

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



Today's Date

Номер справи: _____

Номер телефону: _____

Номер факсу: _____



Щодо: **ФОРМА ПОНОВЛЕННЯ ПРАВА НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ – N14**
MEDICAL ASSISTANCE ELIGIBILITY RENEWAL FORM – N14

Алоха,

Це ваша eligibility renewal форма поновлення права, яку потрібно заповнювати щорічно. Будь ласка перегляньте наведену нижче інформацію, введіть нову або змінену інформацію в усі розділи та дайте відповіді на всі запитання в цій формі.

Medical assistance покриття може бути припинено, якщо ваше поновлення renewal не завершено до вказаної нижче дати.

Ви можете завершити renewal одним з наступних способів:

- ***Зателефонуйте нам, щоб завершити renewal по телефону***
- ***Заповніть, підпишіть та надішліть нам цю форму поштою, електронною поштою чи факсом***
- ***Відвідайте один із наших офісів, щоб особисто завершити поновлення renewal***

Перегляньте розділ «Інструкції щодо форм» у кінці цього повідомлення, щоб дізнатися, як подати форму renewal .

Термін: Поверніть нам цю форму або зателефонуйте нам, щоб завершити поновлення renewal до

Section A Інформація про сім'ю:

Так Ні

 A1. Ви хочете зупинити медичну допомогу Med-QUEST для **Всіх** членів вашої сім'ї?

Якщо так, будь ласка, вкажіть свою причину тут: _____, а потім перейдіть до Section F.

Так Ні

 A2. Контактна інформація: Чи змінилися ваше ім'я, адреса (місце проживання та/або поштова адреса), номер телефону чи адреса електронної пошти?

Актуальтна інформація	Змінено на
Ім'я:	
Адреса місця проживання:	
Поштова адреса:	
Домашній телефон:	
Мобільний телефон:	
Робочий телефон:	
Електронна пошта:	

Так Ні

 A3. Зміни в поточному домогосподарстві: чи відбулися зміни в членах вашої родини?

Наступний розділ сімейних стосунків заповнений стосунками між кожним членом родини. Якщо якісь із перелічених зв'язків є неправильними, викресліть їх і запишіть правильний зв'язок відповідно до наведеного нижче списку типів зв'язків. Якщо місце де написано **зв'язок** порожній, впишіть правильний тип зв'язку.

*Додайте будь-яких відсутніх членів сім'ї в порожні місця

Якщо немає змін, перейдіть до питання A.4**Типи відносин:**

- Одружений/на
- Дідусь/бабуся
- Під первинною медичною допомогою
- Племянник племянниця
- Неодружений партнер чи спільне проживання
- онук/внучка
- брат/сестра (включаючи зведених)
- Інший зв'язок (наприклад, проживання вдома цивільний шлюб)
- Батько/мати (включаючи прийомних)
- Foster Прийомний батько/мати
- Дядько/тітка
- Не пов'язані

- Діти
(включаючи
прийманих)
- Foster
Прийомна
дитина
- Двоюрідний
брат

{Ім'я клієнта Прізвище клієнта} Стосунок до
{Ім'я родичів клієнта} {Тип відносин}

Наприклад:

John Doe's відносини до
Jane Doe дружина
Mary Doe мати (включаючи прийомну)
Steve Doe батько (включаючи прийомного)
David Doe брат (включаючи зведеного)

Так Ні

Якщо у вашому домогосподарстві відбулися зміни, скористайтеся таблицею нижче, щоб оновити інформацію..

