

将此表格送还给:

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



\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Today's Date

案件编号: \_\_\_\_\_

电话号码: \_\_\_\_\_

传真号码: \_\_\_\_\_



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

阿罗哈,

这是您每年需要填写的eligibility renewal表格。请查看以下所有信息，在所有部分输入新的或更改的信息，并回答此表格上的所有问题。

如果您未在以下到期日之前完成renewal，Medical assistance承保可能会终止。

您可以通过以下任一方式完成 renewal:

- 致电我们以通过电话完成renewal
- 填写、签署并通过邮寄、电子邮件或传真将此表格送还给我们
- 访问我们的一个办公室，亲自完成renewal

有关如何提交renewal表格的详细信息，请参阅本通知末尾的表格说明部分。

截止日期：将此表格在 \_\_\_\_\_ 日期以前送还给我们或致电我们以完成renewal。

**Section A 家庭资讯**

是 否

**A1.** 您想停止为您家中的**所有成员**提供 Med-QUEST 医疗援助吗？

如果是，请在此处列出您的原因: \_\_\_\_\_, 然后跳至 Section F.

是 否

**A2. 联系资讯：**您的姓名、地址（住宅地址和/或邮寄地址）、电话号码或电子邮件地址是否更改？

最新资讯	已改变成
姓名:	
居住地址:	
邮寄地址:	
家庭电话:	
手机:	
工作电话:	
电子邮件:	

是 否

**A3. 当前家庭的变化：**您的家庭成员有变化吗？

下面的家庭关系部分列出了每个家庭成员之间的关系。如果列出的任何关系不正确，请将其划掉并按照以下关系类型列表填写正确的关系。如果关系为空白，请填写正确的关系类型。

\*在提供的空白处添加任何少写的家庭成员

*如果没有变化，请转到问题 A.4*

**关系类型:**

- 已婚
- 祖父母
- 受主要照管
- 侄外甥子/侄外甥女

- 未婚伴侣或同居伴侣
- 父母 (包括继父母)
- 孩子 (包括继子女)
- 孙子女
- Foster 父母
- Foster 孩子
- 兄弟姐妹 (包括继父母来的)
- 叔伯舅/阿姨姑姑
- 堂表兄弟姐妹
- 其他相关者 (即住在家里的姻亲)
- 不相关的

<b>{委托人名字委托人姓氏} 与之关系</b>
{委托人相关者姓名} 为 {关系类型}

**For Example:**

<b>John Doe's 关系</b>
Jane Doe 已婚
Mary Doe 是 母亲 (包括继母)
Steve Doe 是 父亲 (包括继父)
David Doe 是 兄弟 (包括继父母来的)

是  否

如果您的家庭有变化, 请使用下表更新资讯。

家庭成员被取消或停止领取福利			
名字	原因 (参照下面例子)	移除日期	停止福利
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
移除家庭成员的原因示例			
搬出 (State内或State外。如果知道, 请提供新地址。)	在监狱或 Hawaii State Hospital	离婚或合法分居	
死亡	养老院或 Community Care Foster Family Home	其他原因 (请说明)	

**新家庭成员：如果您需要添加多于一(1)名新成员，请复印本页和下一页或附上单独的一张纸，并为添加的每个家庭成员回答以下问题或联系客服，请拨打 Customer Service at 1-800-316-8005 (TTY: 711 或 1-800-603-1201) 如需更多帮助:**

新成员姓名 (名字、中间名、姓氏、后缀)

如果新成员是新生儿，请在下方提供父母姓名：

母亲姓名：

父亲姓名：

申请 Medical Coverage? 是 否

Medical Services 在过去的 90天收到? 是 否 如果是, 日期:

性别

生日

\*\*Social Security Number

**\*\* 必须为申请Medical assistance的每个人 (包括儿童) 提供Social Security number (SSN)。 如果需要更多信息，我们可能会联系您的家人。 如果未收到请求的信息，福利可能会延迟。 如果在获取 SSN 或更换 SSN 卡方面需要帮助，请致电1-800-772-1213 或访问socialsecurity.gov.**

TTY 使用者请打1-800-325-0778

已婚? 是 否

如果是,配偶姓名:

Gross monthly income (税或其他扣除前的总收入):

