

서류를 송부할 주소:

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



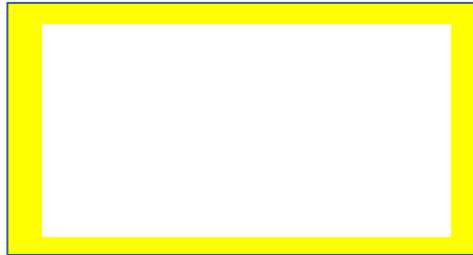
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Today's Date

신청 번호: \_\_\_\_\_

전화 번호: \_\_\_\_\_

팩스 번호: \_\_\_\_\_



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

알로하,

이 서류는 매년마다 요구되는 eligibility renewal 서류입니다. 아래 사항들을 잘 읽고 모든 항목에 해당되는 새롭거나 변경된 정보가 있으면 기입해 주시고 모든 질문에 답하여 주시기 바랍니다.

이 renewal 서류가 아래에 제시된 날짜까지 미작성 시 **Medical assistance** 대상에서 제외될 수 있습니다.

여러분은 renewal 서류를 다음과 같은 방법으로 작성할 수 있습니다:

- *저희에게 전화를 하셔서 renewal 서류를 작성할 수 있습니다.*
- *이 서류를 직접 작성하고, 서명한 후, 우편이나 이메일 또는 팩스로 보낼 수 있습니다*
- *저희 사무실을 직접 방문하셔서 renewal 서류를 작성하실 수 있습니다.*

이 서류 마지막 부분에 양식에 관한 설명서를 보시면 이 renewal 서류 제출 방법이 자세히 설명이 되어 있사오니 참조하시기 바랍니다.

제출 마감: \_\_\_\_\_까지 이 renewal 서류를 저희들에게 송부하시거나 전화를 주셔서 작성할 수 있도록 하십시오.

**Section A 가계 정보:**

예 아니오

**A1.** 당신과 거주하고 있는 가족 모두가 받고있는 Med-QUEST 건강 보험을 그만두기를 원하십니까?

만약 그렇다면, 이유를 여기에 기입하시고: \_\_\_\_\_, Section F  
으로 바로 가시기 바랍니다.

예 아니오

**A2. 연락처:** 이름, 주소 (거주지/또는 우편물), 전화번호, 또는 이메일 주소가 바뀌었습니까?

변경전 내용	변경된 내용
이름:	
거주지 주소:	
우편물 배송 주소:	
주택 전화 번호:	
휴대폰 번호:	
직장 번호:	
이메일:	

예 아니오

**A3. 현재 가족 변경사항:** 가족 구성원에 변화가 있습니까?

아래에 제시된 가족 관계 유형에서 각각의 가족 구성원 관계가 나열되어 있습니다. 만약 기재된 가족 관계가 정확하지 않으면, 지우고 정확한 각각의 관계 이름으로 고쳐서 기재해 주십시오. 만약 관계란이 비어있으면 정확하게 어떤 관계있지를 기재해 주십시오.

\*빠진 가족 구성원이 있다면 마련된 빈 공간에 기재해 주십시오.

**만약 변동 사항이 없다면, A.4 문항으로 바로 가십시오**

**관계 유형:**

- 배우자
- 조부모
- 보살피는 사람
- 남조카/여조카
- 미혼의 동거인/동거인
- 손주
- 형제자매(의붓 관계 포함))
- 기타 관계 (예., 같이 살고있는 배우자 가족)

신청 번호: \_\_\_\_\_

- 부모님(의붓부모  
님 포함)
- Foster 부모님
- 삼촌/고모,이모
- 관계 없음
- 자녀(의붓자녀  
포함)
- Foster 자녀
- 사촌

<b>{신청자 이름과 성}와의 관계</b>
{신청자와 관련된 사람}은 {관계 유형}입니다.

**예시:**

<b>John Doe's</b> 와의 관계
Jane Doe 기혼입니다.
Mary Doe 부모님(의붓 부모님 포함)입니다.
Steve Doe 부모님(의붓 부모님 포함)입니다.
David Doe 형제(의붓형제 포함)입니다.

