

Devuelva este formulario a:
State of Hawaii – Dept. of Human Services
Med-QUEST Division



Today's Date

Número de Caso: _____
Teléfono: _____
Fax: _____



RE: **MEDICAL ASSISTANCE ELIGIBILITY RENEWAL FORM – N14**

Aloja,

Este es su formulario de eligibility renewal que es requerido anualmente. **Por favor, revise toda la información a continuación, indique la información nueva o que ha cambiado en todas las secciones y responda a todas las preguntas en este formulario.**

La cobertura de Medical assistance puede darse por terminada si su renovación no se completa antes de la fecha de vencimiento indicada a continuación.

Puede completar su renewal de cualquiera de las siguientes maneras:

- ***Llámenos para realizar la renewal por teléfono***
- ***Rellene, firme y envíenos este formulario por correo, correo electrónico o fax***
- ***Visite una de nuestras oficinas para completar su renewal en persona***

Consulte la **Sección de Instrucciones para los Formularios**, al final de este aviso, para saber cómo presentar su formulario de renewal.

FECHA LÍMITE: Devuélvanos este formulario o llámenos para completar su renewal antes del

Section A Información del Hogar:

Sí No
 A1. ¿Desea SUSPENDER su atención médica con Med-QUEST para TODOS los miembros de su hogar?

Sí No
 A2. Información de contacto: ¿Ha cambiado su nombre, dirección (residencial y/o postal), número de teléfono o dirección de correo electrónico?

Información Actual	Información Nueva
Nombre:	
Domicilio:	
Dirección de Correo:	
Teléfono Casa:	
Teléfono Celular:	
Teléfono Trabajo:	
Correo Electrónico:	

Sí No
 A3. Cambios en el hogar actual: ¿Ha habido algún cambio en los miembros de su hogar?

La siguiente sección de relaciones del hogar se rellena con las relaciones entre cada miembro del hogar. Si alguna de las relaciones enumeradas es incorrecta, táchela y escriba la relación correcta según la siguiente lista de tipos de relación. Si la relación está en blanco, escriba el tipo de relación correcto.

*Añada los miembros del hogar que falten en los espacios en blanco proporcionados.

Si no hay cambios, vaya a la pregunta A.4

Tipos de Relación:

- Esposo/a
- Abuelo/a
- Bajo Cuidados Primarios
- Sobrino/a
- Unión Libre o Pareja de Hecho
- Nieto/a
- Hermano/a (incluya hermanastros)
- Otros Relacionados (por ejemplo, suegros viviendo en casa)
- Padre/madre (incluya padrastro/madrastra)
- Foster Padre
- Tío/Tía
- No Relacionados
- Hijo/a (incluya hijastros)
- Foster Hijo/a
- Primo/a

Relación con {Nombre y Apellido del Cliente}
{Nombre del Relacionado} es {Tipo de Relación}

--

Por Ejemplo:

Relación con John Doe's
Jane Doe es Esposa
Mary Doe es Madre (incluya padrastro/madrastra)
Steve Doe es Padre (incluya padrastro/madrastra)
David Doe es Hermano (incluya hermanastro/a)

Sí No

Si hay cambios en su hogar, utilice el cuadro siguiente para actualizar la información.

MIEMBRO DEL HOGAR ELIMINADO O SUSPENDIDO DE LAS PRESTACIONES			
Nombre	Motivo (Vea los ejemplos a continuación)	Fecha de Eliminación	Suspensión de Prestaciones
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ejemplos de motivos para la eliminación de un miembro del hogar			
Se ha mudado (dentro o fuera del State. Indique la nueva dirección si la conoce.)	En prisión o en Hawaii State Hospital	Divorciado/a o Separado/a Legalmente	
Fallecido/a	Hogar de ancianos o Community Care Foster Family Home	Otro Motivo (por favor explique)	