计划提交 federal income tax 申报表? 是 否 与配偶共同申报? 是 否

会在tax申报单上申报任何受抚养tax家属吗? 是 否

写下受抚养tax家属:

被赡养tax家属会在他人 tax 申报上申请? 是 否

如果是, 申请 tax 申报者姓名:

\*Relationship:

新成员怀孕了吗? 是 否 预产期:

预计多少人:

你是U.S. Citizen/National? 是 否

如果不是, 新成员是否有合法 immigration 身份? 是 否

入境日期 \_\_\_\_\_ 外国人或 I-94 号码. \_\_\_\_\_

Immigration 文件类型 (即. I-551, Visa等) :

身份类型

您的immigration文件上显示的姓名。

Passport 号码, 其他卡号

SEVIS ID或有效期 (可选)

类别代码

新家庭成员是否为任一家庭成员申报tax的tax受抚养人? 是 否

如果是, 请在下面列出他们被称为tax 受抚养人的家庭成员的姓名。

**家庭关系示例 (包括继父母兄弟姐妹, 如适用) 如下:**

● 已婚    ● 父母    ● 孩子    ● 兄弟姐妹    ● 受主要照管

● 祖父母    ● 叔伯/姨母    ● 侄子女    ● 堂表    ● 孙子女

● Foster 父母    ● Foster 孩子    ● 未婚伴侣或同居伴侣    ● 无关系

● 其他相关 (请说明)

新成员与此表格上的主要联系人有何关系? (\*上一页的关系示例。)

如果该家庭中还有其他成员（居住在列出的“当前地址”），请在下面列出他们是谁以及新成员与他们的\*关系：

目前家庭成员:	跟新成员的关系:
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.

如果此家庭中有超过(6)人，请复印此页，填写并附上。

是 否

**A4. Tax 报户：** 下列tax信息是否正确？如果不是，请更新下表。

姓名（名字、中间名、姓氏、后缀）	个人还是联合？
是否申报任何tax受抚养人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	配偶姓名（名字、中间名、姓氏、后缀）
tax受抚养人姓名：	
你是否是其他报税人的taxes受抚养人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
如果你是其他报税人的taxes受抚养人，列出报税人姓名：	

Yes No

**A5. 家庭收入：** 如果我们有的下面的信息发生变化，请附上变化的副本。（例如，过去三个月的工资单。）如果您是self-employed，请提供您的self-employed收入详情文件。

姓名	收入来源	Monthly Gross Amount	雇主/ *Self-Employment	开始日期	结束日期
改变成:					
改变成:					

\* 请从上面报告的月收入中扣除您的 self-employment 经营业务费用。

是 否

**A6.** 您或您家中的任何人是否遇到过可能由其他人负责您的医疗费用的事件或意外事故？如果是，我们会与您联系。

谁涉入其中	意外发生日期	谁可能需要负责/Insurance 公司

是 否

**A7.** 除了 Medicaid (QUEST Integration)外, 该家庭中是否有人目前参加了健康保险?

姓名	Health Insurance Carrier/项目	Policy ID	开始日期	结束日期

**Section B**

是 否

**B1.** 您是否有 65 岁以上、失明或 disabled? 请检查下列信息是否正确。如果不是, 请更新下表。

姓名 (名字、中间名、姓氏、后缀)	失明/Disabled	年龄 65 或以上	接受 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"/>

**跳过 SECTIONS C, D, 和 E 如果家庭成员没有:**



- 65 岁或以上
- 领取 Supplemental Social Security Insurance (SSI) 福利和/或
- 接受福利基于 disabled 和/或
- 接受 Medicare A/B 或两者

