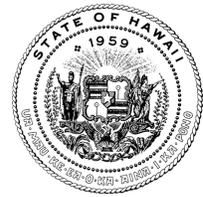


Return this form to:
State of Hawaii – Dept. of Human Services
Med-QUEST Division
P. O. Box 3490
Honolulu, HI 96811-3490



Month XX, 2024

Case Number: 00000000-XX
电话号码: (808) XXX-XXXX

846931258
FIRST LAST
STREET HWY
APT ###
CITY, HI ZIP

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

Aloha PI_FIRST PI_LAST,

这是要求您每年填写的 eligibility renewal form. 请检查以下所有信息, 在所有部分填写新的或更改的信息, 并回答此表格上的所有问题。

截止日期: 请将此表格和所有要求的文件在此日期前返还给我们 <DUE DATE for Renewal Form>

您知道您现在可以轻松地在在线填写此表格吗?
登陆 medical.mybenefits.hawaii.gov 今天完成您的资格更新!

<<Add new N40 table with approved/ex parte members>>

如果您未在截至日期之前完成续保, 则以下个人的医疗援助保险可能会被终止。

Dynamic Text (if we know that income is an issue): *"It appears that your income has changed. Please update your income below and provide documentation."*

姓名	文件
名字 姓氏 后缀	

您可以通过以下任一方式完成续保:

- 在线完成续保 medical.mybenefits.hawaii.gov
- 致电我们并通过电话完成您的续保
- 填写完、签署此表格并将其邮寄, email 或 fax 给我们
- 亲自前往我们的任一办公室完成续保

请参阅本通知末尾的 **Forms Instructions** 部分关于如何提交续保表格的详细信息。

截止日期：请将此表格和所有要求的文件在此日期前返还给我们 <DUE DATE for Renewal Form>

条款 A 家庭信息:

是 否 **A1. 联系信息：** 您是否改变了您的姓名，地址（居住和/或邮寄），电话号码或电邮地
 址？

当前信息	改成
姓名（名字，中间名，姓氏，后缀）：名字 姓氏	
家庭住址：	
家庭电话：	
手机：	
工作电话：	
电邮：	

是 否 **A2. 当前家庭状况变化：** 您的家庭成员是否有任何变化或终止了任何成员的 Med-QUEST
 保险？

以下家庭关系部分列出了主要受保人与每个家庭成员之间的关系。 如果任何列出的关系不正确，请将其划掉并填写正确的关系。如果关系为空白，请填写正确的关系类型。

*请在以下提供的空白处添加任何未列出的家庭成员

如果没有变化，请前往问题 A3

姓名	与主要受保人的关系	改成

是 否

如果您的家庭情况发生变化，请使用下表更新已离开家庭或不再需要保险福利的成员的信息。
如果您需要添加家庭成员，请填写 **Appendix A**。

取消或停止保险福利的家庭成员			
姓名（名字，中间名，姓氏，后缀）	原因（见以下示例）	取消日期	停止保险福利
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

取消家庭成员原因示例：
搬出； 进监狱或 Hawaii 州立医院； 离婚； 死亡； Nursing Home 或 Community Care Foster Family Home； 其他原因：（请说明）

是 否

A3. 报税家庭： 以下所列报税信息是否正确？如不正确，请更新下表。

姓名（名字，中间名，姓氏，后缀）	个人或联合报税？
您是否申报任何被供养人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	配偶姓名(名字，中间名，姓氏，后缀)
被供养人姓名 (名字，中间名，姓氏，后缀):	
您是否被其他报税人申报为被供养人？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如果您被申报为被供养人，请列出将您列为被供养人的报税人的姓名（名字、中间名、姓氏、后缀）：	

是 否 **A4. 家庭收入:** 如果以下列出的信息有改变, 请附上变更的副本。例如, 过去三个月的工资单。) 如果您是自营职业者, 请提供您的自营职业收入详细信息文件。

姓名 (名字, 中间名, 姓氏, 后缀)	收入来源	月收入总额	雇主/ *自营职业	开始日期	结束日期
改成:					
改成:					

*请从上述月收入中扣除您的自雇业务费用。

是 否 **A5. 是否有任何该家庭成员目前参加了除 Medicaid (QUEST Integration) 以外的健康保险?**

姓名 (名字, 中间名, 姓氏, 后缀)	健康保险公司/计划	保险单编号	开始日期	结束日期

These sections should be dynamic so we don't populate them if there are no HH Members over age 65 or disabled, etc.