ЧЛЕНА РОДИНИ ВИЛУЧЕНО АБО ПРИПИНЕНО ВИПЛАТУ ПІЛЬГ			
Ім'я	Причина (див. приклади нижче)	Дата	Зупинити пільги
			<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Приклади причин вилучення члена домогосподарства			
Переїхав (у межах штату або за межами штату. Укажіть нову адресу, якщо вона відома.)	У в'язниці або в лікарні Гаваїв Hawaii State Hospital		Розлучений або роздільне проживання
Помер	Будинок пристарілих або прийомний будинок громадського догляду Community Care Foster Family Home		Інша причина (будь ласка, поясніть)

<p>НОВИЙ ЧЛЕН ДОМАШНЬОГО ГОСПОДАРСТВА: якщо вам потрібно ДОДАТИ більше одного (1) нового члена, будь ласка, зробіть копію цієї та наступної сторінок або прикріпіть окремий аркуш паперу та дайте відповідь на наведені нижче запитання для кожного доданого члена родини або зверніться до Customer Service за номером 1-800-316-8005 (TTY: 711 або 1-800-603-1201) для отримання додаткової допомоги::</p>
Ім'я нового члена (ім'я, по батькові, прізвище, суфікс)
Якщо новий член є новонародженим, будь ласка, вкажіть імена матері та батька нижче:

Ім'я матері:		Ім'я батька:		
Подаєте заявку на Медичний поліс Medical Coverage? <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ Medical Services Медичний сервіс отриманий протягом останніх 90 днів 90 days? <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ Якщо так, дата:				
Стать	Дата народження	**Social Security Number		
** Social Security number (SSN) номер соціального страхування <i>необхідно надати</i> для кожної особи (включаючи дітей), яка звертається за медичною допомогою Medical assistance. Ми можемо зв'язатися з вашою родиною, якщо потрібна додаткова інформація. Надання пільг може бути відкладено, якщо необхідна інформація не отримана. Якщо потрібна допомога, щоб отримати SSN чи заміна SSN карти, зателефонуйте за номером 1-800-772-1213 або відвідайте socialsecurity.gov. <i>TTY користувачі повинні зателефонувати за номером 1-800-325-0778</i>				
Одружений? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні		Якщо так, ім'я чоловіка/дружини:		
Gross monthly income (загальний дохід до сплати податків або інших відрахувань):				
Плануйте подати федеральну податкову декларацію federal income tax ? <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ Спільна подача з подружжям? <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ				
Чи будуть вимагати будь-яких tax податкових утриманців на повернення налогів tax ? <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ				
Напишіть імена tax податкових утриманців:				
Чи буде заявлено як tax податковий утриманець залежний від чиеїсь tax декларації? <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ				
Якщо так, ім'я особи, яка декларує tax податкову декларацію			*Тип зв'язку:	
Чи вагітна нова учасниця? <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ		Очікувана дата:		Кількість:
Чи є ви громадянином США U.S. Citizen/National? <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ				
Якщо ні, чи має новий учасник відповідний імміграційний статус immigration status? <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ Дата в'їзду _____ Іноземець або номер I-94 _____				
Immigration імміграційний тип документу (наприклад, I-551, віза тощо):			Тип статусу	
Ім'я, яке вказано у вашому імміграційному документі				
Passport паспорт серія номер або номер іншого документу				
SEVIS ID або термін дії (необов'язково)			Код категорії	
Чи залежить податок tax на нового члена від будь-яких taxes податків членів домогосподарства? <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ Якщо так, будь ласка, вкажіть нижче ім'я члена родини, який вважається платником податків tax.				
Нижче наведено приклади сімейних стосунків (включно з нерідними, де це можливо):				
● одружений /на	● Батько/мати	● Дитина	● Брат/сестра	● Під первинною допомогою
● Дідусь/бабуся	● Дядько/тітка	● Племянниця/племянник	● Двоюрідний брат/двоюрідна сестра	● Онук/внучка
● Foster Прийомні батько/мати	● Foster прийомна дитина	● Неодружений партнер або сімейне партнерство		● Не пов'язані
● Інший тип зв'язку (будь ласка, поясніть)				

Як новий учасник пов'язаний із Основним Контактном у цій формі? (*приклади зв'язку на попередній стор.)

Якщо в цьому домогосподарстві є інші члени (проживають за вказаною «нинішньою адресою»), будь ласка, вкажіть, хто вони та як новий член пов'язаний з ними * нижче:

Нинішній член родини:	Відносини до нового члена:
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.

