



Today's Date

หมายเลขผู้ถูกคุ้มครอง: _____
หมายเลขโทรศัพท์: _____
หมายเลขโทรสาร: _____

เรื่อง: MEDICAL ASSISTANCE ELIGIBILITY RENEWAL FORM – N14

เรียนผู้ถูกคุ้มครอง

นี่คือแบบฟอร์ม eligibility renewal ประจำปีของคุณ โปรดตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทั้งหมดด้านล่าง
กรอกข้อมูลใหม่หรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงลงในทุกส่วน และตอบคำถามทุกข้อในแบบฟอร์มนี้

หากคุณไม่ทำ renewal ให้เสร็จภายในกำหนดเวลาด้านล่าง ความคุ้มครอง Medical assistance
ของคุณอาจถูกยกเลิก

คุณสามารถทำการ renewal ด้วยวิธีดังต่อไปนี้:

- renewal ทางโทรศัพท์
- กรอกแบบฟอร์ม ลงชื่อ และส่งกลับมาทางไปรษณีย์ อีเมล หรือ โทรสาร
- เข้ามาทำ renewal ด้วยตนเองที่สำนักงานของเรา

ดูวิธีการกรอกแบบฟอร์ม ที่อยู่ท้ายประกาศนี้สำหรับรายละเอียดวิธีการส่งแบบฟอร์ม renewal ของคุณ

กำหนดเวลา: คุณต้องส่งแบบฟอร์มนี้ให้เรา หรือโทรมาทำ renewal ภายในวันที่ _____

Section A ข้อมูลครัวเรือน:

ใช่ ไม่ใช่

 A1. คุณต้องการยกเลิกความช่วยเหลือทางการแพทย์ Med-QUEST สำหรับสมาชิกทุกคนในครอบครัวคุณหรือไม่

ถ้าใช่ โปรดระบุเหตุผลที่: _____ แล้วข้ามไป Section F

ใช่ ไม่ใช่

 A2. ข้อมูลการติดต่อ: ชื่อ ที่อยู่ (ที่อยู่อาศัยและ/หรือทางไปรษณีย์) หมายเลขโทรศัพท์ อีเมลของคุณ ได้เปลี่ยนไปไหม

ข้อมูลตามที่บันทึก	เปลี่ยนเป็น
ชื่อ:	
ที่อยู่อาศัย:	
ที่อยู่ทางไปรษณีย์:	
หมายเลขโทรศัพท์บ้าน:	
หมายเลขโทรศัพท์มือถือ:	
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน:	
อีเมล:	

ใช่ ไม่ใช่

 A3. การเปลี่ยนแปลงในครัวเรือน: มีการเปลี่ยนแปลงสมาชิกในครัวเรือนหรือไม่

ส่วนสัมพันธ์ภาพในครัวเรือนต่อไปนี้มีรายละเอียดสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกแต่ละคนในครัวเรือน หากสัมพันธ์ภาพใดไม่ถูกต้อง ให้ขีดฆ่าและเขียนสัมพันธ์ภาพที่ถูกต้องตามรายการประเภทสัมพันธ์ภาพต่อไปนี้
หากช่องสัมพันธ์ภาพว่างเปล่าขอให้กรอกประเภทสัมพันธ์ภาพที่ถูกต้อง
*หากมีสมาชิกครัวเรือนขาดหายไป โปรดเติมชื่อไปในช่องว่างที่มีให้

หากไม่มีการเปลี่ยนแปลง โปรดไปที่คำถาม A.4**ประเภทสัมพันธ์ภาพ:**

- คู่สมรส
- คู่ครองที่ไม่ได้สมรส
- บุพการี (รวมถึงพ่อ/แม่เลี้ยง)
- ลูก (รวมถึงลูกเลี้ยง)
- ปู่/ย่า/ตา/ยาย
- หลาน (ลูกของลูก)
- บุพการี Foster
- ลูก Foster
- อยู่ภายใต้การดูแล
- พี่น้อง (รวมถึงต่างบิดามารดา)
- ลูก/ป้า
- ลูกพี่ลูกน้อง
- หลาน (ลูกของพี่น้อง)
- สัมพันธ์ภาพอื่นๆ (เช่น พ่อตา/แม่ยาย/เชย/สะใภ้)
- ไม่มีสัมพันธ์ภาพ

