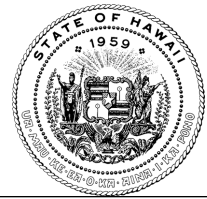


Return this form to:
State of Hawaii – Dept. of Human Services
Med-QUEST Division
P. O. Box 3490
Honolulu, HI 96811-3490



Month XX, 2024

Case Number: 00000000-XX
電話番号: (808) XXX-XXXX

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

MEDICAL ASSISTANCE ELIGIBILITY RENEWAL FORM – N14について

Aloha PI_FIRST PI_LAST,

これは毎年更新が必要な貴方のeligibility renewal formです。下記の全ての情報を確認し この書類の全てのセクションに新しい情報又は変更情報を記入し 全ての質問にお答えください。

しめきり: この書類と他必要書類の必着日は<DUE DATE for Renewal Form>です。
ネットでこの書類を今簡単に完了できるのをご存知だったでしょうか？
medical.mybenefits.hawaii.govでは 資格更新を今日終わらせることができます！

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

更新書類が期日までに完了されていない場合 メディカルアシスタンスの受益者のカバレッジが終了される事があります。

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.”*

氏名	書類
なまえ 苗字 サフィックス	

更新は以下のいずれかの方法できます:

- **medical.mybenefits.hawaii.gov** で更新
- お電話上で更新
- この書類に記入、サインをして郵送 email 又は fax で提出
- 事務所にお越しただいで対面にて更新

更新書の提出方法の詳細は このお知らせの末尾にあるForms Instructionsセクションをご覧ください。

しめきり: この書類と他必要書類の必着日は<DUE DATE for Renewal Form>です。

セクション A 世帯情報:

- はい いいえ **A1. 連絡先: 貴方の名前、住所(住居地、郵送先)電話番号、そしてEメールアドレスに変更はありましたか?**

現在の情報	変更された情報
氏名(名前、ミドル、苗字、サフィックス): なまえ 苗字	
お住まいの住所:	
自宅の電話番号:	
携帯番号:	
職場の電話番号:	
Eメール:	

- はい いいえ **A2. 現世帯情報の変更: 世帯員の変更はありましたか またMed-QUESTのカバレッジが終了した世帯員はいますか?**

以下の世帯関係セクションには世帯主と世帯員の関係が記されます。もし記されている関係が正しくない場合は 誤りのところに訂正線を引き正しい関係を記入してください。関係が空欄であれば、正しい情報を記入してください。

* 抜けている世帯員の情報は空欄に記入ください。

何も変更がない場合はA3の質問にお進みください。

氏名	世帯主との関係	変更情報

はい いいえ

- 貴方の世帯で変更があれば、下記の表に世帯から外れた 又は手当てが必要なくなった世帯員の情報更新をしてください。

もし世帯員の追加があれば、Appendix Aに記入してください。

世帯を離れた 又は 手当て終了			
氏名 (名前、ミドル、苗字、サフィックス)	理由 (例 下記参照)	外れた日付	手当て終了
			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

世帯員消去理由の例:
 引越し; 刑務所もしくは Hawaii 州の病院; 離婚; 死亡; Nursing Home 又は Community Care Foster Family Home; 他の理由: (説明してください)

はい いいえ

- A3. 税金申告世帯: 下記の税金申告の情報に間違いはありませんか? 必要であれば情報を更新してください。

氏名 (名前、ミドル、苗字、サフィックス)	個人申告 又は 合算申告?
税申告で申告している扶養家族がいますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	配偶者氏名(名前、ミドル、苗字、サフィックス)
税申告で申告している扶養家族の氏名(名前、ミドル、苗字、サフィックス)	
貴方は他の人の税申告で扶養家族として申告されていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
貴方を扶養家族と申告している人の氏名(名前、ミドル、苗字、サフィックス)	

はい いいえ

A4. 世帯収入: 下記の情報に変更がある場合、変更の書類を添付してください。(例、過去3ヶ月の給料明細) 自営の場合は、収入の詳細書類を提出してください。

氏名 (名前、ミドル、苗字、サフィックス)	収入源	月総額	雇用主 / *自営	開始日	終了日
～に変更:					
～に変更:					

* 自営経費を月収入より差し引いてください。

はい いいえ

A5. Medicaid (QUEST Integration) 以外に健康保険に加入している世帯員がいますか？

氏名 (名前、ミドル、苗字、サフィックス)	健康保険会社/プラン	ポリシー番号	開始日	終了日

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

セクションB

はい いいえ

もし世帯員が誰も以下に該当しない場合、セクション C, D をとばしてください:



- 65 才又は以上
- 補足的保障所得(SSI)を受けている、そして又は
- 障害で手当を受けている
- Medicare A/B または双方を受けている

B1. 現在 65 才を含め 65 才以上、視覚障害、障害者が世帯内にいますか？補足的保障所得(SSI)を受給している人も含めます。社会保障給付金を障害に基づいて受給、あるいは Medicare パート A 又 B を受けている。もし貴方の情報で変更がありましたら、下記にて情報更新をしてください。

氏名 (名前、ミドル、苗字、サフィックス)	盲人/障害者	65 才又は以上	SSI受益	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"/>

セクション C

はい いいえ

C1. 財産(銀行/金融機関口座、住宅、401K、株など)の変更がありますか？下記に変更を記入してください。* 今月1日付けの残高

氏名 (名前、ミドル、苗字、サフィックス)	財源タイプ/金融機関	最後に出された価値	今月1日付けの残高

セクション D

はい いいえ

 D1. 貴方は もしくは世帯内で不動産を所有していますか？

所有者氏名 (名前、ミドル、苗字、サフィックス)	所有不動産住所	現価値

はい いいえ

 D2. 貴方又は配偶者は annuityを持っていますか？

所有者氏名 (名前、ミドル、苗字、サフィックス)	発効された日	Annuity 会社の名前と住所

はい いいえ

 D3. 貴方又は世帯内で誰かローン、住宅ローン、約束手形がありますか？

所有者氏名 (名前、ミドル、苗字、サフィックス)	取引日	元の金額	残りの金額

はい いいえ

 D4. 貴方又は世帯内で誰か 他の不動産の生涯不動産権を購入していますか？

所有者氏名 (名前、ミドル、苗字、サフィックス)	取引日	不動産住所	支払額

はい いいえ

 D5. 貴方又は世帯内で誰か a Continuing Care Retirement Community (CCRC) もしくは Life Care Community (LCC) エントランスフィーを払っていますか？

所有者氏名 (名前、ミドル、苗字、サフィックス)	発効日	CCRC/LCCの名前と住所	支払額

セクションE 長期介護サービス

はい いいえ

- E1. 世帯内で Nursing Home、Adult Foster ホーム、自宅、Assisted Living ホーム、又は Retirement/Life Care CommunityでLong-Term Care サービスを受けている 又は必要な人がいますか？

個人氏名 (名前、ミドル、苗字、サフィックス): _____

個人氏名 (名前、ミドル、苗字、サフィックス): _____

はい いいえ

- E2. 過去60ヶ月内で、貴方もしくは配偶者、又は貴方と配偶者が、不動産又はその他の財産 (お金を含め)売却、取引、または贈与をしましたか？ または、貴方もしくは配偶者、又は貴方と配偶者は過去60ヶ月内にトラスト信託に財産を移しましたか？

氏名 (名前、ミドル、苗字、サフィックス)	財産の種類	理由	移した日	価値	受け取額

セクションF 他の変更

はい いいえ

- F1. 他に報告する変更はありますか？ 他に報告する事がありましたら、それに関係書類も添付して提出してください。

下記に署名をして 郵送、Eメール、ファックス又は事務所で対面にて提出してください。
念押し確認: 電話をかけて電話上でも更新できます。
詳細は書類インストラクションのセクションをご覧ください。

私はこのrecertification書類に記された情報が真実であり 私の知る限りにおいて確証します。この書類に意図的に虚偽の陳述をした場合、Hawaii Revised Statutes §710-1063に基づいて起訴される事がある。署名することにより、私は金融機関の財源を含む資格要件を監査される事を認証承認します。私はState of Hawaiiが私のステートメントを確認する事を許可します。私は情報として保存できる最後のページに記載されている権利と責任のリストを読んだ または 読んでもらっています。

主要連絡代表者/受益者/認可された代表者 署名:	日付 月2桁/日2桁/西暦4桁
-----------------------------	--------------------

お時間ありがとうございました。貴方のお手伝いをするのを楽しみにしています！

FORMS INSTRUCTIONS SECTION**目的:**

DHS 1100B-2 Medical Assistance Eligibility Renewal 書類はN-14 Renewal Noticeの紙版として使われます。もしN-14 Renewal Notice が使われないときは DHS 1100B-2 が代わりに使われます。

インストラクション:

この書類は主要連絡代表者または認証されている代表者により完了されます。

主要連絡代表者へ:

回答でもっと枠が必要であれば この更新書類に別の紙を添付ください。

セクション A-F はい もしくは いいえのボックスを選び 適格な質問にお答えください。

主要連絡代表者の署名:

