

Ibalik ang form na ito sa:
State of Hawaii – Dept. of Human Services
Med-QUEST Division



Today's Date

Numero ng Kaso: _____
Numero ng Telepono: _____
Numero ng Fax: _____



RE: MEDICAL ASSISTANCE ELIGIBILITY RENEWAL FORM – N14

Kumusta,

Ito ang iyong eligibility renewal form na kinakailangan taun-taon. **Pakisuyong repasuhin ang lahat ng impormasyon sa ibaba, i-update ang bago o binagong impormasyon sa lahat ng mga seksyon at sagutin ang lahat ng mga tanong sa form na ito.**

Maaaring wakasan ang pagkakubre sa medical assistance kung ang iyong renewal ay hindi nakumpleto sa takdang petsa sa ibaba.

Maaari mong kumpletuhin ang iyong renewal sa alinman sa mga sumusunod na paraan:

- ***Tawagan kami upang kumpletuhin ang iyong renewal sa pamamagitan ng telepono***
- ***Kumpletuhin, pirmahan, at ibalik ang form na ito sa amin sa pamamagitan ng mail, email o fax***
- ***Bisitahin ang isa sa aming mga opisina upang kumpletuhin ang iyong renewal nang personal***

Tingnan ang **Seksyon ng Mga Tagubilin sa Form** sa dulo ng notice na ito para sa mga detalye kung paano isumite ang iyong renewal form.

TAKDANG PETA: Ibalik ang form na ito sa amin o tawagan kami upang kumpletuhin ang iyong renewal bago lumipas ang petsang ito _____

Section A Impormasyon sa Sambahayan:

Oo Hindi

- A1.** Gusto mo bang ITIGIL ang iyong tulong medikal na Med-QUEST para sa **LAHAT** ng miyembro sa iyong sambahayan?

Kung Oo, pakilista ang dahilan dito: _____ ,
pagkatapos lumaktaw sa Section F.

Oo Hindi

- A2. Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan:** Nagbago ba ang iyong pangalan, address (residential at/o mailing), numero ng telepono, o email address?

Kasalukuyang Impormasyon	Pinalitan Sa
Pangalan:	
Address ng Tirahan:	
Mailing Address:	
Telepono sa Bahay:	
Cell Phone:	
Telepono sa Trabaho:	
Email:	

Oo Hindi

- A3. Mga Pagbabago sa Kasalukuyang Sambahayan:** Nagkaroon ba ng pagbabago sa mga miyembro ng iyong sambahayan?

Ang sumusunod na seksyon ng relasyon sa sambahayan ay naglilista ng mga relasyon sa pagitan ng bawat miyembro ng sambahayan. Kung mali ang alinman sa mga nakalistang relasyon, tanggalin ang mga ito at isulat ang tamang relasyon ayon sa sumusunod na listahan ng mga uri ng relasyon. Kung blangko ang relasyon, pakisulat ang tamang uri ng relasyon.

*Idagdag ang sinumang nawawalang miyembro ng sambahayan sa mga blangkong puwang na ibinigay

Kung walang mga pagbabago, pakisuyong pumunta sa tanong A.4

Mga Uri ng Relasyon:

- Mag-asawa
- Lolo/Lola
- Sa ilalim ng Pangunahing Pangangalaga
- Pamangking lalaki/babae
- Di-kasal na Partner o Domestic Partner
- Apo
- Kapatid (kasama ang step na kapatid)
- Iba pang Kaugnayan (i.e., in-law na nakatira sa bahay)
- Magulang (kasama ang step na magulang)
- Foster na Magulang
- Tio/Tia
- Walang Kaugnayan
- Anak (kasama ang step na anak)
- Foster na Anak
- Pinsan

Ang Relasyon ni {Pangalan ng Kliyente Apelyido ng Kliyente} kay
{Pangalan ng Kaugnay na Kliyente} ay {Uri ng Relasyon}

Halimbawa:

Ang Relasyon ni John Doe kay
Jane Doe ay <i>Asawa</i>
Mary Doe ay <i>Magulang (kasama ang step na magulang)</i>
Steve Doe ay <i>Magulang (kasama ang step na magulang)</i>
David Doe ay <i>Kapatid (kasama ang step na kapatid)</i>

Oo Hindi

Kung may mga pagbabago sa iyong sambahayan, gamitin ang tsart sa ibaba upang i-update ang impormasyon.