Якщо в цій родині більше ніж (6) людей, будь ласка, зробіть копію цієї сторінки, заповніть і прикріпіть..

Так Ні

A4. Tax декларація Домогосподарство: Чи наведена нижче інформація щодо tax налогів правильна? Якщо ні, оновіть таблицю нижче.

Ім'я (ім'я, по батькові, прізвище, суфікс)	Індивідуальний чи спільний?
Чи подаєте заявку на tax Податково залежних утриманців? <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ	Ім'я чоловіка/дружини (ім'я, по батькові, прізвище, суфікс)
Ім'я tax податково залежних утриманців:	
Вас вважають утриманцем від чиїхось податків? <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ	
Чи заявляють вас як утриманця tax декларанта, який заявляє, що ви є утриманцем:	

Так Ні

A5. Сімейний дохід: якщо наведена нижче інформація змінилася, додайте копії змін. (Наприклад, платіжні виписки за останні три місяці). Якщо ви self-employed, надайте документи, що підтверджують ваші доходи як self-employed.

Ім'я	Джерело доходу	Monthly Gross Amount	Роботодавець/ *Self-Employment	Дата початку	Дата закінчення
Змінено на:					
Змінено на:					

*Будь ласка, відніміть ваші self-employment бізнес-витрати самозайнятості із місячного доходу, зазначеного вище.

Так Ні

A6. Чи були ви або хтось із членів вашої родини учасником інциденту чи аварії, коли хтось інший міг нести відповідальність за ваші медичні витрати? Якщо так, ми зв'яжемося з вами.

Хто був залучений	Дата ДТП	Хто може нести відповідальність/ Страхова компанія / Insurance

Yes No

A7. Чи хтось із членів цієї сім'ї зараз зареєстрований у програмі страхування, окрім Medicaid (QUEST Integration)?

Ім'я	Health Insurance Carrier/ Медичний поліс/План	Policy ID	Дата початку	Дата кінця

Section B

Так

B1. Чи є у вас член родини старше 65, сліпий або disabled? Будь ласка, перевірте, чи інформація, наведена нижче, правильна. Якщо ні, оновіть таблицю нижче

Ім'я (ім'я, по батькові, прізвище, суфікс)	Сліпий/Инвалід Disabled	Вік 65 або старше	Отримання 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"/>

ПРОПУСТИТИ SECTIONS C, D, I Е ЯКЩО НЕМАЄ ЧЛЕНІВ РОДИНИ:



- 65 років і старше
- отримання Supplemental Social Security Insurance (SSI) Пільг та/або
- отримання допомоги по інвалідності disability та/або
- отримання Medicare A/B або обох

Section C:

Так Ні

C1. Чи змінилися чиїсь активи (рахунки в банку/фінансовій установі, будинок, 401K, stocks тощо)? Будь ласка, внесіть будь-які зміни нижче. * або Залишок на 1st число поточного місяця

Ім'я	Тип ресурсу	Дата зміни	*Поточна вартість

Section D:

Так Ні

D1. Чи володієте ви або хтось із членів вашої сім'ї нерухомістю?

Ім'я власника	Адреса нерухомості	Поточне вартість

Так Ні

D2. Чи маєте ви або хтось із членів вашої родини будь-який ануїтет annuity?

Ім'я власника	Дата видачі	Назва та адреса Annuity Компанії

Так Ні

D3. Ви чи хтось із членів вашої сім'ї має борг по кредиту, mortgage чи promissory зауваження?

Ім'я власника	Дата транзакції	Оригінальна	Заборгованість

		сума	ь

Так Ні
 D4. Чи купуєте ви чи хтось із членів вашої сім'ї life estate interest, яке має право на майно іншої особи?

Ім'я власника	Дата транзакції	Адреса майна	Виплачувана сума

Так Ні
 D5. Чи сплачуєте ви або будь-хто з членів вашої родини вступний внесок, щоб вступити до Continuing Care Retirement Community (CCRC) або Life Care Community (LCC)?

