена семьи, который считается tax иждивенцем.				
<b>Ниже приведены примеры семейных отношений (включая з неродными, где это возможно):</b>				
● женат/ на	● Отец/Мать	● Ребенок	● Брат сестр а	● под первичной помощью
● Дедушка/ Бабушка	● Дядя /Тетя	● Племянница /племянник	● Внук Внучка	● Двоюродный брат/двоюродная сестра
● Foster отец/мать	● Foster ребенок	● Партнер гражданский брак		● Не связаны
● Другой тип звязи (пожалуйста объясните )				
Новый пользователь связан с основным Контактom в этой форме ? (*примеры звязи на предыдущей странице.)				
Если в этом семействе есть другие родственники (проживающие по указанному адресу проживания) пожалуйста укажите кто они и как новый член семьи связаны с ними * ниже:				
Текущий член семьи:		Родственная звязь с новым членом :		
1.		1.		
2.		2.		
3.		3.		
4.		4.		
5.		5.		
6.		6.		
<b>Если в этой семье больше чем (6) человек , пожалуйста сделайте копию этой страницы заполните и прикрепите.</b>				

Да Нет

**A4. Тах декларация Семейства:** корректна ли информация указанная ниже касающихся tax ? Если нет ,обновите ниже.

Имя (Отчество, фамилия )	Индивидуальный или совместный ?
Вы подаете заявку на tax налоговых иждивенцев ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Имя мужа/жены (имя, отчество, фамилия)
Имена tax иждивенцев:	
Вас считают иждивенцем от чьих-то налогов ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	
Заявляют ли вас как иждивенца, у tax декларанта который заявляет что вы являетесь иждивенцем ?	

Да Нет

**A5. Семейный доход:** если приведённые ниже информация поменялась, добавьте копии изменений (например, платежные выписки за последние три месяца). Если вы self-employed, подайте документы, подтверждающие ваши self-employment доходы.

Имя	Источник дохода	Monthly Gross Amount	Работодатель/ *Self-Employment	Дата начала	Дата завершения
Изменено на:					
Изменено на:					

Пожалуйста отметьте ваши self-employment бизнес растраты с месячного дохода указанного выше:

Да Нет

**A6.** Были ли вы или кто то из вашей семьи участником инцидента или аварии, ДТП, когда кто то другой нес ответственность за ваши медицинские расходы ? Если это так, мы свяжемся с ними.

Кто был учасником	Дата ДТП	Кто может нести ответственность/ Insurance компания

Да Нет

**A7.** Ктонибудь из членов этой семьи имеют другие страховки кроме Medicaid (QUEST Integration)?

имя	Health Insurance Carrier/План	Policy ID	Дата начала	Дата конца

**Section B**

Да Нет

**B1.** Есть ли у вас член семьи старше 65, слепой или disabled ? Пожалуйста проверьте правильная ли информация данная внизу. Если нет, обновите таблицу ниже

Имя (отчество фамилия)	Слепой/Disabled	Возраст 65 или старше	пенсия SSI	Medicare
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ПРОПУСТИТЕ SECTIONS C, D, I E ЕСЛИ НЕТ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ:**



- 65 лет и старше
- Получают Supplemental Social Security Insurance (SSI) льготы да/или
- Получают помощь disability и/или
- Получают Medicare A/B или и то и другое

**Section C:**

Да Нет

**C1.** Изменились ли чьи-то активы (счета в банке, в финансовом учреждении, доме, 401K, stocks итк) Пожалуйста внесите какие-либо изменения ниже\* или остаток на 1<sup>st</sup> число текущего месяца

Имя владельца	Тип ресурса	Дата смены	*текущая стоимость

**Section D:**

Да Нет

**D1.** Владаете ли вы или кто-то из членов семьи недвижимостью ?

Имя владельца	Адрес недвижимости	текущая стоимость

Да Нет

**D2.** Имеете ли вы или ваши родные какую-либо annuity?

Имя владельца	Дата выдачи	Название и адрес Annuity Компании

Да Нет

**D3.** Вы или члены вашей семьи имеете долг по кредиту, mortgage или promissory векселя ?

Имя владельца	Дата транзакции	Оригинальная сумма	Долг

Да Нет



**D4.** Покупаете ли вы или кто-то из членов вашей семьи life estate interest, который имеет право на имущество другого лица ?