ANG MIYEMBRO NG SAMBAHAYAN NA NATANGGAL O NAHINTO ANG MGA BENEPISYO			
Pangalan	Dahilan (Tingnan ang Halimbawa sa Ibaba)	Petsa kung kailan inalis	Itigil ang Mga Benepisyo
			<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Mga halimbawa ng mga dahilan para alisin ang miyembro ng sambahayan			
Lumipat (Sa loob ng State o sa labas ng State. Pakibigay ang bagong address kung alam.)	Nasa bilangguan o Hawaii State Hospital	Diborsiyado o Legal na Hiwalay	
Patay na	Nasa Nursing Home o Community Care Foster Family Home	Ibang Dahilan (ipaliwanag)	

BAGONG MIYEMBRO NG SAMBAHAYAN: Kung kailangan mong MAGDAGDAG ng higit sa isang (1) bagong miyembro, pakisuyong gumawa ng kopya ng pahinang ito at ng susunod, o maglakip ng hiwalay na papel at sagutin ang mga sumusunod na tanong para sa bawat miyembro ng sambahayan na idinagdag o kontakin ang Customer Service sa 1-800-316-8005 (TTY: 711 o 1-800-603-1201) para sa karagdagang tulong:			
Pangalan ng Bagong Miyembro (Una, Panggitna, Apelyido, Apelyido, Suffix)			
Kung bagong panganak ang bagong miyembro, paki-bigay ang pangalan ng ina at ama sa ibaba:			
Pangalan ng Ina:		Pangalan ng Ama:	
Nag-aaplay para sa Medical Coverage? <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI			
Nakatanggap ng Medical Services sa loob ng nakaraang 90 days? <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI Kung oo, anong petsa:			
Kasarian	Petsa ng Kapanganakan	**Social Security Number	
**Dapat magbigay ng Social Security number (SSN) para sa bawat indibidwal (kasama ang mga anak) na nag-aaplay para sa Medical assistance. Maaari kaming makipag-ugnayan sa iyong sambahayan kung kailangan ng karagdagang impormasyon.			

Maaaring maantala ang mga benepisyo kung hindi natanggap ang hiniling na impormasyon. Kung kailangan ang tulong upang makakuha ng SSN o isang kapalit na SSN card, tumawag sa 1-800-772-1213 o bisitahin ang socialsecurity.gov. Ang mga TTY users ay dapat tumawag sa 1-800-325-0778

May-asawa? <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	Kung Oo, Pangalan ng Asawa:			
Gross monthly income (kabuuang buwanang kita bago ang buwis o iba pang bawas):				
Planong mag-file ng federal income tax return? <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	Mag-file kasama ang asawa? <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI			
Mag-claim ng sinumang tax dependent sa kanilang tax return? <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI				
Isulat ang pangalan ng (mga) tax dependent:				
Ike-claim ba bilang tax dependent sa tax return ng iba? <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI				
Kung Oo, pangalan ng tax filer:	*Kaugnayan:			
Buntis ba ang bagong miyembro? <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	Inaasahang Takdang Petsa: Ilang sanggol:			
U.S. Citizen/National? <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI				
Kung Hindi, may karapat-dapat na immigration status ba ang bagong miyembro? <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI				
Petsa ng Pagpasok _____ Alien o I-94 No. _____				
Uri ng Dokumento ng Immigration (i.e. I-551, Visa, etc.):	Uri ng katayuan			
Pangalan sang-ayon sa pagkasulat sa iyong dokumento sa imigrasyon				
Passport No. o Ibang card no.				
SEVIS ID o Petsa ng Pag-expire (opsyonal)	Code ng Kategorya			
Ang bagong miyembro ba ay na-claim bilang isang tax dependent sa taxes ng alinmang mga miyembro ng sambahayan? <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI				
Kung oo, pakilista sa ibaba ang pangalan ng miyembro ng sambahayan na nag-claim bilang tax dependent.				
Mga halimbawa ng mga relasyon sa sambahayan (kabilang ang step kung naaangkop) sa ibaba:				
• Mag-asawa	• Magulang	• Anak	• Kapati d	• Sa ilalim ng Pangunahing Pangangalaga
• Lolo/Lola	• Tio/Tia	• Pamangkin	• Pinsan	• Apo
• Foster na Magulang	• Foster na Anak	• Di-kasal na Partner o Domestic Partner		• Walang Kaugnayan
• Ibang Kaugnayan (ipaliwanag)				
Paano nauugnay ang bagong miyembro sa Pangunahing Contact sa Form na ito? (*mga halimbawa ng relasyon sa nakaraang pahina)				
Kung may iba pang miyembro sa sambahayan na ito, (nakatira sa "kasalukuyang address" na nakalista) paki-lista kung sino sila at kung paano nauugnay ang bagong miyembro *sa kanila sa ibaba:				
Kasalukuyang miyembro ng sambahayan:		Relasyon sa bagong miyembro:		
1.		1.		
2.		2.		
3.		3.		
4.		4.		
5.		5.		
6.		6.		
Kung mayroong higit sa (6) mga tao sa sambahayan na ito mangyaring gumawa ng kopya ng pahinang ito, kumpletuhin at ilakip.				

