



Month XX, 2024

Case Number: 00000000-XX
전화 번호: (808) XXX-XXXX

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

RE: MEDICAL ASSISTANCE ELIGIBILITY RENEWAL FORM – N14

Aloha PI_FIRST PI_LAST,

이것은 매년마다 요구되는 eligibility renewal 서류양식입니다. 아래 사항을 잘 읽고 변경되었거나 새로운 정보가 있으면 기입해주시고 모든 질문에 답하여 주십시오.

마감 일짜: 이 양식과 요구되는 서류를 저희에게 <DUE DATE for Renewal Form>까지 보내주십시오.

이양식을 온라인으로 쉽게 작성할 수 있다는 것을 알고계신가요?
오늘 medical.mybenefits.hawaii.gov로 가셔서 자격조건 재발급을 하십시오!

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

만약 제계약 서류가 제시된 마감일까지 미작성 시 아래 기재된 사람들은 의료지원 혜택을 받을 수 없게 됩니다.

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."*

성명	서류
이름 성 존칭	

제계약 서류양식을 아래와 같은 방법으로 작성할 수 있습니다:

- medical.mybenefits.hawaii.gov 로 가셔서 재발급 신청을 온라인으로 작성하십시오.
- 저희에게 전화하셔서 전화상으로 제계약을 할 수 있습니다.
- 서류를 작성하고, 서명한 후, 우편이나, email 또는 fax 로 보낼 수 있습니다.
- 사무실을 직접 방문하셔서 제계약 양식을 작성할 수 있습니다.

제계약 서류양식을 제출 방법에 대한 자세한 내용은 이 안내문 마지막 부분에 있사오니
참조하십시오

마감 일짜: 이 양식과 요구되는 서류를 저희에게 <DUE DATE for Renewal Form> 까지 보내주십시오.

문항A 가게 정보:

예 아니오

A1. 연락처: 이름, 주소 (거주지/또는 우편물), 전화번호 또는 이메일 주소가 바뀌었습니까?

변경 전 내용	변경 후 내용
성명(이름, 중간이름, 성, 존칭):	
거주지 주소:	
집전화 번호:	
휴대폰 번호:	
직장 번호:	
이메일:	

예 아니오

A2. 현재 가족 변경사항: 가족 구성원에 변화가 있거나 Med-QUEST 혜택이 종료된 사람이 있습니까?

아래 기재된 가족 구성원 문항에 가장과 각 구성원과의 관계가 기재되어 있습니다. 만약 기재된 내용이 잘 못 되었다면 정확한 관계를 기입하여 주십시오. 또한 관계 기재란이 비어있다면 정확한 내용을 기입해 주십시오.

* 누락된 가족 구성원이 있으면 아래 마련된 빈 공간을 활용해 기입해 주십시오.

변동 사항이 없으면 A3 문항으로 가십시오.

성명	가장과의 관계	변경 후

예 아니오

가족 구성원에 변동사항이 있다면 아래에 있는 표를 이용해서 누가 이사를 했는지 또는 더 이상 지원 혜택이 필요없는지를 기입하십시오.

새로운 가족 구성원을 추가해야 한다면, Appendix A 양식에 기입하십시오.

더 이상 거주하지 않거나 지원 혜택 중지를 원하는 가족 구성원			
성명(이름, 중간이름, 성, 존칭)	이유(아래의 예를 보기)	이주 날짜	혜택 중지
			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
가족 구성원의 탈퇴 이유 사례: 이사; 감옥 또는 Hawaii 주립 병원 입원; 이혼; 사망; Nursing Home 또는 Community Care Foster Family Home; 다른 이유: (설명하십시오.)			

예 아니오

A3. 가족 세금보고: 아래 기재된 세금보고 내용이 정확합니까? 아니면 정확히 다시 기입해 주십시오.

성명(이름, 중간이름, 성, 존칭)	개별 또는 공동 보고?
세액공제 받을 부양가족이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	배우자 성명 (이름, 중간이름, 성, 존칭)
부양가족 성명 (이름, 중간이름, 성, 존칭):	
본인이 다른 사람의 세금 신고서에 부양가족으로 보고됩니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
본인이 다른 사람의 부양 가족으로 보고가 된다면 세금 신고자의 성명(이름, 중간이름, 성, 존칭):	

A4. 가계소득: 아래에 기재된 내용에 변경이 있다면, 변경사항 서류 복사본을 첨부해

예 아니오

주십시오. (예를들면, 지난 3개월 치 월급명세서.) 만약 자영업자라면, 자세한 영업 소득에 관한 서류를 제공해 주십시오.