**예 아니오**

만약 가족 구성원에 변경 사항이 있으면 아래있는 표를 이용하십시오.

가족구성원에서 제외되었거나 혜택을 중단하고자 하는 가족 구성원			
이름	이유(아래의 예를 보세요.)	제거된 날짜	혜택 중단
			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
제거된 가족 구성원의 제거이유			
이사 (같은 State 내 또는 다른 State. 새로운 주소를 알고있다면 기재해 주세요.)	감옥 또는 Hawaii State Hospital 있음	이혼 또는 법적으로 별거	
사망	요양원 또는 Community Care Foster Family Home 있음	다른 이유 (설명해 주세요.)	

<p><b>새로운 가족 구성원: 만약 추가할 새로운 인원이 한 명이상이면 이 페이지를 복사해서 바로 뒤에 배치하거나 다른 종이에 따로 첨부한 후 각각 추가되는 가족에 관한 질문에 답을 해도 되며 추가적인 도움이 필요시 Customer Service at 1-800-316-8005 (TTY: 711 또는 1-800-603-1201) 으로 연락하세요:</b></p>				
<p>새로운 가족 구성원 (이름, 중간 이름, 성, 존칭)</p>				
<p>만약 새로운 가족 구성원이 신생아라면 아기의 어머니와 아버지 이름을 기재하세요.</p>				
<p>어머니 이름:</p>		<p>아버지 이름:</p>		
<p>Medical Coverage 를 신청합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>				
<p>Medical Services 지난 90 안에 받았습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오      그렇다면, 날짜:</p>				
<p>성별</p>	<p>생년월일</p>	<p>**Social Security Number</p>		
<p><b>** Medical assistance</b> 를 신청하는 각 구성원(자녀 포함)은 Social Security number (SSN) 번호를 반드시 제공해야 합니다. 저희가 추가적인 사항이 필요하게 되면 연락을 할 것 입니다. 만약 요구된 정보를 못 받을시 받게될 혜택이 지연될 수도 있습니다. SSN 카드 또는 SSN 재발급이 필요하면, 1-800-772-1213 로 전화를 하거나 socialsecurity.gov. 웹사이트를 방문하세요. TTY 사용자는 1-800-325-0778 로 전화하세요.</p>				
<p>기혼? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>		<p>아니면, 배우자 이름,:</p>		
<p>Gross monthly income (세금이나 다른 공제 전 전체 소득 금액):</p>				
<p>federal income tax 보고를 할 계획인가요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오    배우자와 합산 보고? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>				
<p>tax 신고시 부양 가족에 대한 tax 보고를 할 것입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>				
<p>tax 신고 부양 가족(들) 이름:</p>				
<p>다른 사람의 tax 신고서에 부양 가족으로 tax 신고가 될 건가요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>				
<p>그렇다면, tax 신고자의 이름:</p>			<p>*관계:</p>	
<p>새로운 가족 구성원이 임신했나요 t? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>		<p>출산예정일:</p>	<p>출산예정인원:</p>	
<p>U.S. Citizen/National 입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>				
<p>아니면, 그 새로운 가족 구성원이 immigration 자격 조건이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>				
<p>입국 날짜 _____</p>		<p>영주권 또는 I-94 번호. _____</p>		
<p>Immigration 서류 유형 (즉, I-551, Visa, 등등,):</p>			<p>자격 유형</p>	
<p>immigration 서류에 기재된 이름</p>				
<p>Passport 번호 또는 다른 카드 번호</p>				
<p>SEVIS ID 또는 유효 기간 (선택)</p>			<p>분류 코드</p>	
<p>이 새로운 가족 구성원이 다른 가족구성원의 taxes 신고서에 부양 가족으로 tax 보고될 것 입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p>그렇다면, tax 신고서에 부양 가족으로 보고할 다른 가족 구성원의 이름을 기재 하십시오.</p>				
<p><b>가족 구성원 관계 유형(의붓 가족 관계가 해당되면 포함됨):</b></p>				
<p>● 배우자</p>	<p>● 부모</p>	<p>● 자녀</p>	<p>● 형제자매</p>	<p>● 보살피는 사람</p>
<p>● 조부모</p>	<p>● 삼촌/고모</p>	<p>● 조카들</p>	<p>● 사촌</p>	<p>● 손자/ 손녀</p>
<p>● Foster 부모</p>	<p>● Foster 자녀</p>	<p>● 미혼의 동거인 또는 동거인</p>	<p>● 관련 없음</p>	
<p>● 다른 관계 (설명해 주십시오.)</p>				
<p>새로운 구성원은 이 신청서에 기재된 주요 신청인과 어떤 관계입니까?(*앞 페이지에 있는 관계 유형 참조.)</p>				

