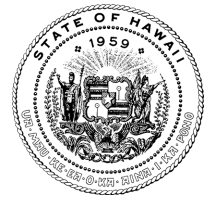


Return this form to:
State of Hawaii – Dept. of Human Services
Med-QUEST Division
P. O. Box 3490
Honolulu, HI 96811-3490



Month XX, 2024

Case Number: 00000000-XX
電話號碼: (808) XXX-XXXX

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

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

Aloha PI_FIRST PI_LAST,

這是要求您每年填寫的eligibility renewal form. 請檢查以下所有信息, 在所有部分填寫新的或更改的信息, 並回答此表格上的所有問題。

截止日期: 請將此表格和所有要求的文件在此日期前返還給我們 <DUE DATE for Renewal Form>

您知道您現在可以輕鬆地在線上填寫此表格嗎?
登陸 medical.mybenefits.hawaii.gov 今天完成您的資格更新!

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

如果您未在截至日期之前完成續保, 則以下個人的醫療援助保險可能會被終止。

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 後綴	

您可以通過以下任一方式完成續保:

- 在線完成續保 medical.mybenefits.hawaii.gov
- 致電我們並透過電話完成您的續保
- 填寫完、簽署此表格並將其郵寄, email 或 fax 給我們
- 親自前往我們的任一辦公室完成續保

請參閱本通知末尾的**Forms Instructions** 部分關於如何提交續保表格的詳細資訊。

截止日期：請將此表格和所有要求的文件在此日期前返還給我們 <DUE DATE for Renewal Form>

條款 A 家庭資訊：

是 否 **A1. 聯絡資訊：** 您是否改變了您的姓名，地址（居住和/或郵寄），電話號碼或電子郵件地址？

当前信息	改成
姓名（名字，中間名，姓氏，後綴）：名字 姓氏	
家庭住址：	
家庭電話：	
手機：	
工作電話：	
電郵：	

是 否 **A2. 當前家庭狀況變化：** 您的家庭成員是否有任何變化或終止了任何成員的 Med-QUEST 保險？

以下家庭關係部分列出了主要受保人與每個家庭成員之間的關係。如果任何列出的關係不正確，請將其劃掉並填寫正確的關係。如果關係為空白，請填入正確的關係類型。

* 請在以下提供的空白處添加任何未列出的家庭成員

如果沒有變化，請前往問題 A3

姓名	與主要受保人的關係	改成

是 否

- 如果您的家庭狀況發生變化，請使用下表更新已離開家庭或不再需要保險福利的成員的信息。
如果您需要新增家庭成員，請填寫 **Appendix A**。

取消或停止保險福利的家庭成員			
姓名 (姓名, 中間名, 姓氏, 後綴)	原因 (請參閱以下範例)	取消日期	停止保險福利
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
取消家庭成員原因範例: 搬出; 進監獄或Hawaii州立醫院; 離婚; 死亡; Nursing Home 或 Community Care Foster Family Home; 其他原因: (請說明)			

是 否

- A3. 報稅家庭:** 以下所列報稅資料是否正確? 如不正確, 請更新下表。

姓名 (姓名, 中間名, 姓氏, 後綴)	個人或聯合報稅?
您是否申報任何被供養人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	配偶姓名 (姓名, 中間名, 姓氏, 後綴)
被供養人姓名 (姓名, 中間名, 姓氏, 後綴):	
您是否被其他報稅人申報為被供養人?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如果您被申報為被供養人, 請列出將您列為被供養人的報稅人的姓名 (名字, 中間名, 姓氏, 後綴):	

是 否

- A4. 家庭收入：**如果以下列出的信息有改變，請附上變更的副本。（例如，過去三個月的薪資單。）如果您是自營職業者，請提供您的自營職業收入詳細信息的文件。

姓名（姓名，中間名，姓氏，後綴）	收入來源	月收入總額	雇主/ *自營職業	開始日期	結束日期
改成:					
改成:					

* 請從上述月收入中扣除您的自僱業務費用。

是 否

- A5. 是否有任何該家庭成員目前參加了除 Medicaid (QUEST Integration) 以外的健康保險？**

姓名（姓名，中間名，姓氏，後綴）	健康保險公司/計劃	保單編號	開始日期	結束日期

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

條款 B

是 否

跳過條款C, D 如果沒有任何家庭成員符合:



- 65 歲或以上
- 領取社會安全生活補助金 (SSI) 福利和/或
- 領取殘障福利和/或
- 領取Medicare A/B 或同時兩項

B1. 您是否有現年 65 歲或以上、失明或殘疾的家庭成員？這包括領取社會安全生活補助金 (SSI) 福利，領取殘疾福利，或領取 Medicare A 或 B 部分 (的人)。如果您的資訊發生變化，請更新以下信息。

姓名 (姓名, 中間名, 姓氏, 後綴)	失明/殘疾	65歲或以上	領取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"/>

條款 C

是 否

C1. 是否任何個人資產 (銀行/金融機構帳戶, 住宅, 401K, , 股票等) 發生變化? 請在下面列出所有變化。 * 截至本月1號的餘額

姓名 (姓名, 中間名, 姓氏, 後綴)	資金類型/金融機構	最近期報告 市值	填入本月一號的 餘額

條款 D

是 否

 D1. 您或任何家庭成員是否擁有任何房地產？

業主姓名(姓名, 中間名, 姓氏, 後綴)	物業地址	當前价值

是 否

 D2. 您和/或您的配偶是否擁有annuity?

所有者姓名(姓名, 中間名, 姓氏, 後綴)	發行日期	Annuity 公司名稱及地址

是 否

 D3. 您或任何家庭成員是否擁有貸款、抵押貸款或期票？

所有者姓名(姓名, 中間名, 姓氏, 後綴)	交易日期	原金額	所欠餘額

是 否

 D4. 您或任何家庭成員是否購買了他人財產的終身財產權益？

所有者姓名(姓名, 中間名, 姓氏, 後綴)	交易日期	物業地址	支付金額

是 否

 D5. 您或任何家庭成員是否支付入門費用以進入a Continuing Care Retirement Community (CCRC) 或 Life Care Community (LCC)?

所有者姓名(姓名, 中間名, 姓氏, 後綴)	發行日期	CCRC/LCC名稱及地址	支付金額

條款 E 長期護理服務

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？

個人姓名(姓名, 中間名, 姓氏, 後綴) _____

個人姓名(姓名, 中間名, 姓氏, 後綴): _____

是 否

- E2.** 您和/或您的配偶在過去60個月內是否出售、交易或贈送財產或其他資產--包括現金？ 或者，您和/或您的配偶在過去60個月內是否向trust 轉帳？

姓名(姓名, 中間名, 姓氏, 後綴)	資產類型	原因	轉帳日期	價值	收到數量

條款 F 其他變更

是 否

- F1.** 您還有其他變更需要報告嗎？ 如果報告其他變更，請提供支持文檔。

請在下面簽名並通過郵寄，電子郵件，傳真或親自到我們的辦公室將表格返還給我們。

提醒：您也可以致電我們並通過電話完成續保。

詳情請參閱表格說明部分

我保證此recertification 表中提供的信息是真實的並盡我所知所信。如果我故意在此表格上做出虛假陳述，根據Hawaii Revised Statutes §710-1063 我可能會受到的起訴。通過簽名，我授權任何資格要求驗證，以納入金融機構的資源。我給予 State of Hawaii 許可檢查我的陳述。我已閱讀或已被宣讀最後一頁上的權利和責任清單，我會保留該清單以供參考。

主要聯絡人/受益人/授權代表 簽名:	日期 (月月/日日/年年年年)
-----------------------	--------------------

感謝您的寶貴時間，我們期待為您服務！

FORMS INSTRUCTIONS SECTION**目的:**

這張DHS 1100B-2 Medical Assistance Eligibility Renewal 表格, 可用作紙本版本的N-14 Renewal Notice. 在無法使用N-14 Renewal Notice 的情況下, 可用DHS 1100B-2 代替。

填寫說明:

此表格應由主要聯絡人或授權代表填寫。

主要聯絡人:

如果您需要更多空間填寫回復, 請在此續約表格後另附一張紙。

條款 A-F. 選擇“是”或“否”選項框並酌情回答問題。

主要聯絡人簽名:

主要聯絡人必須簽署本部分並提供所需信息。通過簽名, 他們保證此重新認證表中所提供的信息盡其所知所信是真實和正確的, 並且他們給予Hawaii 州許可根據 Hawaii Revised Statutes §710-1063 檢查他們的信息來源。

請將填妥的表格和授權代表文件副本寄回本表格第1 頁上列出的地址或您附近的Eligibility Branch Office (見下文)。您也可以撥打1-800-316-8005, (TTY/TDD 711) 聯繫Customer Service, 通過電話完成續保。

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

附錄 A
添加家庭成員

新添家庭成員：如果您需要添加多於一 (1) 名新成員，請複印本頁和下一頁或附上一張單獨的紙，並針對新增的每位家庭成員回答以下問題或撥打1-800-316-8005 (TTY: 711 或1-800-603-1201) 聯繫 Customer Service 以獲得更多幫助：		
新家庭成員姓名(姓名，中間名，姓氏，後綴)		
如果新成員是新生兒，請在下面提供父母姓名：		
母親姓名(姓名，中間名，姓氏，後綴)：	父親姓名(姓名，中間名，姓氏，後綴)：	
申請醫療保險? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
過去90天內是否接受過醫療服務? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，日期：		
性別	出生日期	**社會安全號
**申請醫療援助的每個人（包括兒童）必須提供社會安全號 (SSN)。如果需要更多信息，我們會聯繫您的家庭。如果未收到所要求的信息，福利可能會被延遲。如果需要協助申請 SSN或更換 SSN卡，請致電1-800-772-1213 或訪問socialsecurity.gov。 TTY用戶請致電1-800-325-0778		
已婚? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，配偶姓名(姓名，中間名，姓氏，後綴)：	
月總收入（稅收或其他減免前的總收入）：		
計劃提交聯邦報稅表? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		與配偶聯合報稅? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否會在報稅表上申報任何被供養人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
填寫被供養人的姓名(姓名，中間名，姓氏，後綴)：		

是否在他人報稅表上列為被供養人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
如果是，報稅人姓名(姓名，中間名，姓氏，後綴)：		*關係：
新成員是否懷孕? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	預計生產日期：	預計生產人數：
您是U.S. 公民/國民嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
如果不是，新成員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 號碼_____	
移民文件類型（即 I-551, Visa, etc.):	身份類型	
您移民文件上顯示的姓名(姓名，中間名，姓氏，後綴)		
護照號碼：	其他卡號：	
SEVIS ID 或失效日期（可選）	類別代碼	
新成員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，請在下方列出申報他們為被供養人的家庭成員的姓名。		
以下為家庭關係範例（包括適用的步驟）：		
• 已婚	• 父母	• 子女
• 兄弟姊妹	• 受全科醫療護理人	

• 祖父母	• 叔叔/阿姨	• 姪女/姪子	• 表兄妹	• 孫子孫女
• 養父母	• 養子女	• 未婚伴侶或同居伴侶		• 無親屬關係
• 其他關係（請說明）				
新會員與此表格上的主要聯絡人是何關係？（*參考上一頁的關係範例）				
如果該家庭還有其他成員，（居住在列出的“當前地址”）請在下面列出他們是誰以及新成員*與他們有何關係：				
當前家庭成員(姓名, 中間名, 姓氏, 後綴):		與新成員(姓名, 中間名, 姓氏, 後綴)的關係:		
1.		1.		
2.		2.		
3.		3.		
4.		4.		
5.		5.		
6.		6.		
如果該家庭有超過(6)人, 請複印本頁, 填寫完整並附上。				

此頁特意留空

您要求舉行行政聽證會的權利

什麼是行政聽證會（“聽證會”）？ 聽證會是對該部門處理您案件所採取的行動的公正審查，且聽證會要求必須在本通知之日起90個日曆日內提出。一名未參與該部門行動的聽證官將審查您案件的所有事實。如果聽證官發現該部門有錯誤行為，該部門將進行糾正。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

