

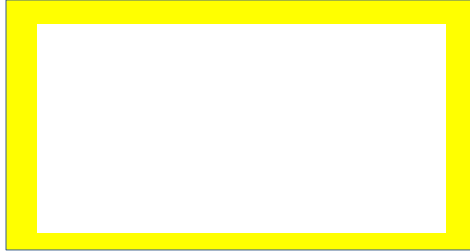
Gửi lại đơn này tới:

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



Today's Date

Số hồ sơ: _____
Số điện thoại: _____
Số fax: _____



Về việc: **MEDICAL ASSISTANCE ELIGIBILITY RENEWAL FORM – N14**

Xin chào!

Đây là đơn eligibility renewal bạn cần phải điền hàng năm. **Vui lòng xem lại tất cả các thông tin bên dưới, nhập thông tin mới hoặc thông tin đã thay đổi vào tất cả các phần và trả lời tất cả các câu hỏi trong đơn này.**

Medical assistance có thể bị chấm dứt nếu việc renewal của bạn không được hoàn thành trước thời hạn dưới đây.

Bạn có thể hoàn thành việc renewal của bạn theo bất kỳ cách nào sau đây :

- *Gọi cho chúng tôi để hoàn tất việc renewal của bạn qua điện thoại*
- *Hoàn thành, ký tên và gửi lại đơn này cho chúng tôi qua đường bưu điện, email hoặc fax*
- *Ghé thăm một trong các văn phòng của chúng tôi để hoàn thành việc renewal trực tiếp*

Xem **Phần Hướng dẫn Biểu mẫu** ở cuối thông báo này để biết chi tiết về cách gửi biểu mẫu renewal của bạn .

THỜI HẠN: Gửi lại đơn này cho chúng tôi hoặc gọi cho chúng tôi để hoàn tất việc renewal của bạn muộn nhất vào ngày _____

Section A Thông tin hộ gia đình:

Có Không

 A1 . Bạn có muốn DỪNG hỗ trợ y tế Med-QUEST cho **TẤT CẢ** các thành viên trong gia đình mình không?

Nếu Có, vui lòng cho biết lý do của bạn ở đây: _____,
sau đó chuyển sang Section F.

Có Không

 A2. Thông tin liên lạc: Tên, địa chỉ (nơi cư trú và/hoặc gửi thư), số điện thoại hoặc địa chỉ email của bạn có thay đổi không?

Thông tin hiện tại	Thay đổi
Tên:	
Địa chỉ thường trú:	
Địa chỉ gửi thư:	
Điện thoại nhà:	
Điện thoại di động:	
Điện thoại cơ quan:	
E-mail:	

Có Không

 A3 . Những thay đổi đối với hộ gia đình hiện tại: Có sự thay đổi nào trong các thành viên trong hộ gia đình của bạn không?

Phần mối quan hệ hộ gia đình sau đây bao gồm các mối quan hệ của từng thành viên trong hộ gia đình. Nếu bất kỳ mối quan hệ nào được liệt kê là không chính xác, hãy gạch bỏ chúng và viết ra mối quan hệ đúng theo danh sách các loại mối quan hệ sau đây. Nếu mối quan hệ để trống, vui lòng viết vào loại mối quan hệ chính xác.

*Thêm bất kỳ thành viên trong hộ gia đình bị thiếu nào vào chỗ trống

Nếu không có gì thay đổi, vui lòng chuyển sang câu hỏi A.4

Các loại mối quan hệ:

- Đã cưới
- Ông bà
- Người chăm sóc y tế
- Cháu trai/Cháu gái
- Bạn đời chưa kết hôn hoặc bạn đời sống chung
- Cháu nội/ngoại
- Anh chị em ruột (bao gồm cả anh/chị/em kế)
- Quan hệ khác (ví dụ, bố mẹ chồng/vợ sống cùng nhà)
- Cha mẹ (bao gồm cả Cha mẹ kế)
- Cha mẹ Foster
- Chú/dì
- Không liên quan
- Con (bao gồm cả con riêng)
- Con Foster
- Anh em họ

Mối quan hệ của { Tên của người làm đơn Họ của người làm đơn} với
{Tên của người có quan hệ với người làm đơn} là {Loại mối quan hệ}

Ví dụ:

Mối quan hệ với John Doe's
Jane Doe đã kết hôn
Mary Doe là Cha mẹ (bao gồm cả Cha mẹ kế)
Steve Doe là Cha mẹ (bao gồm cả Cha mẹ kế)
David Doe là Anh chị em ruột (bao gồm cả anh/chị/em kế)

Có Không

Nếu có thay đổi đối với hộ gia đình của bạn, vui lòng sử dụng biểu đồ bên dưới để cập nhật thông tin.