다른 구성원이 있다면, (기재된 "현주소"에서 살고있는) 그들이 누구이며 새로운 구성원과 어떤 관계인지 \*아래에 기재해 주세요.:

현 가족 구성원:	새로운 구성원과의 관계:
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.

**기재할 사람이 (6)명 이상이면 이 페이지를 복사해서 작성한 후 첨부해 주세요.**

예 아니오

**A4. 가족 Tax 보고:** 아래에 기재된 tax 보고 내용이 정확합니다? 아니면 아래표를 새롭게 기재해 주세요.

이름 (이름, 중간이름, 성, 존칭)	개인 또는 공동 보고
tax 보고서 신고할 부양 가족이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	배우자 이름 (이름, 중간이름, 성, 존칭)
tax 부양 가족 이름:	
본인이 다른 사람의 taxes 신고서에 보고가 되나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
본인이 tax 를 신고하는 사람의 부양 가족으로 보고 될 시 세금 보고자의 이름을 기재해 주세요:	

예 아니오

**A5. 가게소득:** 아래에 기재된 내용에 변경이 있다면, 변경사항에 복사본을 함께 첨부해 주세요. (예를들면, 지난 3 개월 동안의 월급명세서.) 만약 self-employed 자영업을 하시면, self-employment 소득에 대한 자세한 서류를 제공해 주십시오.

이름	소득원천	Monthly Gross Amount	고용인/ *Self-employment	시작날짜	종료날짜
변경 후:					
변경 후:					

\* self-employment 영업 비용을 위에 보고된 매 월 소득 금액에서 차감하십시오.

예 아니오

**A6.** 귀하 또는 귀하의 가족 구성원 중 다른 누군가가 귀하의 의료비를 책임질 수도 있는 사건이나 사고에 연루되었습니까? 만약 그렇다면, 저희가 귀하에게 연락드리겠습니다.

연루된 사람	사건발생일	책임이 있는 사람/Insurance 회사

예 아니오

**A7.** 가족 구성원 중에 Medicaid (QUEST Integration) 아닌 다른 의료 보험에 가입된 사람이 있습니까?

이름	Health Insurance Carrier/보험 유형	Policy ID	시작날짜	종료날짜

**Section B**

예 아니오

B1. 가족 구성원 중 나이가 65 세가 되었거나, 시력 장애인 또는 disable 한 사람이 있습니까? 아래에 기재된 내용이 정확한지 검토해 주세요. 틀린다면, 하단표에 새로이 기재해 주십시오.

이름 (이름, 중간이름, 성, 존칭)	시각장애/Disabled	65 세 또는 이상	SSI 수령	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"/>

**다음과 같은 조건의 가족 구성원이 없다면 SECTIONS C, D, 와 E 는 기재하지 마세요:**



- 65 세 또는 65 세 이상
- Supplemental Social Security Insurance (SSI)을 받거나/또는
- disability 정도에 해당되는 연금을 받거나/또는
- Medicare A/B 중 한 가지 또는 둘다 받고있는 경우

**Section C:**

예 아니오

C1. 가족 구성원이 가지고 있는 자산(은행/금융기관 계좌, 주택, 401k, 주식, 등등)에 변경 사항이 있습니까?  
변경 사항을 아래에 기재해 주십시오. \* 또는 이달 1 일 날짜에 해당되는 잔고

이름	소득 유형	변경 날짜	*현재 가치

**Section D:**

예 아니오

D1. 본인이나 가족 구성원 중에 부동산을 갖고 계신분이 있습니까?