Имя владельца	Дата транзакции	Адрес имущества	Выплаченная сумма

Да Нет



**D5.** Платите ли вы или кто-либо из членов вашей семьи вступительный взнос, чтобы вступить в Continuing Care Retirement Community (CCRC) или Life Care Community (LCC)? Сообщество по уходу за престарелыми

Имя владельца	Дата выдач	Имя и адрес CCRC/LCC	уплаченная сумма

**Section E Long-Term Care услуги**

Да Нет



**E.1** Кто-нибудь в вашей семье получает или нуждается в Long-Term Care услугах в Nursing Home, Adult Foster home, в вашем частном доме, Assisted Living home или Retirement/Life Care Community?

Имя лица (лиц): \_\_\_\_\_

Имя лица (лиц): \_\_\_\_\_

Да Нет



**E2.** Вы или ваш супруг/супруга продавали, обменивали или отдавали имущество, или другие активы, включая деньги за последние 60 months? Или вы и ваш супруг /супруга делали переводы на trust за последние 60 months?

Имя	Тип актива	Причина	Дата передачи	Значение	Полученная сумма

**Section F Другие услуги**

Да Нет

**F1.** Есть ли у вас другие изменения, что вы хотите сообщить? Если вы сообщаете о других изменениях, предоставьте подтверждающие документы?

---



---

**ПОЖАЛУЙСТА, ПОДПИШИТЕ ВНИЗУ И ВЕРНИТЕ ФОРМУ НАМ почтой, электронной почтой, факсом или принесите непосредственно в офис.**

**НАПОМИНАЕМ:** вы также можете позвонить нам, чтобы завершить обновления по телефону.

**Дополнительную информацию можно посмотреть в разделе ИНСТРУКЦИЙ КАСАЮЩИХСЯ ФОРМ**

Я подтверждаю, что информация подана мной в этой recertification форме есть правдивая, насколько мне известно. Если я намеренно дал ложные заявления в этой форме, меня могут преследовать согласно

законам Hawaii Revised Statutes §710-1063. Подписывая этот документ, я разрешаю проверку любых квалификационных требований, включая ресурсы финансовых учреждений. Я разрешаю State of Hawaii проверить мои утверждения. Я прочитал(ла) или мной было прочитано список прав и обязанностей на последней странице, которую я могу сохранить для своей информации.

Основное контактное лицо/Бенефициар/Authorized Representative подпись:	SSN	Дата (mm/dd/yyyy)
---	-----	----------------------

**ЕСЛИ КТО ЛИБО ИЗ ВАШЕЙ СЕМЬИ ПЕНСИОНЕР СТАРШЕ 65 ЛЕТ, СЛЕПОЙ ИЛИ DISABLED, ЛИЦО И ЕЕ МУЖ/ЖЕНА КАК ЗАЯВИТЕЛЬ (Т.Е. СОВЕРШЕННОЛЕТНИЕ tax ИЖДИВЕНЦЫ ) ПОДПИШИТЕ ВНИЗУ**

Это разрешение истекает, если моя/наша заявка на Medicaid будет отклонена или я/мы больше не имею/имеем права на Medicaid, или я/мы отзываю/отзываем это разрешение в письменном заявлении к своему местному Department of Human Services. SEC 1137(a) of the Act.

Подписи дополнительных членов семьи:	Отношение к заявителю/Beneficiary	SSN	Дата (mm/dd/yyyy)
	*МУЖ/ЖЕНА		

**Спасибо за ваше время, мы будем рады помочь вам !**



**ФОРМЫ РАЗДЕЛ ИНСТРУКЦИИ**

**НАЗНАЧЕНИЕ:**

Форму DHS 1100B-2 Medical Assistance Eligibility Renewal следует использовать как бумажную версию уведомления об N-14 Renewal. В случае невозможности использования формы N-14 Renewal, вместо нее можно использовать форму DHS 1100B-2.

**ИНСТРУКЦИИ:**

Эту форму заполняет контактное лицо или уполномоченный представитель.

**Для основного контакта:**

Если для ваших ответов нужно больше места, добавьте к этой форме отдельный лист бумаги. Section A.-F. Установите флажок Да или Нет и дайте ответы на вопросы.