要求舉行聽證會的理由：

- 您不同意對您的申請或案件所做的決定。
 - 您的申請未獲及時處理：30 天申請SNAP; 90 天申請基於殘疾的醫療援助；45 天申請經濟援助或其他醫療援助申請。
- HAR 17-602.1-4; 17-602.1-24; 17-647-3; 17-647-7; 17-647-14; 17-1711.1-32

我該如何要求舉行聽證會？ 您可以通過書面填寫該部門表格或其他文件要求舉行聽證會。如果只申請SNAP 和醫療援助，您也可以致電或告訴工作人員您要求舉行聽證會。當該部門收到您的申請，the Administrative Appeals Office 會將有關聽證會的資訊郵寄給您。

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

我的福利將被停止。在聽證會等待期間我可以繼續領取福利嗎？ 是的，請閱讀關於要求繼續福利的截止日期的通知。如果聽證會未作出對您有利的裁決，則您必須償還您無權獲得的福利。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

該程序需要多長時間？ 通常情況下SNAP 的程序需要60 天，其他計劃則需要90 天。對於醫療和 SNAP 聽證會，在極端情況下您可以要求加急聽證程序，例如當生命或健康面臨嚴重風險時。HAR 17-602.1-16; 17-602.1-27; 17-602.1-29; 17-1703.1-4; 17-1703.1-15 to 16.

我需要律師嗎？ 不需要律師。您必須參加聽證會，除非您以書面形式告知該部門，授權代表將代表您參加。授權代表可以是朋友、親戚、辯護人或其他人。如需免費法律諮詢或代理，請致電808-536-4302（歐胡島）或 1-800-499-4302（鄰島）聯繫 the Legal Aid Society of Hawaii. HAR 17-602.1-5; 17-602.1-7; 17-602.1-25; 17-602.1-38; 17-1703.1-3

如果我需要口譯員或其他協助怎麼辦？ 在您的聽證會申請中，您可以要求免費的專業口譯員，字體較大的印刷品、手語翻譯員，輔助援助或其他合理的協助要求。如果您未能在聽證會日期之前提出要求，您的聽證會可能會被改期到可以提供協助的時間。HAR 17-602.1-5; 17-602.1-13; 17-602.1-30; 17-1703.1-6; 17-1711.1-2

我有哪些聽證權？ 您可以要求您的工作人員在聽證會前查看文件和記錄。在聽證會上，您可以陳述您認為該部門不正確的理由，並且可以向該部門的證人提問。您也可以帶上自己的證人。您和該部門必須就被允許參加聽證會的人員達成協議。如需口譯員請參閱以上條款。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

什麼是欺詐？ 如果您不遵守強制性舉報要求，撒謊或隱瞞事實，您將對償還您收到的福利以及法律適用的其他處罰負責，包括被起訴。HAR 17-604.1; 17-1704-3, 17-1713.1-2; HRS §346-43.5, 710-1063

我的其他權利是什麼？

- **資訊保密：** 該部門不會公開您的資訊，除非計劃條款或聯邦法律允許，特定保護服務情況需要，欺詐調查需要，或者您提交了公開資訊的書面請求。HAR 17-601; 17-1702-5 to 6; 17-1706-6
- **非歧視：** 該部門不會因種族，膚色，國籍，年齡，殘疾或性/性別（表達或身份）或聯邦或州法律規定的任何受保護群體而歧視、排斥或區別對待他人。如果您認為該部門或其服務提供者未能提供其服務或歧視您，您可以向以下機構提出投訴：向 Civil Rights Compliance Officer 發送電子郵件至 DHSCivilRightsBox@dhs.hawaii.gov，致電 (808) 586-4955 或 711, fax 至(808) 586-4990 或寫信至 Civil Rights Compliance Officer, P.O. Box 339, Honolulu, HI 96809-0339. DHS 歧視投訴表 (DHS 6000) 可在 <https://humanservices.hawaii.gov> the Civil Rights Corner - Forms 下獲取。您也可以向 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 上通過電子方式向 the U.S. Department of Health and Human Services, Office

for Civil Rights 提出投诉，或通過電子郵件或電話的方式：U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (OCR), 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201. 電話：1(800) 368-1019, TDD: 1(800) 537-7697.