{ชื่อ นามสกุล ผู้ถูกคุ้มครอง} มีสัมพันธ์ภาพกับ

{ชื่อของผู้ที่มีสัมพันธภาพด้วย} เป็น {ประเภทสัมพันธภาพ}

ตัวอย่าง:

John Doe มีสัมพันธภาพกับ:
Jane Doe เป็นคู่สมรส
Mary Doe เป็นบุพการี (รวมถึงพ่อ/แม่เลี้ยง)
Steve Doe เป็นบุพการี (รวมถึงพ่อ/แม่เลี้ยง)
David Doe เป็นพี่น้อง (รวมถึงต่างบิดามารดา)

มี ไม่มี หากมีการเปลี่ยนแปลงในครัวเรือนของคุณ โปรดใช้ตารางด้านล่างเพื่อใส่ข้อมูลปัจจุบัน

สมาชิกในครัวเรือนที่ถูกปล่อยหรือยกเลิกสวัสดิการ			
ชื่อ นามสกุล	สาเหตุ (ดูตัวอย่างด้านล่าง)	วันที่ปล่อย	ยกเลิกสวัสดิการ
			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ตัวอย่างสาเหตุการลบสมาชิกในครัวเรือน			
ย้ายออก (ภายใน State หรือนอก State โปรดระบุที่อยู่ใหม่ถ้ามี)	ติดคุกหรืออยู่ Hawaii State Hospital	หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ตามกฎหมาย	
มรณะ	อยู่บ้านพักคนชราหรือ Foster Family Home	สาเหตุอื่น (อธิบาย)	

สมาชิกใหม่ในครัวเรือน: หากคุณ ต้องการเพิ่มสมาชิกใหม่มากกว่าหนึ่ง (1) คน โปรดถ่ายสำเนาหน้านี้กับหน้าถัดไป หรือแนบกระดาษอีกแผ่นเพื่อตอบคำถามต่อไปนี้สำหรับสมาชิก ในครัวเรือนแต่ละคนที่เพิ่มเข้ามา หรือติดต่อ Customer Service ที่ 1-800-316-8005 (TTY 711 หรือ 1-800-603-1201) เพื่อขอความช่วยเหลือ		
สมาชิกใหม่ (ชื่อ ชื่อกลาง นามสกุล ค่าต่อท้ายชื่อ)		
หากสมาชิกใหม่เป็นทารกเพิ่งเกิด โปรดระบุชื่อมารดาบิดาด้านล่างนี้:		
ชื่อมารดา:	ชื่อบิดา:	
ต้องการสมัคร Medical Coverage หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
ได้รับ Medical Services ภายใน 90 days ที่ผ่านมาหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ถ้าใช่เมื่อวันที่เท่าไร:		
เพศ	วันเดือนปีเกิด	**Social Security Number
**ต้องระบุ Social Security number (SSN) ของแต่ละคน (รวมถึงเด็ก) ที่สมัครขอรับ Medical assistance หากเราต้องการข้อมูลเพิ่มเติม เราอาจติดต่อไปที่ครัวเรือนของคุณ หากเราไม่ได้รับข้อมูลที่ขอไป ผลประโยชน์การคุ้มครองอาจล่าช้า หากต้องการความช่วยเหลือในการขอ SSN หรือทำบัตร SSN ใหม่ โปรดโทรไปที่ 1-800-772-1213 หรือไปที่ socialsecurity.gov คนที่ใช้ TTY โทรไปที่ 1-800-325-0778		
ได้จดทะเบียนสมรสหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ชื่อคู่สมรส (หากจดทะเบียนแล้ว):	