**ПОДПИСЬ ОСНОВНОГО КОНТАКТНОГО ЛИЦА:**

Основное контактное лицо должно подписать этот пункт и дать необходимую информацию. Подписывая, они свидетельствуют, что информация предоставленная в этой recertification форме является правдивой, и правильной, насколько им известно, и что они дают разрешение State of Hawai'i проверить их ресурсы, как это разрешено в соответствии с Hawaii Revised Statutes §710-1063.

**Пожалуйста отправьте заполненную форму и копию документа authorized representative по адресу, указанному на странице 1 этой формы, или к ближайшему Eligibility Branch Office (см.ниже). Вы также можете связаться с Customer Service по номеру 1-800-316-8005, (TTY/TDD 711), чтобы завершить renewal по телефону.**

Statewide	<p style="text-align: center;"><b>Med-QUEST Eligibility &amp; Enrollment Service Centers</b>  <b>1-800-316-8005 (Phone)</b>  <b>711 TTY/TDD (Available to deaf, hearing, and speech impaired)</b>  <b>1-800-576-5504 (Fax)</b>  <b>MQDCustomerSupport@dhs.hawaii.gov (Email)</b>  <b>P.O. Box 3490, Honolulu, HI 96811-3490 (Mailing)</b></p>
HAWAII	<p><b>Hilo Service Center</b>  1404 Kilauea Avenue, Hilo, HI 96720</p> <p><b>Kona Service Center</b>  Lanihau Professional Center, 75-5591 Palani Road, Suite 3004, Kailua-Kona, HI 96740</p>
KAUAI	<p><b>Kauai Service Center</b>  Dynasty Court, 4473 Pahee Street, Suite A, Lihue, HI 96766</p>
MAUI	<p><b>Maui Service Center (Maui County)</b></p> <p>Maui      Millyard Plaza, 210 Imi Kala Street, Suite 101, Wailuku, HI 96793  Moloka'i      State Civic Center, 65 Makaena Street, Room 110, Kaunakakai, HI 96748  Lana'i      730 Lana'i Avenue, Lana'i City, HI 96763</p>
OAHU	<p><b>Oahu Service Center</b></p> <p>Honolulu      1350 South King Street, Suite 200, Honolulu, HI 96814  Kapolei      601 Kamokila Boulevard, Room 415, Kapolei, HI 96707  Waipahu      94-275 Mokuola Street, Suite 301, Waipahu, HI 96797</p>

**Намеренно оставлено пустым**

## ВАШИ ПРАВА НА ЗАПРОС ADMINISTRATIVE HEARING

**ЧТО ТАКОЕ ADMINISTRATIVE HEARING (“hearing”)?** A hearing является справедливым слушанием Department’s в вашем деле и его необходимо прислать на протяжении 90 calendar days от даты этого уведомления. Hearing office, который не участвовал в деле Department, рассмотрит все факты вашего дела. Если hearing officer обнаружит, что Department сделал ошибку, Department исправит это действие HAR 17-602.1-3 to 4; 17-602.1-6; 17-602.1-24; 17-602.1-26; 17-602.1-28; 17-602.1-37; 17-1703.1-2 to 4; 17-1713.1-2

### **ПРИЧИНЫ ПРОСИТЬ О СЛУШАНИИ:**

- Вы не согласны с решением которое было принято по вашему заявлению или делу.
  - Ваша заявка была не обработана вовремя: 30 days для SNAP; 90 days для medical assistance на основании disability; 45 days для financial assistance или другой medical assistance заявки.
- HAR 17-602.1-4; 17-602.1-24; 17-647-3; 17-647-7; 17-647-14; 17-1711.1-32

**КАК МНЕ ПОДАТЬ НА СЛУШАНИЕ HEARING?** Можете попросить о слушании hearing письменно на бланке Department’s или на любой бумаге. Только для SNAP и medical assistance, вы можете позвонить или сказать работнику, что вы хотите подать на hearing. Когда Department получит ваш запрос, the Administrative Appeals пришлет вам информацию о вашем hearing.  
HAR 17-602.1-6; 17-602.1-31; 17-1703.1-4

**МОИ ЛЬГОТЫ ОСТАНОВЯТ. МОГУ ЛИ Я ПРОДОЛЖАТЬ ПОЛУЧАТЬ ЛЬГОТЫ, ПОКА МОЁ HEARING ОЖИДАЕТСЯ ?** Да, пожалуйста, прочитайте уведомление о крайнем сроке, чтобы запросить продолжение льгот. Если решение суда hearing не в вашу пользу, то вы должны вернуть помощь, на которую не имели права. HAR 17-602.1-10; 17-602.1-12; 17-602.1-18; 17-602.1-34; 17-1703.1-5; 17-1703.1-17

**СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ ИДЕТ ПРОЦЕСС?** Процесс обычно занимает от 60 days для SNAP или 90 days для других программ. Для medical и SNAP hearings, вы можете попросить об ускорении процесса hearing в экстремальных случаях, например когда жизнь или здоровье находятся под серьезной угрозой. HAR 17-602.1-16; 17-602.1-27; 17-602.1-29; 17-1703.1-4; 17-1703.1-15 to 16.