NUEVO MIEMBRO DEL HOGAR: Si necesita AGREGAR más de un (1) nuevo miembro, haga una copia de esta página y de la siguiente o adjunte una hoja aparte y responda a las siguientes preguntas por cada miembro del hogar agregado o comuníquese con el Customer Service al 1-800-316-8005 (TTY: 711 o 1-800-603-1201) para obtener ayuda adicional:		
Nombre del nuevo miembro (Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Sufijo)		
Si el nuevo miembro es un recién nacido, indique a continuación el nombre de la madre y del padre:		
Nombre de la Madre:	Nombre del Padre:	
Solicita Medical Coverage? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Medical Services recibidos en los últimos 90 days? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, indique la fecha:		
Sexo	Fecha de Nacimiento	**Social Security Number
<p>**Un Social Security number (SSN) debe facilitarse por cada persona (incluidos los niños) que soliciten Medical assistance. Es posible que nos comuniquemos con su hogar si necesitamos información adicional. Las prestaciones pueden retrasarse si no se recibe la información solicitada. Si necesita ayuda para obtener un SSN o una tarjeta SSN de reemplazo, llame al 1-800-772-1213 o visite socialsecurity.gov.</p> <p>Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778</p>		
Casado/a? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	En caso afirmativo, indique Nombre del Cónyuge:	

Gross monthly income (ingresos totales antes de impuestos u otras deducciones):				
¿Planea presentar una federal income tax returnderales? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Declarara conjuntamente con el cónyuge? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
¿Declarará alguna persona fiscalmente dependiente en su declaración de tax? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
Escriba el nombre(s) de los dependientes de tax:				
¿Será declarado como dependiente fiscal en la declaración de tax de alguien? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
En caso afirmativo, nombre del declarante de tax :	*Relación:			
¿La nueva miembro está embarazada? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Fecha de Parto Prevista:	¿Cuántos Espera?:			
¿Es U.S. Citizen/National? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
En caso negativo, ¿Tiene el nuevo miembro un immigration status válido? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
Fecha de Ingreso _____	Número de Extranjero o Número I-94. _____			
Tipo de Documento de Immigration (Por ejemplo. I-551, Visa, etc.):	Tipo de situación migratoria			
Nombre tal y como aparece en su documento de inmigración.				
Número de Passport diferente al número de tarjeta.				
SEVIS ID or Fecha de Vencimiento (opcional)	Código de Categoría			
¿El nuevo miembro está siendo declarado como dependiente fiscal en alguno de los taxes de los miembros de la unidad familiar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
En caso afirmativo, indique a continuación el nombre del miembro de la unidad familiar que se declara como dependiente fiscal.				
Ejemplos de relaciones domésticas (incluyendo padrastros, hijastros o hermanastros cuando corresponda) a continuación:				
• Casado/a	• Padre/Madre	• Hijo/a	• Hermano/a	• Bajo Atención Primaria
• Abuelo/a	• Tío/a	• Sobrino/a	• Primo/a	• Nieto/a
• Padre/Madre Foster	• Hijo/a Foster	• Unión libre o pareja de hecho	• No relacionados	
• Otra Relación (por favor explique)				
¿Cómo se relaciona el nuevo miembro con el contacto principal de este formulario? (*ejemplos de relación en la pág. anterior)				
Si hay otros miembros en este hogar, (viviendo en la "dirección actual" indicada) por favor enumere a continuación quiénes son y cómo el nuevo miembro está *relacionado con ellos:				
Miembro actual de la unidad familiar:		Relación con el nuevo miembro:		
1.		1.		
2.		2.		
3.		3.		
4.		4.		
5.		5.		
6.		6.		
Si hay más de (6) personas en este hogar, por favor haga una copia de esta página, complétela y adjúntela.				

Sí No

A4. Hogar declarante de tax: ¿Es correcta la información sobre la declaración de tax que figura a continuación? Si no es así, actualice la tabla a continuación.

Nombre (Nombre, Segundo Nombre, Apellidos, Sufijo)	¿Individual o compartido?
¿Declara dependientes en sus tax? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Nombre del cónyuge (Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Sufijo)
Nombre de los dependientes de tax:	
¿Usted está siendo declarado como dependiente en los taxes de otra persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
Si le declaran como dependiente, nombre del declarante de taxes que le declara como dependiente:	

Sí No

A5. Ingresos familiares: Si la información que tenemos a continuación ha cambiado, adjunte copias de los cambios. (Por ejemplo, las nóminas de los últimos tres meses.) Si trabaja como self-employed, facilite la documentación de los datos de sus ingresos de self-employment.