**Section C:**

是 否

**C1.** 任何人的资产 (银行/金融机构账户、房屋、401K、股票等) 是否发生变化?

请在下方进行任何更改。\* 或当月 1 日的余额

姓名	资源类型	改变日期	*当前价值

**Section D:**

是 否

**D1.** 您或您家中的任何人是否拥有任何不动产?

拥有者姓名	物业地址	当前价值

是 否

**D2.** 您或您家中的任何人是否拥有任何 annuity?

拥有者姓名	发行日期	Annuity 公司的名称和地址

是 否

  **D3.** 您或您家中的任何人是否欠贷款、mortgage或promissory ?

拥有者姓名	交易日期	原金额	欠款

是 否

  **D4.** 您或您家中的任何人是否购买了他人财产的 life estate interest ?

拥有者姓名	交易日期	房产地址	支付的金额

是 否

  **D5.** 您或您家中的任何人是否支付入会费才能进入 Continuing Care Retirement Community (CCRC) 或 Life Care Community (LCC)?

拥有者姓名	发行日期	CCRC/LCC的名称和地址	支付的金额

**Section E Long-Term Care Services**

是 否

  **E.1** 您家中是否有人在Nursing Home、Adult Foster家庭、您自己的家中、Assisted Living之家或 Retirement/Life Care Community接受或需要Long-Term Care 服务？

(每) 个体人姓名: \_\_\_\_\_

(每) 个体人姓名: \_\_\_\_\_

是 否

  **E2.** 在过去 60 个月内, 您和/或您的配偶是否出售、交易或赠与财产或其他资产 (包括金钱) ? 或者, 您和/或您的配偶是否在过去 60 个月内转入过trust ?

姓名	资产类型	原因	交易日期	价值	收到金额

**Section F 其他变化**

是 否

  **F1.** 您还有其他变化要报告吗? 如果报告其他变化, 请提供支持文件。

\_\_\_\_\_

请在下方签名并通过邮寄、电子邮件、传真或亲自到我们办公室将表格送还给我们。 .

提醒: 您也可以致电我们以通过电话完成 renewal 。

详情请参阅表格说明部分

我证明, 据我所知, 此 recertification表格中提供的信息是真实的。如果我故意在此表格上作出虚假陈述, 我可能会根据夏威夷修订法 §710-1063 受到prosecuted。 通过签名, 我授权验证任何资格要求, 包括金

融机构的资源。我允许 State of Hawaii 检查我的陈述。我已经阅读或有人向我阅读最后一页上的权利和责任清单，我可以保留这些清单供我参考。

主要联系人/受益人/Authorized Representative 签名：	SSN	日期 (mm/dd/yyyy)
---	-----	-----------------

如果您家中有任何人超过 65 岁、失明或DISABLED，则个人及其配偶（如您家中的成年tax受抚养人）在下方签名

如果我/我们的 Medicaid 申请被拒绝，或者我/我们不再有资格享受Medicaid，或者我/我们在向我当地的 Department of Human Services提交书面声明时撤销了该授权，则该授权将终止。SEC 1137(a)来自此 Act.

其他家庭成员签名：	与申请人/受益人的关系	社保号码	日期 (mm/dd/yyyy)
	*配偶		

感谢您的宝贵时间，我们期待为您提供帮助！



**表格说明部分****目的:**

DHS 1100B-2 Medical Assistance Eligibility Renewal 医疗援助资格更新表格应用作 N-14 Renewal通知的纸质版本。 如果无法使用 N-14 Renewal通知, 则可以使用 DHS 1100B-2。

**说明:**

此表格应由主要联系人或Authorized Representative填写。

**对于主要联系人:**

如果您的回复需要更多空间, 请在此更新表格中附上一张单独的纸。 Section A.-F. 选择是或否框格并根据需要回答问题。

**主要联系人签名:**

主要联系人必须在此部分签名并提供所需信息。 通过签名, 他们证明此recertification 表格上提供的信息据他们所知是真实和正确的, 并且他们允许State of Hawaii根据Hawaii Revised Statutes §710-1063 的许可检查他们的资源。

请将填妥的表格和authorized representative文件的副本寄回本表格第 1 页所列地址或您附近的 Eligibility Branch Office (见下文) 。 您也可以拨打Customer Service at 1-800-316-8005, (TTY/TDD 711) 通过电话完成renewal。

<b>Statewide</b>	<p 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>
<b>HAWAII</b>	<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>
<b>KAUAI</b>	<p><b>Kaua'i Service Center</b>  Dynasty Court, 4473 Pahee Street, Suite A, Lihue, HI 96766</p>
<b>MAUI</b>	<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>
<b>OAHU</b>	<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>