Gross monthly income (รายได้รวมก่อนหักภาษี หรือการหักอื่นๆ):				
เขาวางแผนที่จะยื่นแบบฟอร์มแสดงรายการ federal income tax หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่				
จะยื่นร่วมกับคู่สมรสหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่				
เขาจะระบุผู้ที่เขารับอุปการะ tax ในแบบฟอร์มแสดงรายการ tax หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่				
เขียนชื่อคนที่เขารับอุปการะ tax:				
มีคนอื่นที่จะระบุเขาเป็นผู้ที่ได้รับการอุปการะในแบบฟอร์มแสดงรายการ tax หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่				
หากมี เขียนชื่อคนยื่นแบบฟอร์ม tax:			*สัมพันธภาพ:	
สมาชิกใหม่ตั้งครรภ์หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ กำหนดวันคลอด:			จำนวนเด็กที่จะคลอด:	
คุณเป็น U.S. Citizen/National หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่				
ถ้าไม่ใช่ สมาชิกใหม่มี immigration status ที่สามารถรับสิทธิ์ความคุ้มครองหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่				
วันที่เข้าเมือง _____ หมายเลขคนต่างด้าวหรือ I-94 _____				
ประเภทเอกสาร immigration (เช่น I-551, วีซ่า เป็นต้น):			ประเภทสถานะ	
ชื่อตามที่ปรากฏในเอกสารการเข้าเมือง				
หมายเลข Passport หรือบัตรอื่น				
SEVIS ID หรือวันหมดอายุ (ถ้ามี)			หมวดรหัส	
สมาชิกใหม่ถูกระบุเป็นผู้ได้รับการอุปการะ tax ในแบบฟอร์มแสดงรายการ taxes ของสมาชิกคนใดในครัวเรือนหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่				
หากถูกระบุ โปรดระบุข้างล่างชื่อสมาชิกในครัวเรือนที่ระบุว่าสมาชิกใหม่เป็นผู้ที่ได้รับการอุปการะ tax				
ตัวอย่างสัมพันธภาพในครัวเรือน (รวมถึงพ่อ/แม่เลี้ยง ลูกเลี้ยง) ด้านล่าง:				
• สมรสแล้ว	• บุพการี	• ลูก	• พี่น้อง	• อยู่ภายใต้การดูแล
• ปู่/ย่า/ตา/ยาย	• ลุง/ป้า	• หลาน (ลูกของพี่น้อง)	• ลูกพี่ลูกน้อง	• หลาน (ลูกของลูก)
• บุพการี Foster	• ลูก Foster	• คู่ชีวิตที่ไม่ได้จดทะเบียนสมรส หรือ Domestic Partner	• ไม่มีสัมพันธภาพ	
• สัมพันธภาพอื่นๆ (โปรดอธิบาย)				
สมาชิกใหม่เกี่ยวข้องกับผู้ติดต่อหลักในแบบฟอร์มนี้อย่างไร (*ตามตัวอย่างสัมพันธภาพจากหน้าที่แล้ว)				
หากมีสมาชิกคนอื่นๆในครัวเรือนนี้ (ในที่อยู่อาศัยปัจจุบันตามที่บันทึกไว้) โปรดระบุชื่อด้านล่างและสัมพันธภาพ*กับสมาชิกใหม่:				
สมาชิกปัจจุบันในครัวเรือน:			สัมพันธภาพกับสมาชิกใหม่:	
1.				1.
2.				2.
3.				3.
4.				4.
5.				5.
6.				6.
หากจำนวนสมาชิกครัวเรือนเกินหก(6)คน โปรดทำสำเนาหน้านี้ กรอกให้สมบูรณ์แล้วแนบมาด้วย				

ถูก ไม่ถูก **A4. ครั้วเรือนที่ยื่นแบบฟอร์ม Tax:** ข้อมูลการยื่น tax ที่แสดงด้านล่างถูกต้องหรือไม่ ถ้าไม่ถูกต้องโปรดแก้ไขในตาราง