THÀNH VIÊN TRONG GIA ĐÌNH BỊ LOẠI BỎ HOẶC DỪNG LỢI ÍCH			
Tên	Lý do (Xem ví dụ bên dưới)	Ngày loại bỏ	Dừng lợi ích <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Ví dụ về lý do loại bỏ thành viên hộ gia đình			
Đã chuyển đi (Trong State hoặc Ra khỏi State. Vui lòng cung cấp địa chỉ mới nếu biết.)	Trong tù hoặc Hawaii State Hospital		Ly hôn hoặc ly thân hợp pháp
Chết	Viện dưỡng lão hoặc Community Care Foster Family Home		Lý do khác (vui lòng giải thích)

THÀNH VIÊN MỚI TRONG GIA ĐÌNH: Nếu bạn cần THÊM nhiều hơn một (1) thành viên mới, vui lòng sao chép trang này và trang tiếp theo hoặc đính kèm một tờ giấy riêng và trả lời các câu hỏi sau cho từng thành viên gia đình được thêm vào hoặc liên hệ với Customer Service at 1-800-316-8005 (TTY: 711 or 1-800-603-1201) để được hỗ trợ thêm:			
Tên Thành Viên Mới (Tên, Tên Đệm, Họ, Hậu Tố)			
Nếu thành viên mới là trẻ sơ sinh, vui lòng cung cấp tên cha và mẹ dưới đây:			
Tên của mẹ:		Tên của cha:	
Đăng ký Medical Coverage? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG			
Medical Services nhận được trong vòng 90 ngày qua? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nếu có, ngày:			
Giới tính	Ngày sinh	** Social Security Number	
** Mỗi Social Security number (SSN) phải được cung cấp cho mỗi cá nhân (bao gồm cả trẻ em) nộp đơn xin Medical assistance . Chúng tôi có thể liên hệ với hộ gia đình của bạn nếu cần thêm thông tin. Các phúc lợi có thể bị trì hoãn nếu không nhận được thông tin yêu cầu. Nếu cần trợ giúp để lấy SSN hoặc thay thế thẻ SSN, hãy gọi 1-800-772-1213 hoặc truy cập socialsecurity.gov . Người dùng TTY nên gọi 1-800-325-0778			

Đã cưới? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	Nếu Có, Tên của vợ/chồng:			
Gross monthly income (tổng thu nhập trước thuế hoặc các khoản khấu trừ khác):				
Có định nộp tờ khai federal income tax? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nộp hồ sơ chung với vợ/chồng? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG				
Sẽ khai bất kỳ khoản tax nào cho người phụ thuộc trên khoản hoàn tax của họ? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG				
Ghi họ tên người phụ thuộc tax:				
Có khai là người phụ thuộc tax trên khoản hoàn tax của ai không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG				
Nếu có, tên của người khai tax:	*Quan hệ:			
Thành viên mới có thai không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Ngày sinh dự kiến:	Dự kiến sinh mấy con:			
Bạn có phải là U.S. Citizen/National không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG				
Nếu Không , thành viên mới có đủ tư cách immigration hợp lệ không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG				
Ngày nhập cảnh _____ Người nước ngoài hoặc Số I-94 _____				
Loại giấy tờ Immigration (tức là . I-551, Visa , v.v.):	Tình trạng:			
Tên như trên tài liệu immigration của bạn .				
Số Passport . số thẻ khác.				
SEVIS ID hoặc Ngày hết hạn (tùy chọn)	Mã loại			
Thành viên mới có được kê khai là đối tượng phụ thuộc tax vào bất kỳ khoản tax nào của thành viên hộ gia đình không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG				
Nếu có, vui lòng liệt kê tên của thành viên hộ gia đình được khai là người phụ thuộc tax dưới đây.				
Ví dụ về các mối quan hệ hộ gia đình (bao gồm cả bố mẹ kế hoặc anh chị em kế nếu có) dưới đây:				
• Đã cưới	• Cha mẹ	• Con	• Anh em ruột	• Người nhận chăm sóc y tế
• Ông bà	• Chú/dì	• Cháu trai/cháu gái	• Anh em họ	• Cháu nội/ngoại
• Cha mẹ Foster	• Con Foster	• Bạn đời chưa kết hôn hoặc bạn đời sống chung		• không liên quan
• Quan hệ khác (vui lòng giải thích)				
Thành viên mới có liên quan như thế nào với Người liên hệ chính trên đơn này? (*ví dụ về mối quan hệ xem trên trang trước)				
Nếu có các thành viên khác trong hộ gia đình này, (sống tại “địa chỉ hiện tại” được liệt kê), vui lòng liệt kê họ là ai và thành viên mới có quan hệ như thế nào *với họ bên dưới:				
Thành viên hộ gia đình hiện tại:		Mối quan hệ với thành viên mới:		
1.		1.		
2.		2.		
3.		3.		
4.		4.		
5.		5.		
6.		6.		
Nếu có nhiều hơn (6) người trong hộ gia đình này, vui lòng tạo một bản sao của trang này, điền và đính kèm.				