성명 (이름, 중간이름, 성, 존칭)	소득원천	세금 전 월소득 금액	고용주/ *자영업	시작일	종료일
변경 후:					
변경 후:					

* 자영업에 사용된 비용을 위에 보고한 매 월 소득 금액에서 차감하십시오.

예 아니오

A5. 가족 구성원 중에 Medicaid (QUEST Integration) 아닌 다른 의료 보험에 가입된 사람이 있습니까?

성명 (이름, 중간이름, 성, 존칭)	의료 보험 이름/보험 유형	보험 번호	시작일	종료일

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

문항 B

예 아니오

아래와 같은 조건에 해당되는 가족 구성원이 없다면 문항 C, D 는 기입하지 마십시오:



- 65 세 또는 이상
- 생활보조금(SSI) 혜택 받기 그리고/또는
- 장애 등급에 해당되는 연금을 받거나/또는
- Medicare A/B 중 한 가지 또는 둘 다 받고있는 경우

B1. 가족 중에 연세가 현재 65세이거나 이상, 장님 또는 장애를 가지고 있는 분이 계신가요? 이것은 현재 생활보조금(SSI) 혜택을 받고있거나, 장애등급에 따라 혜택을 받고있거나, 또는 Medicare 파트A 나 B 혜택을 받고 계신 분들이 포함합니다. 가지고 계신 개인정보가 바뀌었다면, 아래있는 공간에 수정하여 주십시오.

성명(이름, 중간이름, 성, 존칭)	장님/장애	65세 또는 이상	SSI 수령여부	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"/>

문항 C

예 아니오

C1. 가족 구성원이 가지고 있는 자산(은행/금융기관계좌, 주택, 401K, 주식, 등등)에 변경 사항이 있습니까? 그 사항을 아래에 기입해 주십시오. * 이달 1일 날짜에 해당되는 잔고

성명 (이름, 중간이름, 성, 존칭)	소득유형/금융기관	지난번에 보고된 가치	이달 1일 날짜 잔고 금액

문항 D

예 아니오

 D1. 본인이나 가족 구성원 중에 부동산을 갖고 있습니까?

소유자 성명 (이름, 중간 이름, 성, 존칭)	부동산 주소	현재 가치

예 아니오 **D2. 본인이나 가족 구성원 중에 annuity 를 갖고 있습니까?**

소유자 성명 (이름, 중간이름, 성, 존칭)	발급 날짜	Annuity 회사 이름과 주소

예 아니오 **D3. 본인이나 가족 구성원 중에 용자, 집 담보대출 또는 약속 어음을 갖고 있습니까?**

소유자 성명 (이름, 중간이름, 성, 존칭)	거래 날짜	원금	채무액

예 아니오 **D4. 본인이나 가족 구성원 중에 다른 사람 명의로 된 종신 부동산을 구입했습니까?**

소유자 성명 (이름, 중간이름, 성, 존칭)	거래 날짜	부동산 주소	지불 금액

예 아니오

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

소유자 서명 (이름, 중간이름, 성, 존칭)	지급 날짜	CCRC/LCC 이름과 주소	납부 금액

문항 E 장기 요양 서비스

예 아니오

- E1.** 가족 구성원 중에 Nursing Home, Adult Foster 가정, 자택, Assisted Living 가정 또는 Retirement/Life Care Community에서 Long-Term Care 서비스를 받아야 하거나 필요하신 분이 있습니까?

수혜자(들) 성명 (이름, 중간이름, 성, 존칭): _____

수혜자(들) 성명 (이름, 중간이름, 성, 존칭): _____

예 아니오

- E2.** 본인 그리고/ 또는 배우자가 지난 60 개월 안에 돈을 포함해서 재산이나 자산을 매각, 거래나 기부를 한적이 있습니까? 또는 본인이나 배우자가 지난 60 개월 안에 trust 로 전환한 것이 있습니까?

성명 (이름, 중간 이름, 성, 존칭)	재산 유형	이유	양도 날짜	가치	수급 금액

문항 F 다른 변경 사항

예 아니오

- F1.** 보고가 필요한 변경 사항이 있습니까? 있다면, 필요한 서류를 제출하여 주십시오.