ชื่อ (ชื่อ ชื่อกลาง นามสกุล คำต่อท้ายชื่อ)	ยื่นแสดงภาษีส่วนบุคคลหรือร่วมกับคู่สมรส
คุณรับอุปการะผู้ใดทาง tax หรือ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ชื่อคู่สมรส (ชื่อ ชื่อกลาง นามสกุล คำต่อท้ายชื่อ)
ชื่อคนที่คุณรับอุปการะทาง tax:	
คุณถูกระบุเป็นผู้ที่ได้รับการอุปการะทาง taxes ของคนอื่นหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
หากคุณถูกระบุเป็นผู้ที่ได้รับการอุปการะจากผู้อื่น โปรดระบุชื่อผู้ยื่นแบบฟอร์ม tax ที่ได้ระบุคุณเป็นผู้ที่ได้รับการอุปการะ:	

มี ไม่มี **A5. รายได้ครั้วเรือน:** หากข้อมูลด้านล่างนี้มีการเปลี่ยนแปลงโปรดแนบสำเนาเอกสารที่เปลี่ยนแปลง (เช่น ใบแจ้งยอดเงินเดือนสามเดือนที่ผ่านมา) หากคุณ self-employed แนบเอกสารรายละเอียดของรายได้จากการ self-employed ด้วย

ชื่อ	แหล่งรายได้	Monthly Gross Amount	นายจ้าง/ *Self-Employment	วันเริ่มต้น	วันสิ้นสุด
เปลี่ยนเป็น:					
เปลี่ยนเป็น:					

* โปรดหักค่าใช้จ่ายทางธุรกิจจากการ self-employment ของคุณจากรายได้ต่อเดือนที่ระบุด้านบน

มี ไม่มี **A6. มีคุณหรือใครในครั้วเรือนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในอุบัติเหตุที่คนอื่นอาจต้องรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลของคุณหรือไม่ ถ้ามีเราจะติดต่อคุณ**

คนในครั้วเรือนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง	วันที่เกิดอุบัติเหตุ	ผู้ที่อาจต้องรับผิดชอบ/บริษัท Insurance

มี ไม่มี **A7. มีใครในครั้วเรือนที่ลงทะเบียนประกันสุขภาพนอกเหนือจากกับ Medicaid (QUEST Integration) หรือไม่**

ชื่อ	Health Insurance Carrier/แผนประกันสุขภาพ	Policy ID	วันเริ่มต้น	วันสิ้นสุด

Section Bมี ไม่มี **B1. มีสมาชิกที่อายุ 65 ปีหรือมากกว่า ตามอดหรือ disabled หรือไม่ โปรดตรวจสอบว่าข้อมูลด้านล่างถูกต้องหรือไม่ ถ้าไม่ถูกต้องโปรดแก้ไขในตารางด้านล่าง**

ชื่อ (ชื่อ ชื่อกลาง นามสกุล คำต่อท้ายชื่อ)	ตามอด/Disabled	อายุ 65 ปีหรือมากกว่า	ได้รับสวัสดิการ 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"/>

ข้าม SECTIONS C, D และ E หากไม่มีสมาชิกในครัวเรือนที่:

- อายุ 65 ปีหรือมากกว่า
- ได้รับสวัสดิการ Supplemental Social Security Insurance (SSI) และ/หรือ
- ได้รับสวัสดิการจากการ disability และ/หรือ
- ได้รับ Medicare A/B หรือทั้งสองอย่าง

Section C:มี ไม่มี

C1. มีผู้ใดที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านทรัพย์สิน (บัญชีธนาคาร/สถาบันการเงิน บ้าน 401K, stocks ฯลฯ) หรือไม่โปรดทำการแก้ไขด้านล่าง *หรือยอดคงเหลือ ณ วันที่ 1st ของเดือนปัจจุบัน