소유자 이름	부동산 주소	현재 가치

예 아니오

D2. 본인이나 가족 구성원 중에 annuity 을 갖고 계신 분이 있습니까?

소유자 이름	발행 날짜	Annuity 회사 이름과 주소

예 아니오

D3. 본인이나 가족 구성원 중에 융자 받았거나, mortgage or promissory 어음을 갖고 계신 분이 있습니까?

소유자 이름	거래 날짜	원금	채무 금액

예 아니오

D4. 본인이나 가족 구성원 중에 다른 사람의 소유로된 life estate interest 을 구입했습니까 ?

소유자 이름	거래 날짜	소유물 주소	납부된 금액

예 아니오

D5. 본인이나 가족 구성원 중에 Continuing Care Retirement Community (CCRC) 또는 Life Care Community (LCC)에 들어가기 위해 입주금을 지불했습니까?

소유자 이름	발행 날짜	CCRC/LCC 이름과 주소	납부된 금액


**Section E Long-Term Care Services**

예 아니오

E.1 가족 구성원 중에 Nursing Home, Adult Foster 가정, 자택, Assisted Living 가정 또 Retirement/Life Care Community 에서 Long-Term Care 서비스를 받고 있거나 필요하신 분이 있습니까?

수혜자(들) 이름: \_\_\_\_\_

수혜자(들) 이름: \_\_\_\_\_

예 아니오

E2. 본인 그리고/또는 본인의 배우자가 지난 60 개월 안에 돈을 포함한 재산이나 자산을 매각, 거래하거나 무료제공 한 적이 있습니까? 또는, 본인 그리고/또는 본인의 배우자가 지난 60 개월 안에 trust 로 이체한 것이 있습니까?

이름	자산 유형	이유	양도 날짜	가치	받은금액

**Section F 기타 변경사항**

예 아니오

F1. 보고해야 할 변경 사항이 더 있습니까? 있다면, 증명할 서류를 첨부하여 주십시오.

\_\_\_\_\_

아래칸에 서명하시고 작성하신 이 서류를 우편, 이메일, 팩스로 보내 주시거나 직접 저희 사무실로 갖다주십시오.

**재알림: 또한 renewal 을 작성하기 위해서 저희에게 전화를 하셔도 됩니다.**

자세한 내용은 양식에 관한 설명서를 참조하십시오.

본인은 이 recertification 서류에 기재된 모든 내용이 내가 알고있는 한 진실됨을 증명합니다. 만약 고의적으로 허위 내용을 기재했다면, 본인은 Hawaii Revised Statutes §710-1063 에 의해 prosecuted 될 수 있습니다. 서명을 함으로써, 본인은 금융기관을 포함해서 모든 자격 요건 확인 을 승인합니다. 본인은 State of Hawaii 에게 나의 진술을 확인하도록 허락합니다. 본인은 개인적인 참고로 보관하는 마지막 페이지에 쓰여있는 권리와 책임에 대해 읽었습니다.

연락받을 사람/ 수령인/Authorized Representative 서명:	SSN	날짜 (mm/dd/yyyy)
--	-----	-----------------

가족 구성원 중 나이가 65 세 이상이거나, 시력 장애 또는 DISABLED 한 사람이 있으면, 해당되는 분과 배우자(즉 성인 tax 부양 가족)는 아래에 서명을 해 주십시오.

본인/부부 Medicaid 신청서가 거부되거나, 더 이상 Medicaid 자격 조건이 안되거나, 지역 Department of Human Services 에, 제 Act 의 SEC 1137(a) 에 관해서 편지로 승인을 폐지할 것을 요구한다면 이 승인은 효력이 끝납니다.

부가적인 가족 구성원(들) 서명(들):	신청인/수령인과의 관계	SSN	날짜 (mm/dd/yyyy)
	*배우자		

시간을 내주셔서 감사합니다. 여러분을 도울 수 있기를 기대합니다!