**아래칸에 서명하시고 작성하신 서류 양식을 우편, 이메일, 팩스로 보내 주시거나 직접 저희 사무실로 가지고 오십시오.
재알림: 또한 저희 사무실로 전화하셔서 제계약 할 수 있습니다.
자세한 내용은 서류 양식 기입에 관한 설명서를 참조하십시오.**

본인은 이 recertification 서류에 기재된 모든 내용이 내가 알고있는 한 진실임을 증명합니다. 만약 고의적으로 허위 내용을 기재했다면, 본인은 Hawaii Revised Statutes §710-1063에 의해 기소될 수 있습니다. 서명을 함으로써,본인은 금융기관을 포함한 모든 자격 요구 조건 검증을 승인합니다. 본인은 State of Hawaii에게 나의 진술을 확인하도록 허락합니다. 본인은 개인 정보에 관해 마지막 페이지에 쓰여있는 권리와 책임에 대해 읽었습니다.

제 1차 연락자/수혜자/위임자 서명:	날짜 (월/일/년)
-------------------------	---------------

Case Number: 00000000-XX

시간을 내주셔서 감사드리며 여러분을 도울 수 있기를 바랍니다!

FORMS INSTRUCTIONS SECTION**목적:**

이 DHS 1100B-2 Medical Assistance Eligibility Renewal 양식, N-14 Renewal Notice 는 종이문서 형식으로 사용되어야 한다. 만약 N-14 Renewal Notice가 사용될 수 없다면, 대신 DHS 1100B-2가 사용 가능합니다.

설명서:

이 양식은 제 1차 연락자나 위임 받은 자가 작성해 주십시오.

제 1차 연락자:

필요한 사항을 기재하기 위해 더 많은 공간이 필요하다면 다른 종이를 사용하시고 이 서류 양식에 첨부하여 주십시오. 문항 A-F. 에 있는 예 또는 아니오를 선택하시고 해당되는 질문에 답하여 주십시오.

제 1차 연락자 서명:

제 1차 연락자는 반드시 이 문항에 서명을하고 요구되는 정보를 알려주십시오. 정보를 제공하는 당사자들은 서명을 함으로써 자격 갱신 양식에 기재된 정보가 알고있는 한 진실되고 정확함을 증명하는 것이고 Hawaii Revised Statutes §710-1063 법령에 관련하여 Hawaii 주에게 제공된 정보를 확인하도록 허가를 하는 것 입니다.

이 양식을 작성하시고 위임장 사본과 함께 이 서류 페이지 1에 있는 주소 또는 여러분의 거주지 근처에 있는 Eligibility Branch Office (아래 있는 표를 참조)로 보내주십시오. 또는 이 서류 양식을 작성하기 위해 Customer Service번호 1-800-316-8005, (TTY/TDD 711)로 연락 주십시오.

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	Maui Service Center (Maui County)	
	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