Có Không

A4. Khai tax Hộ gia đình: Thông tin khai tax ghi dưới đây có chính xác không? Nếu không xin vui lòng cập nhật bảng dưới đây.

Tên (Tên, Đệm, Họ, Hậu tố)	Khai riêng hay chung?
Bạn có khai bất kỳ người phụ thuộc nộp tax? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	Tên của Vợ/chồng (Tên, Tên đệm, Họ, Hậu tố)
Tên người phụ thuộc nộp tax :	
Bạn có đang là người phụ thuộc vào taxes của người khác không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	
Nếu bạn đang là người phụ thuộc, tên của người khai bạn là người phụ thuộc tax:	

Có Không

A 5. Thu nhập hộ gia đình: Nếu thông tin chúng tôi có dưới đây đã thay đổi, vui lòng đính kèm bản sao của các thay đổi. (Ví dụ: sao kê lương trong ba tháng qua.) Nếu bạn là self-employed, vui lòng cung cấp tài liệu về chi tiết thu nhập self-employment của bạn.

Tên	Nguồn thu nhập	Monthly Gross Amount	Người sử dụng lao động/ *Self-Employment	Ngày bắt đầu	Ngày kết thúc
Thay đổi :					
Thay đổi:					

* Vui lòng khấu trừ chi phí kinh doanh self-employment của bạn từ thu nhập hàng tháng được báo cáo ở trên.

Có Không

A6 . Bạn hoặc bất kỳ ai trong gia đình bạn có liên quan đến một sự cố hoặc tai nạn mà người khác có thể phải chịu trách nhiệm về các chi phí y tế của bạn không? Nếu có, chúng tôi sẽ liên lạc với bạn.

Ai đã liên quan	Ngày tai nạn	Ai Có Thể Chịu Trách Nhiệm/ Công Ty Insurance

Có Không

A7 . Có ai trong hộ gia đình này hiện đang đăng ký bảo hiểm y tế ngoài Medicaid (QUEST Integration) không?

Tên	Gói/ Health Insurance Carrier	Policy ID	Ngày bắt đầu	Ngày kết thúc

Section B

Có Không

B1 . Bạn có thành viên nào trên 65 tuổi, bị mù hoặc disabled không? Vui lòng kiểm tra xem thông tin được liệt kê dưới đây có đúng không. Nếu không, xin vui lòng cập nhật bảng dưới đây.

Tên (Tên, Đệm, Họ, Hậu tố)	Mù / Disabled	Tuổi từ 65 trở lên	Nhận 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"/>

BỎ QUA SECTION C, D, VÀ E NẾU KHÔNG CÓ THÀNH VIÊN TRONG HỘ GIA ĐÌNH LÀ:

- 65 tuổi trở lên
- nhận Quyền lợi Supplemental Social Security Insurance (SSI) và/hoặc
- nhận trợ cấp dựa trên disability và/hoặc
- nhận Medicare A/B hoặc cả hai

Section C:

Có Không

C1 . Tài sản của bất kỳ ai (tài khoản ngân hàng/tổ chức tài chính, nhà, 401K, cổ phiếu, v.v.) có thay đổi không?

Vui lòng thực hiện bất kỳ thay đổi nào bên dưới. * hoặc Số dư tính đến ngày 1 của tháng hiện tại

Tên	Loại tài sản	Ngày thay đổi	* Giá trị hiện tại

Section D :

Có Không

D1 . Bạn hoặc bất kỳ ai trong gia đình bạn có sở hữu bất động sản nào không?