ชื่อ	ประเภททรัพย์สิน	วันที่เปลี่ยน	*มูลค่าปัจจุบัน

Section D:มี ไม่มี

D1. มีคุณหรือผู้ใดในครัวเรือนเป็นเจ้าของอสังหาริมทรัพย์หรือไม่

ชื่อเจ้าของ	ที่อยู่อสังหาริมทรัพย์	มูลค่าปัจจุบัน

มี ไม่มี

D2. มีคุณหรือผู้ใดในครัวเรือนเป็นเจ้าของ annuity หรือไม่

ชื่อเจ้าของ	วันที่ออก	ชื่อกับที่อยู่บริษัท Annuity

มี ไม่มี

D3. มีคุณหรือผู้ใดในครัวเรือนเป็นหนี้เงินกู้ mortgage หรือสัญญา promissory หรือไม่

ชื่อเจ้าของ	วันที่ทำรายการ	จำนวนเงินต้น	ยอดค้างชำระ

มี ไม่มี

D4. มีคุณหรือผู้ใดในครัวเรือนซื้อ life estate interest ในอสังหาริมทรัพย์ของคนอื่นหรือไม่

ชื่อเจ้าของ	วันที่ทำรายการ	ที่อยู่อสังหาริมทรัพย์	จำนวนจ่ายแล้ว

มี ไม่มี

D5. มีคุณหรือผู้ใดในครัวเรือนจ่ายค่าธรรมเนียมการเข้า Continuing Care Retirement Community (CCRC) หรือ Life Care Community (LCC) หรือไม่

ชื่อเจ้าของ	วันที่ออก	ชื่อและที่อยู่ของ CCRC/LCC	จำนวนจ่ายแล้ว

Section E บริการ Long-Term Careมี ไม่มี

E.1 มีผู้ใดในครัวเรือนได้รับหรือต้องการบริการ Long-Term Care ใน Nursing Home, Adult Foster home ในบ้านของตนเอง Assisted Living home หรือ Retirement/Life Care Community หรือไม่

ชื่อบุคคล: _____
 ชื่อบุคคล: _____

ใช่ ไม่ใช่

E2. ภายใน 60 months ที่ผ่านมามีคุณและ/หรือคู่สมรสได้ขาย แลกเปลี่ยน หรือให้หรือสืบทอดทรัพย์สินหรือทรัพย์สินอื่น ๆ รวมถึงเงินให้กับผู้อื่น หรือได้ทำการโอนทรัพย์สินเข้า trust ภายใน 60 months ที่ผ่านมาหรือไม่

ชื่อ	ประเภททรัพย์สิน	เหตุผล	วันโอน	มูลค่า	จำนวนที่ได้รับ

Section F การเปลี่ยนแปลงอื่นๆ

มี ไม่มี F1. มีการเปลี่ยนแปลงอื่นๆที่จะรายงานหรือไม่ หากต้องการรายงานการเปลี่ยนแปลงอื่นๆโปรดเตรียมเอกสารสนับสนุน

**โปรดลงชื่อด้านล่างและส่งแบบฟอร์มกลับมาให้เราทางไปรษณีย์ อีเมล โทรสาร หรือด้วยตนเองที่สำนักงานเรา
 คำเตือน: คุณสามารถโทรมาหาเราเพื่อต่ออายุความคุ้มครองทางโทรศัพท์ทำได้
 ดูรายละเอียดในวิธีการกรอกแบบฟอร์มด้านล่าง**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้ในแบบฟอร์ม recertification นี้เป็นความจริงและตามที่ข้าพเจ้าทราบ หากข้าพเจ้าตั้งใจให้ความเท็จในแบบฟอร์มนี้ข้าพเจ้าอาจถูก prosecuted ภายใต้ Hawaii Revised Statutes §710-1063 โดยการลงนาม ข้าพเจ้าอนุญาตให้ตรวจสอบสิทธิ์การได้รับความคุ้มครองตามข้อกำหนด รวมถึงทรัพย์สินใดๆที่ข้าพเจ้ามีกับสถาบันการเงิน ข้าพเจ้าอนุญาตให้ State of Hawaii ตรวจสอบค่าใช้จ่ายของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าได้อ่านหรือได้มีคนอ่านรายการสิทธิ์ที่พึงมีและความรับผิดชอบในหน้าสุดท้ายให้ข้าพเจ้าฟัง ซึ่งข้าพเจ้าสามารถเก็บไว้เป็นข้อมูลได้