Ім'я власника	Дата видачі	Ім'я та адреса CCRC/LCC	Виплачувана сума

Section E Long-Term Care послуги

Так Ні
 E.1 Чи хтось із членів вашої сім'ї отримує або потребує послуги довгострокового догляду Long-Term Care в Будинку престарілих Nursing Home, прийомній сім'ї для дорослих. Adult Foster home, у вашому власному домі, будинок підтриманого проживання Assisted Living home або в будинку спільноти догляду за людьми похилого віку Retirement/Life Care Community?

E.1 Чи хтось із членів вашої сім'ї отримує або потребує послуги довгострокового догляду в будинку престарілих, прийомній сім'ї для дорослих, у вашому власному будинку, будинку допомоги або спільноті догляду за людьми похилого віку?

Ім'я особи (осіб): _____
 Ім'я особи (осіб): _____

Так Ні
 E2. Ви та/або ваш чоловік/дружина продавали, обмінювали чи віддавали майно чи інші активи, включаючи гроші, протягом останніх 60 місяців 60 months? Або ви та/або ваш чоловік/дружина здійснювали перекази trust протягом останніх 60 місяців 60 months?

Ім'я	Тип активу	Причина	Дата передачі	Значення	Отримана сума

Section F Інші зміни

Yes No
 F1. Чи є у вас інші зміни, щоб повідомити? Якщо ви повідомляєте про інші зміни, надайте підтверджуючі документи.

БУДЬ ЛАСКА, ПІДПИШІТЬСЯ НИЖЧЕ І ПОВЕРНІТЬ ФОРМУ НАМ поштою, електронною поштою, факсом або особисто в наш офіс.

НАГАДУВАННЯ. Ви також можете зателефонувати нам, щоб завершити оновлення по телефону. Додаткову інформацію див. у РОЗДІЛІ ІНСТРУКЦІЙ ЩОДО ФОРМИ

Я підтверджую, що інформація, надана в цій recertification формі є правдивою та наскільки мені відомо.

Якщо я навмисно зроблю неправдиві заяви в цій формі, мене можуть притягнути до кримінальної відповідальності prosecuted згідно Hawaii Revised Statutes §710-1063. Підписуючи, я дозволяю підтвердити будь-які вимоги відповідності, включаючи ресурси фінансових установ. Я дозволяю Штату Гаваїв State of Hawaii перевірити мої твердження. Я прочитав або мною були прочитані список прав і обов'язків на останній сторінці, який я можу зберегти для своєї інформації.

Підпис основної контактної особи/бенефіціара/Authorized Representative:	SSN	Дата (mm/dd/yyyy)
---	-----	-------------------

ЯКЩО БУДЬ-ХТО З ВАШОЇ РОДИНИ ВІК СТАРШЕ 65 РОКІВ, СЛІПИЙ АБО ИНВАЛІД DISABLED, ОСОБА ТА ЇЇ ЧОЛОВІК/ДРУЖИНА ЯК ЗАЯВНИК (тобто повнолітні tax податок утриманці у вашій родині) ПІДПИШІТЬ НИЖЧЕ

Цей дозвіл закінчується, якщо мою/нашу заявку на Medicaid буде відхилено, або я/ми більше не маю/маємо права на Medicaid, або я/ми відкликаю/відкликаємо цей дозвіл у письмовій заяві до свого місцевого Department of Human Services. SEC 1137(a) of the Act.

Підписи додаткових членів родини:	Відносини із Заявником/ Бенефіціар Beneficiary	SSN	Дата (mm/dd/yyyy)
	*ЧОЛОВІК/ДРУЖИНА		

Дякуємо за ваш час і будемо раді допомогти вам!

ФОРМИ РОЗДІЛ ІНСТРУКЦІЇ**ПРИЗНАЧЕННЯ:**

Форму Поновлення права на медичну допомогу DHS 1100B-2 Medical Assistance Eligibility Renewal, слід використовувати як паперову версію повідомлення про поновлення N-14 Renewal. В разі неможливості використання N-14 Renewal, замість нього можна використати DHS 1100B-2.