Yes No

A4. Tax filing ng Sambahayan: Tama ba ang impormasyon ng tax filing na nakalista sa ibaba? Kung hindi paki-update ang table sa ibaba.

Pangalan (Una, Panggitna, Apelyido, Suffix)	Indibidwal o Pinagsama?
Mag-claim ka ba ng mga tax dependent? <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	Pangalan ng Asawa (Una, Panggitna, Apelyido, Suffix)
Pangalan ng mga tax dependent:	
I-claim ka ba bilang isang dependent sa taxes ng iba? <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	
Kung kine-claim ka bilang dependent, ang pangalan ng tax filer na nagke-claim sa iyo bilang dependent:	

Oo Hindi

A5. Kita ng Sambahayan: Kung ang impormasyon na mayroon kami sa ibaba ay nagbago, pakisuyong maglakip ng mga kopya ng mga pagbabago. (Halimbawa, ang mga pay statement para sa nakaraang tatlong buwan.) Kung ikaw ay self-employed, pakisuyong magbigay ng dokumentasyon ng mga detalye ng kita sa iyong self-employment.

Pangalan	Pinagmulan ng Kita	Monthly Gross Amount	Employer/ *Self-Employment	Petsa ng Pagsisimula	Petsa ng Pagtatapos
Binago Sa:					
Binago Sa:					

*Ibawas ang iyong mga gastos sa negosyo sa self-employment mula sa buwanang kita na iniulat sa itaas.

Oo Hindi

A6. Ikaw ba o sinuman sa iyong sambahayan ay nasangkot sa isang insidente o aksidente kung saan ang ibang tao ay maaaring may pananagutan sa iyong mga gastos sa medikal? Kung oo, makikipag-ugnayan kami sa iyo.

Sino ang Nasangkot	Petsa ng Aksidente	Sino ang Maaaring Responsable/Kumpanya ng Insurance

Oo Hindi

A7. May sinuman ba sa sambahayang ito na kasalukuyang naka-enroll sa health coverage maliban sa Medicaid (Quest Integration)?

Pangalan	Health Insurance Carrier/Plan	Policy ID	Petsa ng Pagsisimula	Petsa ng Pagtatapos

Section B

Oo Hindi

- B1.** Mayroon ka bang miyembro na higit sa 65 taong gulang, bulag o disabled? Paki-tingnan kung tama ang impormasyong nakalista sa ibaba. Kung hindi, pak-update ang talahanayan sa ibaba.

Pangalan (Una, Panggitna, Apelyido, Suffix)	Bulag/Disabled	Edad 65 o higit	Tumatanggap ng 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"/>

LAKTAWAN ANG MGA SEKSYON C, D, AT E KUNG WALANG MIYEMBRO NG SAMBAHAYAN NA:

- 65 taong gulang o mas matanda
- tumatanggap ng Supplemental Social Security Insurance (SSI) mga benepisyo at/o
- tumatanggap ng mga benepisyo batay sa disability at/o
- tumatanggap ng Medicare A/B o pareho

Section C:

Oo Hindi

- C1.** Nagbago ba ang mga asset ng sinuman (mga account sa bangko/pinansyal na institusyon, tahanan, 401K, stocks, etc.)? Pakisuyong gumawa ng anumang mga pagbabago sa ibaba. * o Balanse noong 1st ng **kasalukuyang** buwan.

Pangalan	Uri ng Resource	Petsa ng Pagbabago	*Kasalukuyang Halaga

Section D:

Oo Hindi

- D1.** Ikaw ba o sinuman sa iyong sambahayan ay nagmamay-ari ng anumang real property?