**양식 작성 설명**

**목적:**

DHS 1100B-2 Medical Assistance Eligibility Renewal 서류는, N-14 Renewal 안내문의 종이 양식으로 사용됩니다. 만약 N-14 Renewal 안내문이 사용 될 수 없으면, 대신 DHS 1100B-2 가 사용 가능합니다.

**지시 설명:**

이 양식은 기본연락 대상자 또는 Authorized Representative 가 작성해야 합니다

**기본연락 대상자:**

필요한 사항을 기재하기 위해 더 많은 공간이 필요하다면, 다른 종이를 사용하시고 이 서류 양식에 첨부하여 주십시오. Section A.-f. 예 또는 아니오 칸을 선택하시고 해당되는 질문에 답하여 주십시오.

**기본연락 대상자 서명:**

신청인은 반드시 이 부분에 서명하고 요구되는 정보를 제공해야 합니다. 정보를 제공하는 사람들은 서명을 함으로써 Authorized 양식에 있는 정보가 진실되고 정확함을 증명하는 것이고 Hawaii Revised Statutes §710-1063 법령에 관련하여 State of Hawaii 가 그들이 제공한 정보를 확인하도록 허가를 하는 것 입니다.

이 서류 양식을 작성하시고 authorized representative 사본과 함께 이 서류 1 페이지에 기재된 주소 또는 여러분이 사시는 근처에 있는 Eligibility Branch Office (아래 참고)로 보내주십시오. 또한 renewal 서류를 작성하시기 위해 Customer Service at 1-800-316-8005, (TTY/TDD 711) 으로 연락 주십시오.

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

**Left Intentionally Blank**

## ADMINISTRATIVE HEARING 을 요구할 수 있는 권리

**ADMINISTRATIVE HEARING (“hearing”)란 무엇인가요?** hearing 란 여러분의 신청건에 대해 공정하게 검토하는 Department’s 조치이며 공지서를 받고 달력 표시 일자로 90 일 안에 요청이 되어야 합니다. Department’s 조치와 관련이 없는 hearing officer 가 여러분의 모든 사항을 검토할 것 입니다. 만약 그 hearing officer 가 Department 의 실수를 발견한다면, Department 가 내린 조치를 수정할 것 입니다.. 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

### HEARING 을 요청하는 이유:

- 여러분의 신청서를 바탕으로 내려진 결정에 동의를 못 할 때.
- 여러분의 신청서가 정해진 시간에 처리가 안 되었을 때: SNAP 은 30 일; disability 로 인한 medical assistance 는 90 일; 재종 보조나 다른 medical assistance 신청은 45 일.

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

**HEARING 을 어떻게 요청할 수 있는가요?** Department’s 양식이나 종이에 hearing 을 요청하는 편지를 쓸 수 있습니다. SNAP 과 medical assistance 만, 전화를 하거나 hearing 을 요청한다고 얘기하면 됩니다. Department 가 여러분의 요청을 받게 되면, Administrative Appeals Office 에서 hearing 관한 안내문을 보낼 것 입니다.

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

**받는 혜택이 중단될 것이다. 나의 HEARING 이 미결일 경우 지속적으로 혜택은 받게 되나요? 그렇습니다,** 안내문에 적힌 지속적인 혜택을 요청할 수 있는 마감일을 잘 읽어보십시오. 만약 청문회예의 결정이 여러분 편에 손을 들어 주지 않으면 혜택 받을 수 없는 조건이었기에 받은 만큼 다시 지불해야 합니다. 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

**처리 과정이 얼마나 걸리는가요? 일반적으로** SNAP 은 60 일 또는 다른 프로그램들은 90 일이 걸립니다. medical 과 SNAP hearings 은, 시급을 다루는 경우라면, 예를 들면 생명과 건강이 위험한 상황에 있을 시, hearing 과정을 신속하게 처리해 달라고 요청할 수 있습니다. HAR 17-602.1-16; 17-602.1-27; 17-602.1-29; 17-1703.1-4; 17-1703.1-15 to 16.