**НУЖЕН ЛИ МНЕ LAWYER?** Lawyer не понадобится. Вы должны участвовать в hearing, пока не сообщите Department, в письменной форме, что authorized representative представит ваше дело . Authorized representative может быть друг, родственник, адвокат или другое лицо . Чтобы получить бесплатную юридическую консультацию или представительство, обращайтесь в Legal Aid Society of Hawaii по номеру 808-536-4302 (Oahu) или 1-800-499-4302 (Neighbor Islands). HAR 17-602.1-5; 17-602.1-7; 17-602.1-25; 17-602.1-38; 17-1703.1-3

**ЕСЛИ МНЕ НУЖЕН INTERPRETER ИЛИ ДРУГИЕ УСЛУГИ ?** В вашем распоряжении на hearing, вы можете попросить бесплатного профессионального interpreter, предоставить больший шрифт, sign language interpreter, auxiliary aid, или другие разумные условия . Если вы не подадите запрос до даты вашего hearing, ваше hearing может быть перенесено на другое время когда, будет предоставлена услуга. HAR 17-602.1-5; 17-602.1-13; 17-602.1-30; 17-1703.1-6; 17-1711.1-2

**КАКИЕ МОИ HEARING ПРАВА?** Ви можете попросить своего представителя пересмотреть документы и записи перед началом hearing. На hearing ви можете сказать, почему вы считаете что, Department решение ошибочное и можете допросить свидетелей Department’s. Вы также можете привести своих свидетелей . Вы и Department должны согласовать людей, которым будет позволено наблюдать за hearing. Смотрите выше о interpreter. HAR 17-602.1-4 to 5; 17-602.1-30; 17-602.1-36; 17-602.1-38; 17-602.1-40; 17-1703.1-3; 17-1703.1-6

**ЧТО ТАКОЕ FRAUD?** Если вы не соблюдаете своих требований, касающихся обязательной отчетности, говорите неправду или скрываете факты, вы можете нести ответственность за возмещения полученных вами льгот и другие штрафные санкции в соответствии закона, включая судебное преследование. HAR 17-604.1; 17-1704-3, 17-1713.1-2; HRS §346-43.5, 710-1063

### **КАКИЕ МОИ ДРУГИЕ ПРАВА?**

- **КОНФЕДИЦИАЛЬНОСТЬ:** Department не будет разглашать вашу информацию, если это не разрешено правилами программы , или federal законами, необходимым в конкретных protective service ситуациях для защиты , для fraud расследования, или если вы подадите письменный запрос на огласку вашей информации . HAR 17-601; 17-1702-5 to 6; 17-1706-6

**NON-DISCRIMINATION:** Department не discriminate, exclude, не относится к людям по-другому на основе race, color, national origin, возраста, disability, или sex/gender (expression или identity) или любого класса на базе federal или state законов. Если вы считаете что Department и его работники не предоставили услуг или discriminated вас, вы можете подать жалобу к: Civil Rights Compliance Officer электронной почтой на [DHSCivilRightsBox@dhs.hawaii.gov](mailto:DHSCivilRightsBox@dhs.hawaii.gov), Позвонить по номеру (808) 586-4955 или 711, послать факс на (808) 586-4990 или написать в: Civil Rights Compliance Officer, P.O. Box 339, Honolulu, HI 96809-0339. DHS discrimination бланк жалоб (DHS 6000) наименование на <https://humanservices.hawaii.gov> в Civil Rights Corner в разделе формы. Вы также можете подать жалобу в U.S. Department of Health и Human Services, Office for Civil Rights, в электронном порядке <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, или почтой или по телефону или по адресу : U.S. Department of Health та Human Services, Office for Civil Rights (OCR), 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, Телефон: 1(800) 368-1019, TDD: 1(800) 537-7697.