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

부록 A
새로운 가족 구성원

<p>새로운 가족 구성원: 만약 새로운 가족 한(1)명 이상을 추가한다면, 이 양식을 복사해서 작성한 다음 이 양식 바로 밑에 따로 첨부해서 추가되는 새로운 각 가족 구성원에 대한 질문에 답하여 주시고 추가적인 도움을 원하시면 Customer Service 번호 1-800-316-8005 (TTY: 711 또는 1-800-603-1201) 로 연락 주십시오:</p>		
<p>새로운 구성원이 갖 태어난 신생아라면, 신생아의 모친과 부친 이름을 기재하십시오:</p>		
<p>모친 성명 (이름, 중간이름, 성, 존칭):</p>	<p>부친 성명 (이름, 중간이름, 성, 존칭):</p>	
<p>의료 혜택을 신청하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>		
<p>지난 90일 이내에 의료 서비스를 받았습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 그렇다면 받은 날짜:</p>		
<p>성별</p>	<p>생년월일</p>	<p>**사회 보장 번호</p>
<p>**의료 지원을 신청하는 개개인(자녀 포함)은 사회 보장 번호(SSN)가 있어야 합니다. 만약 추가적인 내용이 필요할 경우 여러분 가족에게 연락이 갈 수 있습니다. 요구되는 정보를 저희가 못 받게 되는 경우 여러분에게 주어질 혜택이 지연될 수도 있습니다. 만약 SSN 또는 SSN 카드 재발급에 도움이 필요하시면 1-800-772-1213로 전화하시거나 socialsecurity.gov. 웹사이트를 방문하시고 TTY 사용자는 1-800-325-0778로 전화하십시오.</p>		
<p>기혼? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>	<p>기혼이라면, 배우자 성명 (이름, 중간이름, 성, 존칭):</p>	
<p>월 소득(세금이나 다른 항목 공제 전 금액):</p>		
<p>연방 정부 세금보고를 하시겠습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 배우자와 합산 보고? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>		
<p>세금 보고서 신고할 부양 가족이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>		
<p>부양 가족 이름(들) (이름, 중간이름, 성, 존칭):</p>		
<p>다른 사람의 세금 신고서에 부양 가족으로 보고 될 것입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>		
<p>그렇다면, 세금 신고자 성명 (이름, 중간이름, 성, 존칭):</p>		<p>*관계:</p>
<p>새로운 가족 구성원이 임신했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> . 아니오 출산 예정일: 출산 인원:</p>		
<p>U.S. 시민/영주권자? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>		
<p>아니라면, 새로운 가족이 이민 자격 조건이 됩니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>		
<p>입국 날짜 _____ 외국인 체류자 또는 I-94 번호. ____</p>		
<p>이민 서류 유형 (즉, I-551, Visa, etc.):</p>		<p>자격유형</p>
<p>성명 (이름, 중간이름, 성, 존칭) 이민 서류에 기재된.</p>		
<p>여권 번호:</p>		<p>다른 카드 번호:</p>
<p>SEVIS ID 또는 종료 날짜(선택)</p>		<p>분류코드</p>

이 새로운 가족이 다른 구성원의 세금 신고에 부양 가족으로 보고될 것입니까?

예 아니오

그렇다면, 세금 신고서에 부양 가족으로 보고될 구성원의 이름을 아래에 기재하십시오.

가족 구성원 관계 유형(의붓 가족 관계가 해당되면 포함) :

• 기혼	• 부모	• 자녀	• 형제자매	• 피부양자 관계
• 조부모	• (외)삼촌/고모, 이모	• 조카	• 사촌	• 손주
• 수양부모	• 수양자녀	• 미혼의 동거인 또는 동거인		• 관계없음

• 다른 관계 (설명하십시오)

새로운 가족 구성원은 이 서류 양식에 기재된 제 1차 연락자와 어떤 관계입니까? (*앞 페이지 관계유형 참조)

만약 이 가족에게 다른 구성원들이 있다면, (기재된 "현 주소"에 거주하는) 그들이 누구이며 관계가 어떻게 되는지 기입해 주십시오:

현 가족 구성원 (이름, 중간이름, 성, 존칭)	새로운 구성원과의 관계 (이름, 중간이름, 성, 존칭):
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.

이 가족 구성원이 여섯(6)명 이상이면 이 페이지를 복사해서서 기입하시고 첨부해 주십시오.

의도적으로 비워둠

청문회를 요청할 권리

청문회란 무엇입니까 (“공청회”)? 공청회란 여러분의 신청건에 대해 공정하게 검토해야하는 정부 부서의 조치이며 공지서를 받은 날로부터 90일 안에 요청이 되어야 합니다. 이 정부 조치와 관련 없는 공청회 직원이 여러분의 모든 사항을 검토할 것 입니다. 만약 그 공청회 직원이 정부 부서의 실수를 발견한다면, 이 부서는 내린 조치를 수정할 것입니다. 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

공청회를 요청하는 이유:

- 여러분이 제출한 신청서를 바탕으로 내려진 결정에 동의를 못 했을 경우.
- 여러분이 제출한 신청서가 정해진 시간에 처리가 안 되었을 경우: SNAP은 30일; 장애 등급에 따른 의료 지원은 90일; 재정 지원 또는 다른 의료 지원 신청은 45일.

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

공청회를 어떻게 요청합니까? 정부 부서에서 제공하는 양식 또는 다른 종이에 요청하는 편지를 써서 할 수 있습니다. SNAP 과 의료 지원만이 전화를 하거나 직원에게 공청회를 요청한다고 얘기하면 됩니다. 정부 부서에서 여러분의 요청을 받게 되면 심사 행정실에서 공청회에 관한 안내문을 보낼 것입니다.