**LAWYER 가 필요한가요?** lawyer 는 필요 없습니다. 여러분은 서면으로 authorized representative 가 참석한다고 Department 에 말하지 않는 이상 hearing 에 반드시 참석해야 합니다. authorized representative 는 친구, 친척, advocate. 또는 다른 아는 사람이 될 수 있습니다. 무료 법률 상담이나 대리인이 필요하면 Legal Aid Society of Hawaii at 808-536-4302 (Oahu) 또는 1-800-499-4302 (Neighbor Islands) 연락하십시오. HAR 17-602.1-5; 17-602.1-7; 17-602.1-25; 17-602.1-38; 17-1703.1-3

**INTERPRETER 나 다른 도움이 필요시 어떻게 해야하나요?** hearing 을 요청하는데 있어서, 전문적인 무료 interpreter, 크게 인쇄된 인쇄물, sign language interpreter, auxiliary aid, 또는 제공 가능한 다른 도움을 요청할 수 있습니다. hearing 날짜 전에 요청을 못 했으면, hearing 을 원하는 도움을 받을 수 있도록 예정을 변경할 수 있습니다. HAR 17-602.1-5; 17-602.1-13; 17-602.1-30; 17-1703.1-6; 17-1711.1-2

**나의 HEARING 권리가 무엇입니까?** hearing 전에 담당자에게 서류나 기록들을 보고싶다고 요청할 수 있습니다. hearing 에서 왜 Department 가 옳지 않은지 얘기할 수 있으며 Department’s 증인들에게 질문할 수 있습니다. 여러분이 원하는 증인을 데려올 수도 있습니다. 여러분과 Department 는 hearing 을 지켜보도록 허락된 사람들에 대해 반드시 동의를 해야합니다. interpreter 대해선 위에 있는 내용을 보십시오. 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 란 무엇입니까?** 의무적으로 보도하는 요구 사항을 준수하지 않고, 거짓말, 또는 사실을 감추면, 받았던 모든 혜택에 대해 다시 지불해야하고 기소뿐만 아니라 법에 저촉되는 처벌을 받게 될 것 입니다. HAR 17-604.1; 17-1704-3, 17-1713.1-2; HRS §346-43.5, 710-1063

### 나에게 또 어떠한 권리가 있나요?

• **CONFIDENTIALITY:** Department 는 프로그램 규정, 또는 federal 법, 특정한 protective service 상황, fraud 조사를 위해, 또는 여러분의 정보를 공개해도 된다는 서면 요청을 제출하면, 필요성이 허락되지 않는 이상 여러분의 정보를 공개하지 않을 것 입니다. HAR 17-601; 17-1702-5 to 6; 17-1706-6

**NON-DISCRIMINATION:** Department 는 discriminate, exclude, 또는 다른 사람을 race, color, national origin, 나이, disability, 또는 sex/gender (expression or identity) 또는 federal 혹은 state 법에 의해 보호 받는 계층이라는 근거로 차별을 하지 않습니다. 만약 Department 나 서비스 제공자가 필요한 서비스를 제대로 제공하지 않거나 여러분을 discriminated 했다면, 항의 제기를 하십시오.: Civil Rights Compliance Officer [DHSCivilRightsBox@dhs.hawaii.gov](mailto:DHSCivilRightsBox@dhs.hawaii.gov), 이메일, (808) 586-4955 로 전화 또는 711, 팩스는 (808) 586-4990 또는 서면으로는: Civil Rights Compliance Officer, P.O. Box 339, Honolulu, HI 96809-0339. DHS discrimination 불만 신고 양식 (DHS 6000) 은 <https://humanservices.hawaii.gov> 웹사이트에 가면 서류 양식의 가서 Civil Rights Corner 에서 찾을 수 있습니다. 또한 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights 으로 항의 제기할 수 있으며, 컴퓨터로 바로

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, 에서 할 수 있고, 편지나 전화로는: 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 로 하시면 됩니다.