Tên của chủ sở hữu	Địa chỉ tài sản	Giá trị hiện tại

Có Không

D2 . Bạn hoặc bất cứ ai trong hộ gia đình của bạn sở hữu bất kỳ annuity?

Tên của chủ sở hữu	Ngày phát hành	Tên và Địa chỉ của Công ty Annuity

Có Không

D3 . Bạn hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình của bạn có nợ một khoản vay, mortgage hoặc promissory không?

Tên của chủ sở hữu	Ngày Giao dịch	Số tiền ban đầu	Khoản nợ

Có Không

D4 . Bạn hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình của bạn có mua life estate interest từ tài sản của người khác không?

Tên của chủ sở hữu	Ngày Giao dịch	Địa chỉ của tài sản	Số tiền đã trả

Có Không

D5 . Bạn hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình của bạn có trả phí gia nhập để vào Continuing Care Retirement Community (CCRC) hay Life Care Community (LCC)?

Tên của chủ sở hữu	Ngày phát hành	Tên & Địa chỉ của CCRC/LCC	Số tiền đã trả

Section E Long-Term Care Services

Có Không

E.1 Có ai trong hộ gia đình của bạn nhận hoặc cần các dịch vụ Long-Term Care tại nhà Nursing Home, Adult Foster, tại nhà riêng của bạn, nhà Assisted Living hoặc Retirement/Life Care Community không?

Tên của (những) Cá nhân: _____

Tên của (những) Cá nhân: _____

Có. Không

E2 . Bạn và/hoặc vợ/chồng của bạn có bán, trao đổi hoặc cho tài sản hoặc các tài sản khác--kể cả tiền--trong vòng 60 tháng qua không? Hoặc, bạn và/hoặc vợ/chồng của bạn có chuyển tiền vào một trust trong vòng 60 tháng qua không?

Tên	Loại tài sản	Lý do	Ngày chuyển giao	Giá trị	Số tiền nhận được

Phần F Các thay đổi khác

Có Không

F1 . Bạn có những thay đổi khác để báo cáo? *Nếu báo cáo các thay đổi khác, vui lòng cung cấp tài liệu hỗ trợ.*

VUI LÒNG KÝ TÊN DƯỚI ĐÂY VÀ GỬI ĐƠN CHO CHÚNG TÔI qua đường bưu điện, email, fax hoặc trực tiếp tại văn phòng của chúng tôi.

LỜI NHẮC: Bạn cũng có thể gọi cho chúng tôi để hoàn tất việc renewal qua điện thoại.

Xem PHẦN HƯỚNG DẪN ĐƠN để biết chi tiết

Tôi xác nhận thông tin được cung cấp trong đơn recertification này là đúng sự thật và theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Nếu tôi cố ý khai man trong đơn này, tôi có thể bị prosecuted theo Hawaii Revised Statutes §710-1063 . Khi ký tên, tôi cho phép xác minh mọi yêu cầu về tính đủ điều kiện, bao gồm các nguồn lực với các tổ chức tài chính. Tôi cho phép State of Hawaii kiểm tra lời khai của tôi . Tôi đã đọc hoặc đã được đọc cho tôi nghe danh sách các quyền và trách nhiệm ở trang cuối cùng mà tôi có thể giữ lại để biết thông tin.

Liên hệ chính/Người thụ hưởng/ Authorized Representative Chữ ký:	SSN	Ngày (mm/dd/yyyy)
--	-----	--------------------

NẾU BẤT KỲ AI TRONG HỘ GIA ĐÌNH CỦA BẠN TRÊN 65 TUỔI, BỊ MÙ HOẶC DISABLED, CÁ NHÂN VÀ VỢ CHỒNG CỦA HỌ (tức là người lớn phụ thuộc vào tax trong hộ gia đình của bạn) HÃY KÝ TÊN BÊN DƯỚI

Sự cho phép này sẽ kết thúc nếu đơn xin Medicaid của tôi/chúng tôi bị từ chối, hoặc tôi/chúng tôi không còn đủ điều kiện nhận Medicaid nữa , hoặc tôi/chúng tôi rút lại sự cho phép này trong một văn bản gửi cho Department of Human Services. SEC 1137(a) địa phương của Act .

Chữ ký của (các) thành viên khác trong gia đình:	Mối quan hệ với Người nộp đơn/Người thụ hưởng	SSN	Ngày (mm/dd/yyyy)
	*VỢ CHỒNG		

Cảm ơn bạn đã dành thời gian và chúng tôi mong được hỗ trợ bạn!