ลายเซ็นของผู้ติดต่อหลัก/ผู้ได้รับผลประโยชน์/ Authorized Representative:	SSN	วันที่ (mm/dd/yyyy)
-------------------------------------------------------------------------	-----	---------------------

หากบุคคลใดในครัวเรือนมีอายุ 65 ปีหรือมากกว่า เป็นคนตาบอดหรือ DISABLED ให้บุคคลนั้นและคู่สมรสตามที่จำเป็น (เช่น ผู้ใหญ่ที่ได้รับการอุปการะทาง tax) เซ็นชื่อด้านล่าง
 การอนุญาตนี้จะสิ้นสุดลงเมื่อข้าพเจ้า/เราถูกปฏิเสธความคุ้มครองผ่าน Medicaid หรือข้าพเจ้า/เราไม่มีสิทธิ์ได้รับ Medicaid อีกต่อไป หรือข้าพเจ้า/เราเพิกถอนการอนุญาตนี้เป็นลายลักษณ์อักษรกับ Department of Human Services ตาม SEC 1137(a) ของ Act

ลายเซ็นสมาชิกในครัวเรือนเพิ่มเติม:	สัมพันธ์กับผู้สมัคร/ Beneficiary	SSN	วันที่ (mm/dd/yyyy)
	*คู่สมรส		

ขอขอบคุณที่สละเวลาและเรายินดีที่จะให้ความช่วยเหลือคุณ

วิธีการออกแบบฟอร์ม**วัตถุประสงค์:**

แบบฟอร์ม DHS 1100B-2 Medical Assistance Eligibility Renewal เป็นฉบับกระดาษของใบประกาศ N-14 Renewal กรณีที่ไม่สามารถใช้ใบประกาศ N-14 Renewal ได้ คุณก็สามารถใช้แบบฟอร์ม DHS 1100B-2 แทน

วิธีการ:

แบบฟอร์มนี้จะต้องกรอกโดยผู้ติดต่อหลักหรือ **ตัวแทนที่ได้รับอนุญาต**

สำหรับผู้ติดต่อหลัก:

ถ้าหากต้องการเนื้อหาที่เพิ่มสำหรับตอบคำถาม โปรดแนบกระดาษมาพร้อมกับแบบฟอร์มการต่ออายุนี้ ใน Section A.-F. เลือกคำตอบว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย และเขียนคำตอบตามเหมาะสม

ลายเซ็นผู้ติดต่อหลัก:

ผู้ติดต่อหลักต้องลงนามในส่วนนี้และกรอกข้อมูลในช่องว่าง การลงนามเป็นการรับรองว่าข้อมูลที่ให้ในแบบฟอร์ม recertification เป็นความจริงและถูกต้องตามที่ทราบ และอนุญาตให้ State of Hawaii ตรวจสอบข้อมูลตามที่ได้รับอนุมัติภายใต้ Hawaii Revised Statutes §710-1063

โปรดส่งแบบฟอร์มที่กรอกข้อมูลครบถ้วนและสำเนาเอกสารสำหรับ authorized representative มาอยู่ที่ระบุไว้ในหน้า 1 ของแบบฟอร์มนี้ หรือส่งไปยัง Eligibility Branch Office ที่อยู่ใกล้คุณ (ดูด้านล่าง) คุณยังสามารถ contact Customer Service ได้ที่หมายเลข 1-800-316-8005 (TTY/TDD 711) เพื่อดำเนินการ renewal ทางโทรศัพท์

Statewide	<p style="text-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 (อีเมล) 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 Lanikai Professional Center, 75-5591 Palani Road, Suite 3004, Kailua-Kona, HI 96740</p>
KAUAI	<p>Kauai 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>