Section C

This section does not apply to your household. Please continue to next section.

Section D

This section does not apply to your household. Please continue to next section.

Section E

This section does not apply to your household. Please continue to next section.

Section F

条款 B

是 否

跳过条款 C, D 如果没有任何家庭成员符合:



- 65 岁或以上
- 领取社会安全生活补助金 (SSI) 福利和/或
- 领取残疾福利和/或
- 领取 Medicare A/B 或同时两项

B1. 您是否有现年 65 岁或以上、失明或残疾的家庭成员？这包括领取社会安全生活补助金 (SSI) 福利, 领取残疾福利, 或领取 Medicare A 或 B 部分 (的人) . 如果您的资讯发生变化, 请更新以下信息。

姓名 (名字, 中间名, 姓氏, 后缀)	失明/残疾	65 岁或以上	领取 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"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

条款 C

是 否

C1. 是否任何个人资产 (银行/金融机构账户, 住宅, 401K, 股票等) 发生变化? 请在下面列出所有变化。 *截至本月1号的余额

姓名 (名字, 中间名, 姓氏, 后缀)	资金类型/金融机构	最近期报告市值	填入本月一号的余额

条款 D

是 否

 D1. 您或任何家庭成员是否拥有任何房地产?

业主姓名(名字, 中间名, 姓氏, 后缀)	物业地址	当前市值

是 否

 D2. 您和/或您的配偶是否拥有annuity?

所有者姓名(名字, 中间名, 姓氏, 后缀)	发行日期	Annuity 公司名称及地址

是 否

 D3. 您或任何家庭成员是否持有贷款、抵押贷款或期票?

持有者姓名(名字, 中间名, 姓氏, 后缀)	交易日期	原金额	所欠余额

是 否

 D4. 您或任何家庭成员是否购买了他人财产的终身财产权益?

所有者姓名(名字, 中间名, 姓氏, 后缀)	交易日期	物业地址	支付金额

是 否

 D5. 您或任何家庭成员是否支付入门费用以进入a Continuing Care Retirement Community (CCRC) 或 Life Care Community (LCC)?

所有者姓名(名字, 中间名, 姓氏, 后缀)	发行日期	CCRC/LCC名称及地址	支付金额

条款 E 长期护理服务

是 否

- E1.** 您家中是否有人接受或需要 Nursing Home, Adult Foster 之家、您自己家中、Assisted Living 之家或 Retirement/Life Care Community 提供的 Long-Term Care 服务?

个人姓名(名字, 中间名, 姓氏, 后缀): _____

个人姓名(名字, 中间名, 姓氏, 后缀): _____

是 否

- E2.** 您和/或您的配偶在过去 60 个月内是否出售、交易或赠送财产或其他资产--包括现金? 或者, 您和/或您的配偶在过去 60 个月内是否向 trust 转账?

姓名(名字, 中间名, 姓氏, 后缀)	资产类型	原因	转帐日期	价值	收到数量

条款 F 其他变更

是 否

- F1.** 您还有其他变更需要报告吗? 如果报告其他变更, 请提供支持文档。

请在下面签名并通过邮寄, 电子邮件, 传真或亲自到我们的办公室将表格返还给我们。

提醒: 您也可以致电我们并通过电话完成续保。

详情请参阅表格说明部分

我保证此 recertification 表中提供的信息是真实的并尽我所知所信。如果我故意在此表格上做出虚假陈述, 根据 Hawaii Revised Statutes §710-1063 我可能会受到的起诉。通过签名, 我授权任何资格要求验证, 以纳入金融机构的资源。我给予 State of Hawaii 许可检查我的陈述。我已阅读或已被宣读最后一页上的权利和责任清单, 我会保留该清单以供参考。

主要联系人/受益人/授权代表 签名:	日期 (月月/日日/年年年年)
-----------------------	--------------------

感谢您的宝贵时间, 我们期待为您提供服务!