PHẦN HƯỚNG DẪN ĐIỀN ĐƠN**MỤC ĐÍCH:**

Đơn DHS 1100B-2 Medical Assistance Eligibility Renewal sẽ được sử dụng làm phiên bản giấy của N-14 Thông báo gia hạn. Nếu trong trường hợp không thể sử dụng Thông báo gia hạn N-14, thì có thể sử dụng DHS 1100B-2 để thay thế.

HƯỚNG DẪN:

Người liên hệ chính hoặc Authorized Representative phải hoàn thành biểu mẫu này.

Đối với người liên hệ chính :

Nếu cần thêm chỗ cho câu trả lời của bạn, vui lòng đính kèm một tờ giấy riêng vào biểu mẫu gia hạn này. Section A.-F. chọn hộp kiểm Có hoặc Không và trả lời các câu hỏi phù hợp.

CHỮ KÝ CỦA LIÊN HỆ CHÍNH:

Người liên hệ chính phải ký vào phần này và cung cấp thông tin được yêu cầu. Bằng cách ký tên, họ xác nhận rằng thông tin được cung cấp trong đơn recertification này là đúng và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của họ và họ cho phép State of Hawaii kiểm tra các nguồn thông tin của họ theo sự cho phép trong Hawaii Revised Statutes §710-1063.

Vui lòng gửi lại đơn đã điền đầy đủ này và một bản sao của tài liệu authorized representative tới địa chỉ được liệt kê ở trang 1 của biểu mẫu này hoặc tới Eligibility Branch Office gần bạn (xem bên dưới). Bạn cũng có thể liên hệ với Customer Service at 1-800-316-8005, (TTY/TDD 711) để hoàn tất việc renewal qua điện thoại.

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 Lanihau 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</p> <p>Moloka'i State Civic Center, 65 Makaena Street, Room 110, Kaunakakai, HI 96748</p> <p>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</p> <p>Kapolei 601 Kamokila Boulevard, Room 415, Kapolei, HI 96707</p> <p>Waipahu 94-275 Mokuola Street, Suite 301, Waipahu, HI 96797</p>

Cố ý để trống

QUYỀN YÊU CẦU ADMINISTRATIVE HEARING

ADMINISTRATIVE HEARING (“hearing”) LÀ GÌ? Phiên hearing là sự xem xét công bằng đối với quyết định của Department’s đối với trường hợp của bạn và phải được yêu cầu trong vòng 90 ngày kể từ ngày nhận được thông báo này. Một hearing officer không tham gia vào quyết định của Department’s sẽ xem xét tất cả các sự kiện trong trường hợp của bạn. Nếu hearing officer thấy rằng Department đã phạm sai lầm, Department sẽ sửa chữa quyết định đó. 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

NHỮNG LÝ DO ĐỂ YÊU CẦU HEARING:

- Bạn không đồng ý với quyết định được đưa ra đối với đơn đăng ký hoặc trường hợp của bạn.
- Đơn đăng ký của bạn không được xử lý kịp thời: 30 ngày đối với SNAP; 90 ngày đối với medical assistance do disability ; 45 ngày đối với đơn xin hỗ trợ tài chính hoặc đơn hỗ trợ medical assistance khác.

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

TÔI YÊU CẦU MỘT HEARING NHƯ THẾ NÀO? Bạn có thể yêu cầu một hearing bằng văn bản theo mẫu đơn của Department’s hoặc bất kỳ giấy tờ nào khác. Chỉ đối với SNAP và medical assistance, bạn cũng có thể gọi hoặc nói với nhân viên rằng bạn muốn có một hearing. Khi Department nhận được yêu cầu của bạn, Administrative Appeals Office sẽ gửi cho bạn thông tin về hearing của bạn.

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

PHÚC LỢI CỦA TÔI SẼ BỊ DỪNG LẠI. TÔI CÓ THỂ TIẾP TỤC NHẬN TRỢ CẤP TRONG KHI HEARING CỦA TÔI ĐANG

CHỜ XỬ LÝ KHÔNG? Có, vui lòng đọc thông báo về thời hạn yêu cầu tiếp tục hưởng trợ cấp. Nếu quyết định điều trần không có lợi cho bạn, bạn phải hoàn trả các khoản trợ cấp mà bạn không được hưởng. 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

QUÁ TRÌNH NÀY MẤT BAO LÂU? Quá trình này thường mất 60 ngày đối với SNAP hoặc 90 ngày đối với các chương trình khác. Đối với các hearings của medical và SNAP, bạn có thể yêu cầu một quy trình hearing cấp tốc đối với các trường hợp nghiêm trọng, chẳng hạn như khi tính mạng hoặc sức khỏe gặp rủi ro nghiêm trọng. HAR 17-602.1-16; 17-602.1-27; 17-602.1-29; 17-1703.1-4; 17-1703.1-15 to 16.