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

받는 혜택이 중단될 것입니다. 내가 요청한 공청회가 미결일 경우 지속적으로 혜택은 받게 되나요? 그렇습니다. 지속적인 혜택을 요청할 수 있도록 안내문에 적힌 마감일에 대해 알아보십시오. 만약 공청회가 여러분 손을 들어주지 않으면, 혜택을 받은 만큼을 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 과정은 얼마나 걸립니까? 일반적으로 SNAP은 60일 또는 다른 프로그램들은 90일이 걸립니다. 의료나 SNAP 공청회, 시급을 다루는 상황, 예를 들면 생명과 건강이 위험한 상황, 공청회 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.

변호사가 필요합니까? 변호사가 필요하지는 않습니다. 여러분이 서면으로 위임자가 참석한다고 정부 부서에 알리지 않는 이상 꼭 참석해야 합니다. 위임자는 친구, 친척, 지지자 또는 아는 사람이 될 수 있습니다. 무료 법률 상담이나 대리인이 필요하다면 Legal Aid Society of Hawaii 전화 번호 808-536-4302 (Oahu) 또는 1-800-499-4302(이웃섬)으로 연락하십시오. HAR 17-602.1-5; 17-602.1-7; 17-602.1-25; 17-602.1-38; 17-1703.1-3

통역사나 다른 도움이 필요하다면 어떻게 해야합니까? 공청회를 요청하는데 있어서 무료 전문 통역사가, 크게 인쇄된 인쇄물, 수화 통역사, 보조 지원, 또는 제공 가능한 도움을 요청할 수 있습니다. 공회 날짜 전에 요청을 못 했다면 도움을 받을 수 있도록 공청회 날짜를 다시 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 공청회 권리가 무엇입니까? 공청회 전에 담당자에게 서류나 기록들을 보고 싶다고 요청할 수 있습니다. 여러분은 공청회에서 왜 정부 부서가 옳지 않은지를 말할 수 있으며 그 부서에서 온 증인들에게 질문을 할 수도 있습니다. 또한 여러분이 원하는 증인을 데려올 수도 있습니다. 여러분과 그 정부 부서는 공청회를 지켜보도록 허락된 사람들에 대해 동의해야 합니다. 통역사에 대해서는 위에 제시된 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

사기란 무엇입니까? 의무적으로 보고해야하는 사항을 준수하지 않고 거짓말, 또는 사실을 은닉하게되면 받았던 모든 혜택을 모두다 지불해야하고 기소뿐만 아니라 법에 저촉되는 처벌을 받게 될 것입니다. HAR 17-604.1; 17-1704-3, 17-1713.1-

나의 다른 권리는 무엇이 있습니까?

- **비밀보호:** 정부 부서는 프로그램 규정, 연방법, 특별 보호 서비스가 필요한 상황, 사기 조사를 위해가 아니면 또 여러분이 서면으로 공개해도 된다는 요청이 제출되지 않는 이상 여러분에 관한 정보를 공유하지 않을 것입니다. HAR 17-601; 17-1702-5 to 6; 17-1706-6

무차별: 정부 부서는 사람을 차별하지 않고, 거부하지 않고 또는 인종, 피부색깔, 본국적, 나이, 장애나 성별 (표출이나 정체성) 또는 주연방법에 의해 보호되는 계층이라는 근거로 다르게 대하지 않습니다. 만약 정부 부서나 서비스 제공자가

여러분에게 필요한 서비스를 제공하지 않았거나 차별을 했다고 생각되시면 DHSCivilRightsBox@dhs.hawaii.gov 웹사이트로 가셔서 Civil Rights Compliance Officer 로 이메일을 보내십시오. (808) 586-4955 또는 711로 전화하시거나, (808) 586-4990 팩스를 보내시거나 Civil Rights Compliance Officer, P.O. Box 339, Honolulu, HI 96809-0339로 편지를 보내십시오. <https://humanservices.hawaii.gov> 웹사이트에 가시면 Forms 제목 아래에 the Civil Rights Corner 난에 DHS 차별 항의 양식 (DHS 6000)가 있습니다. 또한 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 웹사이트로 가셔서 온라인으로 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights 사무실에 항의 제기를 할 수 있사오니 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (OCR), 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201. 전화: 1(800) 368-1019, TDD: 1(800) 537-7697로 편지를 보내거나 전화하십시오.