Nombre	Fuente de Ingresos	Monthly Gross Amount	Empleador/ *Self-Employment	Fecha de Inicio	Fecha Final
Cambió a:					
Cambió a:					

* Por favor, deduzca los gastos de su negocio de self-employment de los ingresos mensuales declarados anteriormente.

Sí No

A6. ¿Ha estado usted o alguien de su familia involucrado en un incidente o accidente en el que otra persona pueda ser responsable de sus gastos médicos? En caso afirmativo, nos comunicaremos con usted.

Quién estuvo involucrado	Fecha del Accidente	Quién puede ser responsable/Compañía de Insurance

Sí No

A7. ¿Algún miembro de este hogar está inscrito actualmente en una cobertura de salud diferente a Medicaid (Medicaid (QUEST Integration))?

Nombre	Health Insurance Carrier/Plan	Policy ID	Fecha de Inicio	Fecha Final

Section B

Sí No

B1. ¿Tiene algún afiliado mayor de 65 años, ciego o disabled? Por favor, verifique si la información que aparece a continuación es correcta. Si no es así, actualice la tabla a continuación.

Nombre (Nombre, Segundo Nombre, Apellidos, Sufijo)	Ciego/Disabled	65 años o mayor	Recibe 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"/>

SÁLTESE LAS SECTIONS C, D, Y E SI NINGÚN MIEMBRO DEL HOGAR:



- Tiene 65 años de edad o más
- recibe Prestaciones de Supplemental Social Security Insurance (SSI) y/o
- recibe Prestaciones por disability y/o
- recibe Medicare A/B or ambos

Section C:

Sí No

C1. ¿Han cambiado los activos de alguien (cuentas bancarias/de instituciones financieras, vivienda, 401K, stocks, etc.)?

Indique los cambios a continuación. * o proporcione el saldo a partir 1st día del mes **en curso**

Nombre	Tipo de Recurso	Fecha del Cambio	*Valor Actual

Section D:

Sí No

D1. ¿Es usted o alguien de su familia propietario de algún bien inmueble?

Nombre del Propietario	Dirección de la Propiedad	Valor actual

Sí No

D2. ¿Recibe usted o algún miembro de su hogar alguna annuity?

Nombre del Titular	Fecha de Expedición	Nombre y Dirección de la Compañía de Annuity

Sí No

D3. ¿Tiene usted o alguien de su familia una deuda por un préstamo, mortgage o un promissory note?

Nombre del Titular	Fecha de la Transacción	Monto Original	Saldo Pendiente

Sí No

D4. ¿Usted o alguien de su hogar ha adquirido un life estate interest en una propiedad ajena?

Nombre del Propietario	Fecha de la Transacción	Dirección de la Propiedad	Cantidad Pagada

Sí No

D5. ¿Paga usted o alguien de su hogar una cuota de entrada para ingresar a una Continuing Care Retirement Community (CCRC) o Life Care Community (LCC)?

Nombre del Titular	Fecha de Expedición	Nombre & Dirección de CCRC/LCC	Cantidad Pagada

Section E Servicios de Long-Term Care

Sí No

- E.1** ¿Algún miembro de su hogar, recibe o necesita servicios de Long-Term Care en una Nursing Home, Adult Foster home, en su propia casa, en una Assisted Living home o Retirement/Life Care Community?

Nombre de la(s) persona(s): _____

Nombre de la(s) persona(s): _____

Sí No

- E2.** ¿Usted y/o su cónyuge vendieron, intercambiaron o regalaron bienes u otros activos -incluido dinero- en los últimos 60 months? O, ¿Realizaron usted y/o su cónyuge transferencias a un trust en los últimos 60 meses?

Nombre	Tipo de Activo	Motivo	Fecha de la Transferencia	Valor	Monto Recibido

Section F Otros Cambios

Sí No

- F1.** ¿Tiene otros cambios que informar? *Si está informando de otros cambios, facilite la documentación correspondiente.*

POR FAVOR FIRME ABAJO Y ENVÍENOS EL FORMULARIO por correo, correo electrónico, fax o en persona en nuestra oficina.

RECUERDE: También puede llamarnos para completar su renovación por teléfono.