หน้านี้ปล่อยให้ว่างโดยเจตนา

สิทธิการร้องขอ ADMINISTRATIVE HEARING

ADMINISTRATIVE HEARING (“hearing”) คืออะไร Hearing เป็นการตรวจสอบการดำเนินการของ Department ที่เกี่ยวกับการยื่นขอความช่วยเหลือของคุณอย่างยุติธรรม ซึ่งคุณจะต้องร้องขอภายใน 90 calendar days จากวันที่ในประกาศนี้ hearing officer ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการของ Department จะตรวจสอบข้อเท็จจริงทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการยื่นขอความช่วยเหลือของคุณ หาก hearing officer พิจารณาแล้วเห็นว่า Department มีข้อผิดพลาด Department จะต้องดำเนินการแก้ไข HAR 17-602.1-3 ถึง 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 ถึง 4; 17-1713.1-2

เหตุผลในการขอ HEARING:

- คุณไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการยื่นขอความช่วยเหลือของคุณ
 - ใบสมัครของคุณไม่ได้รับการดำเนินการตามกำหนดเวลา: 30 days สำหรับ SNAP; 90 days สำหรับ medical assistance เนื่องจากความ disability; 45 days สำหรับ financial assistance หรือ medical assistance อื่น ๆ
- HAR 17-602.1-4; 17-602.1-24; 17-647-3; 17-647-7; 17-647-14; 17-1711.1-32

ข้าพเจ้าสามารถร้องขอ HEARING ได้อย่างไร คุณสามารถขอ hearing เป็นลายลักษณ์อักษรโดยใช้แบบฟอร์มของ Department หรือแผ่นกระดาษอื่น สำหรับ SNAP และ medical assistance คุณสามารถโทรหรือแจ้งพนักงานว่าคุณต้องการ hearing เมื่อ Department ได้รับคำร้องคุณ ทางสำนักงาน Administrative Appeals จะส่งข้อมูลเกี่ยวกับ hearing ของคุณให้ทางไปรษณีย์ HAR 17-602.1-6; 17-602.1-31; 17-1703.1-4

ความช่วยเหลือของฉันจะสิ้นสุดลง ฉันจะยังได้รับความคุ้มครองในขณะที่ HEARING อยู่ระหว่างการดำเนินการหรือไม่ ใช่ โปรดอ่านประกาศแจ้งกำหนดเวลาเพื่อขอรับผลประโยชน์อย่างต่อเนื่อง หากผลของ hearing ยืนยันว่าคุณไม่มีสิทธิได้รับความคุ้มครอง คุณจะต้องชำระคืนผลประโยชน์ใดๆที่คุณไม่มีสิทธิ์จะได้รับ 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

กระบวนการใช้เวลานานแค่ไหน โดยทั่วไปกระบวนการจะใช้เวลา 60 days สำหรับ SNAP หรือ 90 days สำหรับโปรแกรมอื่น ในกรณีฉุกเฉินเช่น เมื่อชีวิตหรือสุขภาพอยู่ในภาวะคับขัน คุณสามารถร้องขอ medical หรือ SNAP hearing แบบเร่งด่วนได้ HAR 17-602.1-16; 17-602.1-27; 17-602.1-29; 17-1703.1-4; 17-1703.1-15 to 16

ฉันต้องใช้ LAWYER ใหม่ ไม่จำเป็นต้องใช้ lawyer คุณต้องมีส่วนร่วมใน hearing เว้นแต่คุณจะแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้ Department ทราบว่า authorized representative จะมาแทนคุณ authorized representative จะเป็นเพื่อน ญาติ ผู้สนับสนุน หรือบุคคลอื่นก็ได้ คุณสามารถติดต่อ Legal Aid Society of Hawaii เพื่อรับคำแนะนำหรือตัวแทนทางกฎหมายฟรี ที่ 808-536-4302 (Oahu) หรือ 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