主要連絡代表者がこのセクションに署名をし 要されている情報を提出する必要があります。署名をすることにより、再認定書に記されている情報が真実で 知識の限り正しく そしてHawaii州がHawaii Revised Statutes §710-1063に基づき財源の監査をする許可を与える事を承認します。

完了したこの書類と認可された代表者書類をこの書類1枚目に記されている住所に提出 またはお近の Eligibility Branch Office (下記参照)まで提出してください。 Customer Service に電話をして 1-800-316-8005, (TTY/TDD 711) 貴方の更新書を電話上で完了する事もできます。

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>
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

アペンデックスA 世帯員の追加

新しい世帯員: もし一人(1)以上の追加が必要であれば、このページと次のページの写しを作る、又は別の紙を添付して各世帯員について次の質問に答える、又は電話 1-800-316-8005 (TTY: 711か 1-800-603-1201) で Customer Service に連絡をしてお問い合わせください。		
新しい世帯員氏名 (名前、ミドル、苗字、サフィックス)		
もし新しい世帯員が新生児であれば、下記に母親、父親の名前を記入してください:		
母親氏名(名前、ミドル、苗字、サフィックス):	父親氏名(名前、ミドル、苗字、サフィックス):	
メディカルカバーの申請ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ メディカルサービスを過去90日に受けましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はいの場合 日付:		
性別	誕生日	**ソーシャルセキュリティー番号
**メディカルアシスタンスの申請は各個人(子供を含め)ソーシャルセキュリティー番号(SSN)が必要です。追加情報が必要であれば貴方の世帯に連絡がいくことがあります。要求された情報が届いていない場合、手当てが遅れる事があります。 もしSSNが必要な場合、もしくはSSNカードの再発行が必要なときは 電話 1-800-772-1213 または socialsecurity.govまでお問い合わせください。 TTY 使用者は1-800-325-0778まで		
既婚? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	はいの場合、配偶者の氏名(名前、ミドル、苗字、サフィックス):	
月総収入(税や他差し引きをする前の総収入):		
連邦税の申告は予定していますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 配偶者と合算申告? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
税金申告で誰か扶養家族を申告しますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
扶養家族の氏名(名前、ミドル、苗字、サフィックス)		
他の人の税金申告で扶養家族として申告されていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
はい の場合申告者の氏名(名前、ミドル、苗字、サフィックス)		*関係:
新しい世帯員は妊娠していますか?	予定日:	予定新生児の数:
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
貴方はU.S. 市民/国民ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
もし いいえの場合、新しい世帯員は適切な滞在資格がありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
入国日 _____		外国人番号又はI-94 番号 _____
滞在書類タイプ 例 I-551, Visa, etc.:		資格タイプ
滞在書類に書かれている氏名(名前、ミドル、苗字、サフィックス)		
パスポート番号:		他カード番号:
SEVIS ID 又は 有効期限(オプション):		カテゴリーコード:
新しい世帯員は世帯内の税金申告で扶養家族として申告されていますか?		
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
はい の場合、下記に扶養家族として申告している納税者氏名を記入してください。		
世帯関係の例(必要であれば継も含め)下記:		

• 既婚	• 親	• 子	• きょうだい	• プライマリーケアを受けている
• 祖父、祖母	• 叔父 叔母	• 姪っ子 甥っ子	• いとこ	• 孫
• フォスターペアレント	• フォスターチャイルド	• 結婚していないパートナー 又は家庭を一緒にしているパートナー		• 結連関係無
• その他の関係(説明してください)				
新しい世帯員とこの書類に記している主要連絡代表者はどのような関係ですか？(*関係の例は前ページにあります)				
もしこの世帯に他に世帯員がいれば(現住所に住んでいる)その世帯員を下記に記入し、新しい世帯員とどのように関係があるかを書いてください:				
現世帯員(名前、ミドル、苗字、サフィックス):		新しい世帯員(名前、ミドル、苗字、サフィックス)との関係:		
1.		1.		
2.		2.		
3.		3.		
4.		4.		
5.		5.		
6.		6.		
この世帯に(6)人以上いる場合はこのページの写しをつくり、完了し添付してください。				

意図的に空白にしています

行政聴聞要求する貴方の権利

行政聴聞(聴聞)とは何ですか？ 聴聞では同省が扱った貴方のケースを公平に検証します。聴聞はこのお知らせから90日以内にリクエストされる必要があります。同省と関わりのない聴聞検査員が貴方のケースの事実を検証します。もし聴聞検査員が同省に間違いがあったと判断すると、同省は取り扱いの訂正をします。 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

聴聞の要求の理由:

- 貴方のケース又は申請書に対して出された決断に同意しない。
- 提出した申込書が時間以内にプロセスされなかった: SNAPは30日; 障害でメディカルアシスタンスの場合は90日; 経済援助又は他のメディカルアシスタンス申請書は45日 HAR 17-602.1-4; 17-602.1-24; 17-647-3; 17-647-7; 17-647-14; 17-1711.1-32

聴聞のリクエストはどうすればいいですか？ 同省の書類又は他の紙で聴聞の要求を書面でリクエストできます。SNAPとメディカルアシスタンスに限り電話もしくは係員に直接聴聞して欲しい事を伝える方法もあります。同省が貴方のリクエストを受けたらthe Administrative Appeals Officeより郵送で貴方の聴聞の情報が送られてきます。 HAR 17-602.1-6; 17-602.1-31; 17-1703.1-4

私の手当ては止められます。聴聞が保留中 手当てを続けて受けられる事ができますか？ はい、手当て継続リクエストの期日のお知らせを読んでください。もし聴聞で希望の結果が出なかった場合は、資格がないのに受けた手当ては支払い戻す必要があります。 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

プロセスにはどれくらいかかりますか？ SNAPの場合通常プロセスには60日、他のプログラムは90日かかります。メディカルとSNAPの聴聞で 生命の危機や健康に大きなリスクがかかるような極度なケースには 聴聞プロセスの迅速対応リクエストができます。 HAR 17-602.1-16; 17-602.1-27; 17-602.1-29; 17-1703.1-4; 17-1703.1-15 to 16.

弁護士が必要ですか？ 弁護士は必要ないです。同省に書面で認証された代表者が代わりに聴聞に出席すると事前に連絡している以外は 必ず貴方は聴聞に出席する必要があります。認証された代表者とは友人、親戚、勧告者 または 違う人がなれます。無料法律アドバイスやカウンセラーはthe Legal Aid Society of Hawaii 電話 808-536-4302 (Oahu) もしくは

1-800-499-4302 (隣島)でお問い合わせください。 HAR 17-602.1-5; 17-602.1-7; 17-602.1-25; 17-602.1-38; 17-1703.1-3

もし通訳や他の手配が必要な場合？ 聴聞のリクエスト時に、無料の通訳、大きな印刷文字、手話での通訳、補助援助 その他リーゾナブルな援助のリクエストができます。もし聴聞日までにリクエストがされないと 聴聞のスケジュールを手配ができる日にちに變更される事があります。 HAR 17-602.1-5; 17-602.1-13; 17-602.1-30; 17-1703.1-6; 17-1711.1-2

私の聴聞権利とは？ 聴聞前に係りの人に書類や記録を見るようにリクエストできます。貴方は聴聞時に何故同省が間違えているかそして 同省の証人に疑問があることを意見発言できます。貴方は貴方の証人を連れてくることもできます。聴聞に観に来られる人は 貴方と同省とで同意される必要があります。通訳に関しては上記を参照ください。 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

詐欺とは何ですか？ もし貴方が絶対に必要な報告をしない、嘘、事実を隠している場合 起訴を含め法律上適格なペナルティと受け取った手当ての払い戻しが事があります。 HAR 17-604.1; 17-1704-3, 17-1713.1-2; HRS §346-43.5, 710-1063

私の他の権利とは？

- **秘密保持:** プログラムの規制又は連邦法で許されている、特別保護サービスで必要とされている、詐欺調査 又は 貴方の情報を同省が公開できるように貴方から書面でリクエストの提出がない限り、同省は貴方の情報の公開はしません。 HAR 17-601; 17-1702-5 to 6; 17-1706-6

差別の禁止: 人種、肌の色、出身国、年齢、障害、性別・ジェンダー(表現又はアイデンティティー) また連邦法、州法で階級保護されている人々を同省は差別、除外、異なる取り扱いをする事はしません。もし同省またはサービス提供者がサービスの提供を怠る、または差別を受けたと思われた場合、Civil Rights Compliance Officer へてに苦情の申し立てができます。Eメール DHSCivilRightsBox@dhs.hawaii.gov 電話 (808) 586-4955 or 711 fax (808) 586-4990 もしくは郵送で: Civil Rights Compliance Officer, P.O. Box 339, Honolulu, HI 96809-0339. DHS 差別苦情書類(DHS 6000) は <https://humanservices.hawaii.gov> で the Civil Rights Corner の Formsで見つかります。苦情は the U.S. Department of Health

and Human Services, Office for Civil Rights, でも提出できます。電子で <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, 又は郵送:
U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (OCR), 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH
Building, Washington, DC 20201まで そして電話: 1(800) 368-1019, TDD: 1(800) 537-7697でもできます。