Pangalan ng May-ari	Address ng Ari-arian	Kasalukuyang Halaga

Oo Hindi

- D2.** Ikaw ba o sinuman sa iyong sambahayan ay nagmamay-ari ng anumang **annuity**?

Pangalan ng May-ari	Petsa ng Issuance	Pangalan at Address ng Annuity Company

Oo Hindi

- D3.** Ikaw ba o sinuman sa iyong sambahayan ay may utang, **mortgage** o **promissory** note?

Pangalan ng May-ari	Petsa ng Transaksyon	Orihinal na Halaga	Balanse ng Utang

Oo Hindi

- D4.** Ikaw ba o sinuman sa iyong sambahayan ay bumibili ng **life estate interest** sa ari-arian ng iba?

Pangalan ng May-ari	Petsa ng Transaksyon	Address ng Ari-arian	Halagang Ibinayad

Oo Hindi

- D5.** Ikaw ba o sinuman sa iyong sambahayan ay nagbabayad ng entrance fee para sa Continuing Care Retirement Community (CCRC) o Life Care Community (LCC)?

Pangalan ng May-ari	Petsa ng Issuance	Pangalan & Address ng CCRC/LCC	Halagang Ibinayad

Section E Long-Term Care na Serbisyo

Oo Hindi

- E.1** Ang sinuman ba sa iyong sambahayan ay tumatanggap o nangangailangan ng mga serbisyo ng Long-Term Care sa isang Nursing Home, Adult Foster home, sa iyong sariling tahanan, Assisted Living home o Retirement/Life Care Community?

Pangalan ng (mga) Indibidwal: _____

Pangalan ng (mga) Indibidwal: _____

Oo Hindi

- E2.** Ikaw ba at/o ang iyong asawa ay nagbenta, nakipagkalakalan, o namigay ng ari-arian o iba pang mga asset--kabilang ang pera--sa loob ng nakaraang 60 months? O, ikaw ba at/o ang iyong asawa ay nag-transfer sa isang trust sa loob ng nakaraang 60 months?

Pangalan	Uri ng Asset	Dahilan	Petsa ng Pag-transfer	Halaga	Halagang Natanggap

Section F Iba Pang mga Pagbabago

Oo Hindi

- F1.** Mayroon ka bang ibang mga pagbabagong iuulat? *Kung nag-uulat ng iba pang mga pagbabago, pakisuyong magbigay ng sumusuportang dokumentasyon.*

PAKISUYONG PIRMAHAN SA IBABA AT IBALIK ANG FORM SA AMIN sa pamamagitan ng mail, email, fax o nang personal sa aming opisina

PAALALA: Maaari mo rin kaming tawagan para kumpletuhin ang iyong pag-renew sa pamamagitan ng telepono.

Tingnan ang SEKSYON NG MGA TAGUBILIN SA FORM para sa mga detalye

Pinatutunayan ko na ang impormasyong ibinibigay sa recertification form na ito ay totoo at sa abot ng aking kaalaman. Kung sinasadya kong gumawa ng mga maling statement sa form na ito, maaari akong i-prosecute sa ilalim ng Hawaii Revised Statutes §710-1063. Sa pamamagitan ng pagpirma, pinapahintulutan ko ang pag-verify ng anumang mga kinakailangan sa pagiging kwalipikado, at isama ang mga resource sa mga institusyong pampinansyal. Nagbibigay ako ng pahintulot sa State of Hawaii na i-check ang aking mga statement. Nabasa ko o ibinasa na sa akin ang listahan ng mga karapatan at responsibilidad sa huling pahina na maaari kong itago para sa aking impormasyon.

Pirma ng Pangunahing Contact/Benepisyaryo/Authorized Representative:	SSN	Petsa (mm/dd/yyyy)
--	-----	--------------------

KUNG SINO SA IYONG SAMBAHAYAN AY MAHIGIT 65 TAONG GULANG, BULAG O DISABLED, ANG INDIBIDWAL AT ANG KANILANG ASAWA KUNG NAAANGKOP (i.e. mga adultong tax dependent sa iyong sambahayan) AY MAGPIPIRMA SA IBABA

Ang awtorisasyong ito ay magtatapos kung ang aking/aming aplikasyon sa Medicaid ay tinanggihan, o ako/kami ay hindi na karapat-dapat sa Medicaid, o bawiin ko/namin ang awtorisasyong ito sa isang nakasulat na statement sa aking lokal na Department of Human Services. SEC 1137(a) ng Act.