ข้าพเจ้าจะท้ออย่างไรถ้าข้าพเจ้าจำเป็นต้องใช้ INTERPRETER หรือบริการช่วยเหลืออื่นๆ เมื่อร้องขอ hearing คุณสามารถขอ interpreter มีอาชีพฟรี ตัวพิมพ์ขนาดใหญ่ sign language interpreter auxiliary aid หรือบริการช่วยเหลืออื่นที่สมเหตุสมผล หากคุณไม่ได้ขอก่อนวัน hearing hearing ของคุณอาจถูกเลื่อนไปเป็นวันที่ทางการสามารถจัดหาบริการช่วยเหลือให้ได้ HAR 17-602.1-5; 17-602.1-13; 17-602.1-30; 17-1703.1-6; 17-1711.1-2

สิทธิ HEARING ของข้าพเจ้ามีอะไรบ้าง คุณสามารถขอพนักงานดูแลเอกสารและบันทึกต่างๆก่อนวัน hearing ในวัน hearing คุณสามารถอธิบายว่าทำไมคุณถึงคิดว่า Department ไม่ถูกต้องและซักถามพยานของ Department ได้ คุณยังสามารถนำพยานมาเองได้ด้วย คุณกับ Department จะต้องตกลงกันก่อนว่าใครที่จะได้รับอนุญาตให้เข้าร่วมเพื่อสังเกตการณ์ hearing ดูข้อมูลข้างบนถ้าต้องการ 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

FRAUD คืออะไร หาก你不ปฏิบัติตามข้อกำหนดการรายงาน โทก หรือปกปิดข้อเท็จจริง คุณอาจต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายตามมูลคาผลประโยชน์ที่คุณได้รับและค่าปรับอื่นๆที่เกี่ยวข้องภายใต้กฎหมายรวมทั้งค่าการดำเนินการทางกฎหมาย HAR 17-604.1; 17-1704-3, 17-1713.1-2; HRS §346-43.5, 710-1063

ข้าพเจ้ามีสิทธิอื่นๆอะไรบ้าง

- **CONFIDENTIALITY:** Department จะไม่เปิดเผยข้อมูลของคุณ เว้นแต่จะได้รับการอนุมัติตามกฎหมายของโปรแกรมหรือกฎหมาย federal ที่จำเป็นในสถานการณ์ protective service การสอบสวน fraud หรือหากคุณยื่นคำขอเป็นลายลักษณ์อักษรอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลของคุณได้ HAR 17-601; 17-1702-5 to 6; 17-1706-6
- **NON-DISCRIMINATION:** Department จะไม่ discriminate, exclude หรือเลือกปฏิบัติบนพื้นฐานของ race, color, national origin, อายุ disability หรือ sex/gender (expression หรือ identity) หรือกลุ่มชนที่ได้รับการคุ้มครองภายใต้กฎหมาย federal หรือ state หากคุณเชื่อว่า Department หรือผู้ให้บริการละเลยการให้บริการหรือ discriminate ต่อคุณ คุณสามารถยื่นเรื่องร้องเรียนกับ: Civil Rights Compliance Officer ทางอีเมลที่ DHSCivilRightsBox@dhs.hawaii.gov โทร (808) 586-4955 หรือ 711 โทรสาร (808) 586-4990 หรือเขียนถึง: Civil Rights Compliance Officer, P.O. Box 339, Honolulu, HI 96809-0339 คุณสามารถหาแบบฟอร์มร้องเรียน DHS discrimination (DHS 6000) ได้ที่ <https://humanservices.hawaii.gov> ใน Civil Rights Corner ภายใต้แบบฟอร์ม นอกจากนี้คุณยังสามารถยื่นเรื่องร้องเรียนทางอิเล็กทรอนิกส์กับ U.S. Department of Health และ Human Services, Office for Civil Rights ได้ที่ <https://ocportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> หรือทางไปรษณีย์หรือโทรศัพท์ที่: U.S. Department of Health และ Human Services, Office for Civil Rights (OCR), 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC โทร 1(800) 368-1019, TDD: 1(800) 537-7697