Vea la SECCIÓN DE INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO para más detalles

Certifico que la información proporcionada en este formulario de recertification es verdadera según mi leal saber y entender. Si intencionalmente hago declaraciones falsas en este formulario, puedo ser prosecuted bajo los Hawaii Revised Statutes §710-1063. Al firmar, autorizo la verificación de cualquier requisito de elegibilidad, para incluir recursos con instituciones financieras. Autorizo al State of Hawaii a verificar mis declaraciones. He leído o me han leído la lista de derechos y responsabilidades de la última página que puedo conservar para mi información.

Contacto principal/Beneficiario/ Authorized Representative Firma:	SSN	Fecha (mm/dd/yyyy)

SI ALGUNA PERSONA DE SU HOGAR ES MAYOR DE 65 AÑOS, CIEGA O DISABLED, EL INDIVIDUO Y SU CÓNYPGE SEGÚN PROCEDA (es decir, los dependientes fiscales adultos de su hogar) FIRMAN A CONTINUACIÓN

This authorization will end if my/our application for Medicaid is denied, or I am/we are no longer eligible for Medicaid, or I/we revoke this authorization in a written statement to my local Department of Human Services. SEC 1137(a) of the Act.

Esta autorización finalizará si mi/nuestra solicitud de Medicaid es denegada, o si ya no cumpla/cumplimos los requisitos para Medicaid, o si revoco/revocamos esta autorización en una declaración por escrito a mi Department of Human Services. SEC 1137(a) de la Act.

Miembro(s) Adicional(es) del Hogar Firmas(s)	Relación con el Solicitante/ Beneficiary	SSN	Fecha (mm/dd/yyyy)
	*CÓNYUGUE		

¡Gracias por su tiempo y esperamos poder ayudarle!

F SECCIÓN DE INSTRUCCIÓN SOBRE LOS FORMULARIOS**PROPÓSITO:**

El formulario DHS 1100B-2 Medical Assistance Eligibility Renewal, se utilizará como la versión en papel del Aviso de N-14 Renewal. En caso de que no se pueda utilizar el Aviso de N-14 Renewal, se podrá utilizar en su lugar el DHS 1100B-2.

INSTRUCCIONES:

Este formulario deberá ser tramitado por el Contacto Principal **o el Representante Autorizado**.

Para el Contacto Principal:

Si necesita más espacio para sus respuestas, adjunte una hoja aparte a este formulario de renovación. Section A.- F. Seleccione la casilla Sí o No y responda a las preguntas según corresponda.

FIRMA DEL CONTACTO PRINCIPAL:

El Contacto Principal debe firmar esta sección y proporcionar la información solicitada. Al firmar certifica que la información proporcionada en este formulario de recertification es verdadera y correcta a su leal saber y entender y que autoriza al State of Hawaii a verificar sus recursos según lo permiten los Hawaii Revised Statutes §710-1063

Por favor, envíe este formulario completo y una copia del documento del authorized representative a la dirección indicada en la página 1 de este formulario o a la Eligibility Branch Office más cercana (véase más abajo). También puede comunicarse con la línea de Customer Service llamando al 1-800-316-8005, (TTY/TDD 711) para tramitar su renewal por teléfono.

Statewide	<p align="center">Med-QUEST Eligibility & Enrollment Service Centers 1-800-316-8005 (Phone) 711 TTY/TDD (Available to deaf, hearing, and speech impaired) 1-800-576-5504 (Fax) MQDCustomerSupport@dhs.hawaii.gov (Email) P.O. Box 3490, Honolulu, HI 96811-3490 (Mailing)</p>
HAWAII	<p>Hilo Service Center 1404 Kilauea Avenue, Hilo, HI 96720</p> <p>Kona Service Center Lanihau Professional Center, 75-5591 Palani Road, Suite 3004, Kailua-Kona, HI 96740</p>
KAUA'I	<p>Kaua'i Service Center Dynasty Court, 4473 Pahee Street, Suite A, Lihue, HI 96766</p>
MAUI	<p>Maui Service Center (Maui County)</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>Oahu Service Center</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>