ІНСТРУКЦІЇ:

Цю форму заповнює основна контактна особа або уповноважений представник.

Для основного контакту:

Якщо для ваших відповідей потрібно більше місця, додайте до цієї форми поновлення окремий аркуш паперу. Section A.-F. установіть прапорець «Так» або «Ні» та дайте відповідні відповіді на запитання.

ПІДПИС ОСНОВНОЇ КОНТАКТНОЇ ОСОБИ:

Основний контакт має підписати цей розділ і надати необхідну інформацію. Підписуючи, вони засвідчують, що інформація, надана в цій recertification формі переатестації, є правдивою та правильною, наскільки їм відомо, і що вони дають дозвіл штату Гаваїв State of Hawai перевірити їхні ресурси, як це дозволено відповідно до статуту Гавайських законів Hawaii Revised Statutes §710-1063.

Будь ласка, надішліть цю заповнену форму та копію документа представника **authorized representative** на адресу, зазначену на сторінці 1 цієї форми, або до найближчого **Eligibility Branch Office** (див. нижче). Ви також можете зв'язатися зі **Customer Service** за номером **1-800-316-8005**, (TTY/TDD 711), щоб завершити **renewal** по телефону.

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 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>

Навмисно залишено порожнім

ВАШІ ПРАВА НА ЗАПИТ ADMINISTRATIVE HEARING

ЩО ТАКЕ АДМІНІСТРАТИВНЕ СЛУХАННЯ («слухання») ADMINISTRATIVE HEARING (“hearing”)?

Hearing Слухання - є справедливим переглядом Департаментом Department's дій у вашій справі, і його потрібно надіслати протягом 90 календарних днів 90 calendar days із дати цього повідомлення. Hearing officer адміністратор який не брав участі в діях Департаменту Department, розгляне всі факти вашої справи. Якщо він hearing officer виявить, що Department департамент зробив помилку, то Department Департамент виправить цю дію. 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

ПРИЧИНИ ПРОСИТИ ПРО СЛУХАННЯ СПРАВИ:

- Ви не згодні з рішенням, яке було прийнято по вашій заяві або справі.
 - Ваша заявка не була оброблена вчасно: 30 days для SNAP; 90 days для medical assistance на базі disability; 45 days для financial assistance чи іншої 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

ЯК МЕНІ ЗАПРОСИТИ РОЗГЛЯД СПРАВИ HEARING? Ви можете попросити про розгляд справи hearing письмово на формі Департаменту Department's або будь-якому іншому папері. Лише для справ SNAP і медичної допомоги medical assistance, ви також можете зателефонувати або інформувати працівника, що ви хочете отримати розгляд справи hearing. Коли Department Департамент отримає ваш запит, the Administrative Appeals

Офіс адміністративних апеляцій надішле вам інформацію про вашу справу в суді hearing.
HAR 17-602.1-6; 17-602.1-31; 17-1703.1-4

МОЇ ПІЛЬГИ БУДЕ ПРИПИНЕНО. ЧИ МОЖУ Я ПРОДОВЖУВАТИ ОТРИМУВАТИ ПІЛЬГИ, ПОКИ МОЄ

СЛУХАННЯ HEARING ОЧІКУЄТЬСЯ? Так, будь ласка, прочитайте повідомлення про кінцевий термін, щоб подати запит на продовження пільг. Якщо hearing адміністративне рішення не в вашу користь, ви повинні повернути допомогу, на яку ви не мали 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

СКІЛЬКИ ЧАСУ ТРИВАЄ ПРОЦЕС?

ПРОЦЕС ЗАЗВИЧАЙ ЗАЙМАЄ 60 days 60 днів, для SNAP чи 90 days 90 днів для інших програм. Для medical медичних та SNAP (Додаткова програма допомоги в харчуванні) hearings, справ ви можете попросити про прискорений суд hearing в екстремальних випадках, наприклад, коли життя чи здоров'я знаходяться під серйозною загрозою. HAR 17-602.1-16; 17-602.1-27; 17-602.1-29; 17-1703.1-4; 17-1703.1-15 to 16.