FORMS INSTRUCTIONS SECTION**目的:**

这张 DHS 1100B-2 Medical Assistance Eligibility Renewal 表格, 可用作纸质版本的 N-14 Renewal Notice. 在无法使用 N-14 Renewal Notice 的情况下, 可用 DHS 1100B-2 代替.

填写说明:

该表格应由主要联系人或授权代表填写。

主要联系人:

如果您需要更多空间填写回复, 请在此续订表格后另附一张纸。

条款 A-F. 选择“是”或“否”选项框并酌情回答问题。

主要联系人签名:

主要联系人必须签署本部分并提供所需信息。通过签名, 他们保证此重新认证表中所提供的信息尽其所知所信是真实和正确的, 并且他们给予Hawaii州许可根据 Hawaii Revised Statutes §710-1063 检查他们的信息来源。

请将填妥的表格和授权代表文件副本寄回本表格第1页上列出的地址或您附近的 **Eligibility Branch Office** (见下文)。您还可以拨打 **1-800-316-8005, (TTY/TDD 711)** 联系 **Customer Service**, 通过电话完成续保。

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>
HAWAI'I	<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>
KAUA'I	<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	Oahu Service Center	
	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

附录 A
添加家庭成员

新添家庭成员：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一张单独的，并针对添加的每位家庭成员回答以下问题或拨打 1-800-316-8005 (TTY: 711 或 1-800-603-1201) 联系 Customer Service 以获取更多帮助：		
新家庭成员姓名(名字，中间名，姓氏，后缀)		
如果新成员是新生儿，请在下面提供父母姓名：		
母亲姓名(名字，中间名，姓氏，后缀)：	父亲姓名(名字，中间名，姓氏，后缀)：	
申请医疗保险？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
过去90天内是否接受过医疗服务？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，日期：		
性别	出生日期	**社会安全号
**申请医疗援助的每个人（包括儿童）必须提供社会安全号 (SSN)。如果需要更多信息，我们会联系您的家庭。如果未收到所要求的信息，福利可能会被延迟。如果需要帮助申请 SSN 或更换 SSN 卡，请致电 1-800-772-1213 或访问 Socialsecurity.gov 。 TTY 用户请致电 1-800-325-0778		
已婚？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，配偶姓名（名字，中间名，姓氏，后缀）：	
月总收入（税收或其他减免前的总收入）：		
计划提交联邦报税表？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		与配偶联合报税？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否会在报税表上申报任何被供养人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
填写被供养人的姓名（名字、中间名、姓氏、后缀）：		
是否在他入报税表上列为被供养人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
如果是，报税人姓名(名字、中间名、姓氏、后缀)：		*关系：
新成员是否怀孕？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		预计生产日期： 预计生产人数：
您是美国公民/国民吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
如果不是，新成员是否具有合格的移民身份？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
入境日期 _____		外籍人士或 I-94 号码 _____
移民文件类型（即 I-551, Visa, etc.):		身份类型
您移民文件上显示的姓名（名字、中间名、姓氏、后缀）		
护照号：		其他卡号：
SEVIS ID 或失效日期（可选）		类别代码
新成员是否会在其他家庭成员的报税时被列为被供养人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
如果是，请在下方列出申报他们为被供养人的家庭成员的姓名。		

以下为家庭关系示例（包括适用的步骤）：				
• 已婚	• 父母	• 子女	• 兄弟姐妹	• 受全科医疗护理人
• 祖父母	• 叔叔/阿姨	• 侄女/侄子	• 表兄妹	• 孙子孙女
• 养父母	• 养子女	• 未婚伴侣或同居伴侣		• 无亲属关系
• 其他关系（请说明）				
新会员与此表格上的主要联系人是何关系？（*参照上一页的关系示例）				
如果该家庭还有其他成员，（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*与他们有何关系：				
当前家庭成员(名字, 中间名, 姓氏, 后缀):		与新成员(名字, 中间名, 姓氏, 后缀)的关系:		
1.		1.		
2.		2.		
3.		3.		
4.		4.		
5.		5.		
6.		6.		
如果该家庭有超过 (6) 人, 请复印本页, 填写完整并附上。				