TÔI CÓ CẦN LAWYER KHÔNG? Một lawyer là không cần thiết. Bạn phải tham gia hearing trừ khi bạn thông báo cho Department bằng văn bản rằng một authorized representative sẽ tham gia thay bạn. Người authorized representative có thể là bạn bè, người thân, advocate hoặc người khác. Để được tư vấn hoặc đại diện pháp lý miễn phí, hãy liên hệ với Legal Aid Society of Hawaii at 808-536-4302 (Oahu) hoặc 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

NẾU TÔI CẦN INTERPRETER HOẶC SỰ HỖ TRỢ KHÁC thì sao? Trong yêu cầu hearing của bạn, bạn có thể yêu cầu một interpreter chuyên nghiệp miễn phí, đơn in cỡ phông lớn hơn, sign language interpreter, auxiliary aid hoặc các hỗ trợ hợp lý khác sẽ được cung cấp. Nếu bạn không đưa ra yêu cầu của mình trước ngày diễn ra hearing của bạn, hearing của bạn có thể được dời lại đến khi văn phòng có thể cung cấp hỗ trợ ngôn ngữ. HAR 17-602.1-5; 17-602.1-13; 17-602.1-30; 17-1703.1-6; 17-1711.1-2

QUYỀN HEARING CỦA TÔI LÀ GÌ? Bạn có thể yêu cầu nhân viên của bạn xem các tài liệu và hồ sơ trước hearing. Tại hearing, bạn có thể nói lý do tại sao bạn nghĩ rằng Department đã không đúng và bạn có thể đặt câu hỏi cho các nhân chứng của Department’s. Bạn cũng có thể mang theo nhân chứng của riêng bạn. Bạn và Department phải thống nhất về những người sẽ được phép quan sát hearing. Xem ở trên về 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 LÀ GÌ? Nếu bạn không tuân theo các yêu cầu báo cáo bắt buộc của mình, nói dối hoặc che giấu sự thật, bạn có thể phải chịu trách nhiệm hoàn trả giá trị của những lợi ích mà bạn đã nhận và các hình phạt khác áp dụng theo luật, bao gồm cả việc truy tố. HAR 17-604.1; 17-1704-3, 17-1713.1-2; HRS §346-43.5, 710-1063

CÁC QUYỀN KHÁC CỦA TÔI LÀ GÌ?

• **CONFIDENTIALITY:** Department sẽ không tiết lộ thông tin của bạn trừ khi điều đó được cho phép trong các quy tắc của chương trình hoặc luật federal, cần thiết trong các tình huống protective service cụ thể, để điều tra gian lận hoặc nếu bạn gửi yêu cầu bằng văn bản để tiết lộ thông tin của mình. HAR 17-601; 17-1702-5 to 6; 17-1706-6

• **NON-DISCRIMINATION:** Department không discriminate, exclude, hoặc đối xử với mọi người khác nhau dựa trên race, color, national origin , tuổi tác , disability, hoặc sex/gender (expression or identity) hoặc bất kỳ diện nào được bảo vệ bởi pháp luật của federal hoặc state. Nếu bạn tin rằng Department hoặc nhà cung cấp không cung cấp được dịch vụ hoặc discriminated với bạn, bạn có thể khiếu nại với Civil Rights Compliance Officer qua e-mail tại

DHSCivilRightsBox@dhs.hawaii.gov, gọi (808) 586-4955 hoặc 711, fax tới (808) 586-4990 hoặc viết thư cho: Civil Rights Compliance Officer, P.O. Box 339, Honolulu, HI 96809-0339. Đơn khiếu nại DHS discrimination (DHS 6000) có

Số hồ sơ: _____

tại <https://humanservices.hawaii.gov> trong Civil Rights Corner ở mục Các mẫu đơn. Bạn cũng có thể gửi đơn khiếu nại tới U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights , bằng điện tử tại <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, hoặc qua thư hoặc Điện thoại tại: 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.