Se Ha Dejado en Blanco Intencionalmente

YOUR RIGHTS TO REQUEST AN ADMINISTRATIVE HEARING

WHAT IS AN ADMINISTRATIVE HEARING (“hearing”)? A hearing is a fair review of the Department’s action on your case and must be requested within 90 calendar days from the date of this notice. A hearing officer who was not involved in the Department’s action will review all the facts of your case. If the hearing officer finds that the Department made a mistake, the Department will correct the action. 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

REASONS TO ASK FOR A HEARING:

- You do not agree with a decision that was made on your application or case.
 - Your application was not processed timely: 30 days for a SNAP; 90 days for a medical assistance on the basis of a disability; 45 days for a financial assistance or other medical assistance application.
- HAR 17-602.1-4; 17-602.1-24; 17-647-3; 17-647-7; 17-647-14; 17-1711.1-32

HOW DO I ASK FOR A HEARING? You can ask for a hearing in writing on the Department’s form or any other paper. For SNAP and medical assistance only, you can also call or tell a worker that you want a hearing. When the Department receives your request, the Administrative Appeals Office will mail you information about your hearing.
HAR 17-602.1-6; 17-602.1-31; 17-1703.1-4

MY BENEFITS WILL BE STOPPED. CAN I CONTINUE TO RECEIVE BENEFITS WHILE MY HEARING IS PENDING? Sí, please read the notice for the deadline to ask for continued benefits. If the hearing decision is not in your favor, you must repay the benefits you were not entitled to receive. 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

HOW LONG DOES THE PROCESS TAKE? The process generally takes 60 days for SNAP or 90 days for other programs. For medical and SNAP hearings, you may ask for an expedited hearing process for extreme cases, such as when life or health are at serious risk. HAR 17-602.1-16; 17-602.1-27; 17-602.1-29; 17-1703.1-4; 17-1703.1-15 to 16.

DO I NEED A LAWYER? A lawyer is not needed. You must participate in the hearing unless you tell the Department, in writing, that an authorized representative will participate for you. An authorized representative can be a friend, relative, advocate, or another person. For free legal advice or representation, contact the Legal Aid Society of Hawaii at 808-536-4302 (Oahu) or 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

WHAT IF I NEED AN INTERPRETER OR OTHER ACCOMMODATION? In your hearing request, you can ask for a free professional interpreter, larger print, sign language interpreter, auxiliary aid, or other reasonable accommodations to be provided. If you do not make your request before your hearing date, your hearing may be rescheduled to when the accommodation can be provided. HAR 17-602.1-5; 17-602.1-13; 17-602.1-30; 17-1703.1-6; 17-1711.1-2

WHAT ARE MY HEARING RIGHTS? You can ask your worker to see the documents and records before the hearing. At the hearing you can say why you think the Department was not correct and you can question the Department’s witnesses. You can also bring your own witnesses. You and the Department must agree on the people who will be allowed to observe the hearing. See above for an 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

WHAT IS FRAUD? If you do not follow your mandatory reporting requirements, lie, or hide facts, you may be responsible for repaying the value of the benefits you received and other penalties as applicable under the law, including prosecution. HAR 17-604.1; 17-1704-3, 17-1713.1-2; HRS §346-43.5, 710-1063

WHAT ARE MY OTHER RIGHTS?

• **CONFIDENTIALITY:** The Department will not release your information unless it is allowed in program rules or federal laws, needed in specific protective service situations, for fraud investigations, or if you submit a written request to release your information. HAR 17-601; 17-1702-5 to 6; 17-1706-6

• **NON-DISCRIMINATION:** The Department does not discriminate, exclude, or treat people differently on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex/gender (expression or identity) or any protected class under federal or state laws. If you believe that the Department or its service providers have failed to provide services or discriminated against you, you can file a complaint with: Civil Rights Compliance Officer by e-mail at DHSCivilRightsBox@dhs.hawaii.gov, call (808) 586-4955 or 711, fax to (808) 586-4990 or write to: Civil Rights Compliance Officer, P.O. Box 339, Honolulu, HI 96809-0339. DHS discrimination complaint forms (DHS 6000) are available at <https://humanservices.hawaii.gov> in the Civil Rights Corner under Forms. You can also file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (OCR), 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, Phone: 1(800) 368-1019, TDD: 1(800) 537-7697.