(Mga) Pirma ng Karagdagang (mga) Miyembro ng Sambahayan:	Relasyon sa Aplikante/Beneficiary	SSN	Petsa (mm/dd/yyyy)
	*ASAWA		

Salamat sa iyong panahon at nagagalak kaming matulungan ka!

SEKSYON NG MGA TAGUBILIN SA FORM**LAYUNIN:**

Ang DHS 1100B-2 Medical Assistance Eligibility Renewal Form, ay dapat gamitin bilang papel na bersyon ng N-14 Renewal Notice. Kung sakaling ang isang N-14 Renewal Notice ay hindi magagamit, ang DHS 1100B-2 ay maaaring gamitin.

MGA TAGUBILIN:

Ang form na ito ay dapat kumpletuhin ng Pangunahing Contact **o Authorized Representative**.

Para sa Pangunahing Contact:

Kung kailangan ang karagdagang puwang para sa iyong mga sagot, pakisuyong maglakip ng isang hiwalay na papel sa renewal form na ito. Section A.-F. markahan ng Oo o Hindi ang check box at sagutin ang mga tanong kung naaangkop.

PIRMA NG PANGUNAHING CONTACT:

Dapat pirmahan ng Pangunahing Contact ang seksyong ito at magbigay ng hiniling na impormasyon. Sa pamamagitan ng pagpirma, pinatutunayan nila na ang impormasyong ibinigay sa recertification form na ito ay totoo at tama sa abot ng kanilang kaalaman at nagbibigay sila ng pahintulot sa State of Hawaii na i-check ang kanilang mga resource ayon sa pinahihintulutan sa ilalim ng Hawaii Revised Statutes §710-1063.

Pakibalik ang nakumpletong form na ito at isang kopya ng dokumento ng authorized representative sa address na nakalista sa pahina 1 ng form na ito o sa Eligibility Branch Office na malapit sa iyo (tingnan sa ibaba). Maaari ka ring makipag-ugnayan sa Customer Service sa 1-800-316-8005, (TTY/TDD 711) upang kumpletuhin ang iyong renewal sa telepono.

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>
HAWAI'I	<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>

Sinadyang Blangko ang Pahinang Ito
Left Intentionally Blank

IYONG MGA KARAPATAN NA HUMILING NG ADMINISTRATIVE HEARING

ANO ANG ADMINISTRATIVE HEARING (“hearing”)? Ang hearing ay isang patas na pagsusuri ng aksyon ng Department sa iyong kaso at dapat hilingin sa loob ng 90 calendar days mula sa petsa ng notice na ito. Ang isang hearing officer na hindi kasama sa aksyon ng Department ay magsusuri sa lahat ng mga nangyari sa iyong kaso. Kapag nalaman ng hearing officer na nagkamali ang Department, itatama ng Department ang aksyon. 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

MGA DAHILAN PARA HUMINGI NG HEARING:

- Hindi ka sumasang-ayon sa isang desisyon na ginawa sa iyong aplikasyon o kaso.
 - Ang iyong aplikasyon ay hindi naproseso sa oras: 30 days para sa SNAP; 90 days para sa medical assistance batay sa isang disability; 45 days para sa financial assistance o iba pang aplikasyon para sa medical assistance.
- HAR 17-602.1-4; 17-602.1-24; 17-647-3; 17-647-7; 17-647-14; 17-1711.1-32

PAPAANO AKO HIHINGI NG HEARING? Maaari kang humiling ng hearing sa pamamagitan ng pagsulat sa form ng Department o anumang iba pang papel. Para sa SNAP at medical assistance lamang, maaari ka ring tumawag o magsabi sa isang manggagawa na gusto mo ng hearing. Kapag natanggap ng Department ang iyong kahilingan, ipapadala sa iyo ng Administrative Appeals Office ang impormasyon tungkol sa iyong hearing.

HAR 17-602.1-6; 17-602.1-31; 17-1703.1-4

ITITIGIL ANG AKING MGA BENEPISYO. PUWEDE BA AKONG TULOY NA MAKATANGGAP NG MGA BENEPISYO HABANG NAGHIHINTAY NG AKING HEARING? Oo, pakibasa ang notice para sa deadline para humingi ng patuloy na mga benepisyo. Kung ang desisyon sa hearing ay hindi pabor sa iyo, dapat mong bayaran ang mga benepisyong hindi mo dapat natanggap. 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

GAANO KATAGAL ANG PROSESO? Ang proseso ay karaniwang tumatagal ng 60 days para sa SNAP o 90 days para sa iba pang mga programa. Para sa mga medical at SNAP hearings, maaari kang humingi ng pinabilis na proseso ng hearing para sa mga matinding kaso, tulad ng kapag ang buhay o kalusugan ay nasa malubhang panganib. HAR 17-602.1-16; 17-602.1-27; 17-602.1-29; 17-1703.1-4; 17-1703.1-15 to 16.