故意留白

## 您要求举行ADMINISTRATIVE HEARING的权利

什么是 **ADMINISTRATIVE HEARING (“hearing”)**? 一个hearing是Department’s 对您的案件采取的行动的公平审查，必须在本通知发布之日起 90 个日历日内提出要求。未参与该Department’s行动的一位 hearing officer将审查您案件的所有事实。If 如果hearing officer发现该Department’s犯了错误，该Department’s将纠正该行动。 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

### 要求举行HEARING的原因:

- 您不同意针对您的申请或案件做出的决定。
- 您的申请未及时处理: SNAP为 30 天 ; 基于 disability的medical assistance 90 天 ; 经济援助或其他medical assistance申请为 45 天。

HAR 17-602.1-4; 17-602.1-24; 17-647-3; 17-647-7; 17-647-14; 17-1711.1-32

我如何申请 **HEARING**? 您可以在Department’s表格或任何其他文件上以书面形式要求举行hearing。仅对于 SNAP 和 medical assistance, 您也可以致电或告诉工作人员您想要hearing。当Department收到您的请求时, Administrative Appeals Office将向您邮寄有关您的hearing的信息。

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

我的福利将被停止。在我的**HEARING**未决期间,我可以继续领取福利吗? 是的, 请阅读有关截止日期的通知, 以要求继续获得福利。如果听证会决定对您不利, 您必须偿还您无权获得的福利。 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

这个过程需要多长时间? SNAP 的流程通常需要 60 天, 而其他计划则需要 90 天。对于medical和SNAP hearings, 您可以要求在极端情况下加快听证程序, 例如当生命或健康面临严重风险时。 HAR 17-602.1-16; 17-602.1-27; 17-602.1-29; 17-1703.1-4; 17-1703.1-15 to 16.

我需要一位 **LAWYER**吗? 不需要 lawyer。您必须参加hearing, 除非您以书面形式告诉Department, 一位authorized representative将代表您参加。一位authorized representative可以是朋友、亲戚、advocate或其他人。如需免费法律咨询或代理, 请致电 Legal Aid Society of Hawaii at 808-536-4302 (Oahu) 或 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

如果我需要**INTERPRETER**或其他方便的安排怎么办? 在您的hearing申请中, 您可以要求提供免费的专业interpreter、大字版、sign language interpreter、auxiliary aid或其他合理便利。如果您没有在hearing日期之前提出请求, 您的hearing可能会重新安排到可以提供便利的时间。 HAR 17-602.1-5; 17-602.1-13; 17-602.1-30; 17-1703.1-6; 17-1711.1-2

我有哪些**HEARING** 权利? 您可以要求您的工作人员在hearing前查看文件和记录。在 hearing 上, 您可以说出您认为该Department不正确的原因, 并且您可以询问该Department’s 证人。您也可以带上自己的证人。您和Department必须就获准旁听hearing的人员达成一致。请参阅上面的 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

什么是 **FRAUD**? 如果您不遵守强制性报告要求、撒谎或隐瞒事实, 您可能要负责偿还您收到的福利的价值以及法律规定的其他适用处罚, 包括起诉。 HAR 17-604.1; 17-1704-3, 17-1713.1-2; HRS §346-43.5, 710-1063

### 我还有哪些其他权利?

- **CONFIDENTIALITY**: 除非计划规则或联邦法律允许、特定protective service情况下需要、fraud调查需要或您提交书面请求以发布您的信息, 否则该Department不会发布您的信息。 HAR 17-601; 17-1702-5 to 6; 17-1706-6

**NON-DISCRIMINATION:**该Department 不会因 race, color, national origin、年龄、disability或 sex/gender (expression or identity)或federal或state法律下的任何受保护类别而discriminate、exclude或区别对待他人。如果您认为该Department 或其服务提供商未能提供服务或discriminated您, 您可以向民权合规官投诉: Civil Rights Compliance Officer 以电子邮件 [DHSCivilRightsBox@dhs.hawaii.gov](mailto:DHSCivilRightsBox@dhs.hawaii.gov) 致电 (808) 586-4955或 711, 传真至 (808) 586-4990 或写信到: Civil Rights Compliance Officer, P.O. Box 339, Honolulu, HI 96809-0339. DHS discrimination 投诉表(DHS 6000) 在此处 <https://humanservices.hawaii.gov> 在 Civil Rights Corner 表格下获取。您还可以通过 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 以电子方式向 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights提出投诉, 或通过邮件或电话联系: 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.