此页特意留空

您要求举行行政听证会的权利

什么是行政听证会（“听证会”）？ 听证会是对该部门处理您案件所采取的行动的公正审查，且听证会要求必须在本通知之日起90个日历日内提出。一名未参与该部门行动的听证官将审查您案件的所有事实。如果听证官发现该部门有错误行为，该部门将进行纠正。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

要求举行听证会的理由：

- 您不同意对您的申请或案件所做出的决定。
- 您的申请未获及时处理：30天申请SNAP；90天申请基于残疾的医疗援助；45天申请经济援助或其他医疗援助。

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

我如何要求举行听证会？ 您可以通过书面填写该部门表格或其他文件要求举行听证会。如果只申请 SNAP 和医疗援助，您也可以致电或告诉工作人员您要求举行听证会。当该部门收到您的申请，the Administrative Appeals Office会将有关听证会的信息邮寄给您。

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

我的福利将被停止。在听证会等待期间我可以继续领取福利吗？ 是的，请阅读关于要求继续福利的截止日期的通知。如果听证会未作出对您有利的裁决，则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

该程序需要多长时间？ 通常情况下SNAP的程序需要60天，其他计划则需要90天。对于医疗和 SNAP 听证会，在极端情况下您可以要求加急听证程序，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.

我需要律师吗？ 不需要律师。您必须参加听证会，除非您以书面形式告知该部门，授权代表将代表您参加。授权代表可以是朋友、亲戚、辩护人或其他人。如需免费法律咨询或代理，请联系the Legal Aid Society of Hawaii, 电话：808-536-4302（欧胡岛）或 1-800-499-4302（邻岛）。HAR 17-602.1-5; 17-602.1-7; 17-602.1-25; 17-602.1-38; 17-1703.1-3

如果我需要口译员或其他协助怎么办？ 在您的听证会申请中，您可以要求提供免费的专业口译员，字体较大的印刷品、手语翻译员，辅助援助或其他合理的协助要求。如果您未能在听证会日期之前提出要求，您的听证会可能被改期到可以提供协助的时间。HAR 17-602.1-5; 17-602.1-13; 17-602.1-30; 17-1703.1-6; 17-1711.1-2

我有哪些听证权？ 您可以要求您的工作人员在听证会前查看文件和记录。在听证会上，您可以陈述您认为该部门不正确的理由，并且可以向该部门的证人提问。您也可以带上自己的证人。您和该部门必须就被允许参加听证会的人员达成一致。如需口译员请参阅以上条款。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

什么是欺诈？ 如果您不遵守强制性举报要求，撒谎或隐瞒事实，您将会对偿还您收到的福利以及法律适用的其他处罚负责，包括被起诉。HAR 17-604.1; 17-1704-3, 17-1713.1-2; HRS §346-43.5, 710-1063

我的其他权利是什么？

- **信息保密：** 该部门不会公开您的信息，除非计划条款或联邦法律允许，特定保护服务情况需要，欺诈调查需要，或者您提交了公开信息的书面请求。HAR 17-601; 17-1702-5 to 6; 17-1706-6

非歧视： 该部门不会因种族，肤色，国籍，年龄，残疾或性/性别（表达或身份）或联邦或州法律规定的任何受保护群体而歧视、排斥或区别对待他人。如果您认为该部门或其服务提供商未能提供其服务或歧视您，您可以向以下机构提出投诉：向 Civil Rights Compliance Officer 发送电子邮件至 DHSCivilRightsBox@dhs.hawaii.gov，致电 (808) 586-4955 或 711，fax 至 (808) 586-4990 或写信至：Civil Rights Compliance Officer, P.O. Box 339,

Honolulu, HI 96809-0339。DHS 歧视投诉表 (DHS 6000) 可在 <https://humanservices.hawaii.gov>, the Civil Rights Corner, Forms 下获取。您还可以通过电子方式向 the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights 提出投诉, <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, 或者通过邮件或电话: U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (OCR), 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201. 电话: 1(800) 368-1019, TDD: 1(800) 537-7697.