KAILANGAN KO BA NG LAWYER? Hindi kailangan ng lawyer. Dapat kang lumahok sa hearing maliban kung sasabihin mo sa Department, sa pamamagitan ng sulat, na ang isang authorized representative ay lalahok para sa iyo. Ang isang authorized representative ay maaaring isang kaibigan, kamag-anak, tagapagtaguyod, o ibang tao. Para sa libreng legal na payo o representasyon, makipag-ugnayan sa Legal Aid Society of Hawaii sa 808-536-4302 (Oahu) o 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

PAANO KUNG KAILANGAN KO NG INTERPRETER O IBA PANG ACCOMODATION? Sa iyong hearing request, maaari kang humingi ng libreng propesyonal na interpreter, mas malaking print, sign language interpreter, auxiliary aid, o iba pang makatwirang akomodasyon. Kung hindi ka nag-request bago ang petsa ng iyong hearing, ang iyong hearing ay maaaring ipagpaliban upang maibigay ang akomodasyon. HAR 17-602.1-5; 17-602.1-13; 17-602.1-30; 17-1703.1-6; 17-1711.1-2

ANO ANG AKING MGA KARAPATAN SA HEARING? Maaari mong hilingin sa iyong manggagawa na tingnan ang mga dokumento at rekord bago ang hearing. Sa hearing maaari mong sabihin kung bakit sa tingin mo ay hindi tama ang Department at maaari mong tanungin ang mga saksi ng Department. Maaari ka ring magdala ng sarili mong mga saksi. Ikaw at ang Department ay dapat magkasundo kung sino ang mga taong papayagang mag-observer sa hearing. Tingnan sa itaas para sa isang 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

ANO ANG FRAUD? Kung hindi mo i-ulat ang mga kinakailangan mong i-ulat, o magsinungaling ka, o magtago ka ng katotohanan, maaari kang maging responsable sa pagbabayad ng halaga ng mga benepisyo na iyong natanggap at iba pang mga parusa ayon sa naaangkop sa ilalim ng batas, kabilang ang pag-uusig. HAR 17-604.1; 17-1704-3, 17-1713.1-2; HRS §346-43.5, 710-1063

ANO ANG IBANG KARAPATAN KO?

• **CONFIDENTIALITY:** Hindi ilalabas ng Department ang iyong impormasyon maliban kung ito ay pinahihintulutan ng mga alituntunin ng programa o mga batas na federal, o kailangan sa mga partikular na sitwasyon ng protective service, para sa mga pagsisiyasat sa fraud, o kung magsumite ka ng nakasulat na kahilingang ilabas ang iyong impormasyon. HAR 17-601; 17-1702-5 to 6; 17-1706-6

• **NON-DISCRIMINATION:** Ang Department ay hindi nag-discriminate, exclude, o nagtrato sa mga tao nang naiiba batay sa race, color, national origin, edad, disability, o sex/gender (expression or identity) o anumang protektadong uri sa ilalim ng mga batas ng federal o state. Kung naniniwala ka na ang Department o ang mga tagapagbigay ng serbisyo nito ay hindi nagbigay ng mga serbisyo o may discrimination laban sa iyo, maaari kang magreklamo sa: Civil Rights Compliance Officer sa pamamagitan ng e-mail sa

DHSCivilRightsBox@dhs.hawaii.gov, pagtawag sa (808) 586-4955 o 711, pag-fax sa (808) 586-4990 o pagsulat

sa: Civil Rights Compliance Officer, P.O. Box 339, Honolulu, HI 96809-0339. Ang mga form ng reklamo sa DHS discrimination (DHS 6000) ay makukuha sa <https://humanservices.hawaii.gov> sa Civil Rights Corner sa ilalim ng Mga Form. Maaari ka ring magreklamo sa U.S. Department of Health at Human Services, Office for Civil Rights, sa elektronikong paraan sa <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o sa pamamagitan ng mail o telepono sa: U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (OCR), 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, Telepono: 1(800) 368-1019, TDD: 1(800) 537-7697.