ЧИ ПОТРІБЕН МЕНІ АДВОКАТ LAWYER? LAWYER Адвокат не потрібен. Ви повинні брати участь у засіданні суда hearing поки не повідомите Department, Департамент в письмовій формі, що authorized representative уповноважений представник візьме участь від вас. Authorized representative представником може бути друг, родич, адвокат або інша особа. Щоб отримати безкоштовну юридичну консультацію чи представництво, зверніться до Legal Aid Society of Hawaii за номером 808-536-4302 (Oahu) або 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

ЩО ЯКЩО МЕНІ ПОТРІБЕН ПЕРЕКЛАДАЧ INTERPRETER ЧИ ІНШІ ПОСЛУГИ?

У своєму запиті на слуханні суда hearing, ви можете попросити безкоштовного професійного перекладача interpreter, надати більший шрифт, sign language interpreter, auxiliary aid, сурдоперекладач, допоміжна допомога чи інші розумні умови.. Якщо ви не подасте запит до дати вашого суда hearing, ваше засідання суда hearing може бути перенесено на час, коли буде надано послугу. HAR 17-602.1-5; 17-602.1-13; 17-602.1-30; 17-1703.1-6; 17-1711.1-2

ЯКІ МОЇ HEARING RIGHTS ПРАВА В СУДІ ? Ви можете попросити свого працівника переглянути документи та записи до початку суда hearing. На суді hearing ви можете сказати, чому ви вважаєте, що Department був некоректним, і можете допитати свідків з департаменту Department's. Ви також можете привести своїх свідків. Ви та Департамент Department повинні погодити людей, яким буде дозволено спостерігати за судовим засіданням hearing. Дивитись вище про перекладача 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

ЩО ТАКЕ FRAUD? Якщо ви не дотримуєтеся своїх вимог щодо обов'язкового звітування, говорите неправду або приховуєте факти, ви можете нести відповідальність за відшкодування вартості

отриманих вами пільг та інші штрафні санкції відповідно до закону, включаючи судове переслідування.
HAR 17-604.1; 17-1704-3, 17-1713.1-2; HRS §346-43.5, 710-1063

ЯКІ ІНШІ МОЇ ПРАВА?

● **КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ:** Department Департамент не розголошуватиме вашу інформацію, якщо це не дозволено правилами програми або federal федеральними законами, необхідними в конкретних ситуація protective service, захисних послуг, fraud для розслідувань шахрайства , або якщо ви подасте письмовий запит на розкриття вашої інформації. HAR 17-601; 17-1702-5 to 6; 17-1706-6

NON-DISCRIMINATION: Department не discriminate, exclude, Департамент не дискримінує, не вилучає, та не ставиться до людей по-іншому на основі race, color, national origin, раси, кольору, віку, національності , disability, інвалідності чи sex/gender (expression or identity) статі/гендеру (вираження чи ідентичності), або будь-якого класу, на основі federal федеральних законів або state законів штату.

Якщо ви вважаєте, що Department Депармент або його працівники послуг не надали послуги або discriminated дискримінували вас, ви можете подати скаргу до інспектора з дотримання громадянських прав : Civil Rights Compliance Office Управління з питань дотримання громадянських прав електронною поштою на DHSCivilRightsBox@dhs.hawaii.gov, зателефонувати за номером (808) 586-4955 або 711, надіслати факс на (808) 586-4990 або написати в : Civil Rights Compliance Officer, P.O. Box 339, Honolulu, HI 96809-0339. DHS discrimination бланки скарг (DHS 6000) наявні на <https://humanservices.hawaii.gov> в Civil Rights Corner у розділі форм. Ви також можете подати скаргу в U.S. Department of Health в Відділ Охорони здоров'я США та Human Services, відділ обслуговування населення та Office for Civil Right бюро громадянських справ

в електронному вигляді <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, або поштою чи телефоном за адресою: 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.