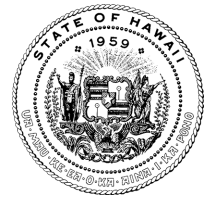


Return this form to:
State of Hawaii – Dept. of Human Services
Med-QUEST Division
P. O. Box 3490
Honolulu, HI 96811-3490



Month XX, 2024

Case Number: 00000000-XX
Номер телефона: (808) XXX-XXXX

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

RE: MEDICAL ASSISTANCE ELIGIBILITY RENEWAL FORM – N14

Aloha PI_FIRST PI_LAST,

Это ваша eligibility renewal form, которую необходимо заполнять ежегодно. Пожалуйста, просмотрите всю информацию ниже, введите новую или измененную информацию во все разделы и ответьте на все вопросы в этой форме.

СРОК СДАЧИ: верните нам эту форму и все запрошенные документы до <DUE DATE for Renewal Form>

**Вы знали, что теперь можно легко заполнить эту форму онлайн?
Перейдите на medical.mybenefits.hawaii.gov чтобы обновить право на участие в программе уже сегодня!**

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

Покрытие медицинской страховки может быть прекращено для следующих лиц, если продление не будет завершено в установленный срок.

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."*

Имя	Документы
ИМЯ ФАМИЛИЯ СУФФИКС	

Вы можете завершить продление любым из следующих способов:

- **Завершите обновление онлайн на medical.mybenefits.hawaii.gov**
- **Позвоните нам, чтобы завершить продление по телефону.**
- **Заполните, подпишите и отправьте нам эту форму по почте email or fax**
- **Посетите один из наших офисов, чтобы завершить продление лично.**

Посмотрите **Раздел Forms Instructions** в конце этого уведомления для получения подробной информации о том, как отправить форму продления.

СРОК СДАЧИ: верните нам эту форму и все запрошенные документы до: <DUE DATE for Renewal Form>

Раздел А Информация о членах семьи:

Да Нет **A1. Контактная информация:** Изменились ли ваше имя, адрес (жилой и/или почтовый),
 номер телефона или адрес электронной почты?

Текущая информация	Изменено на
Имя (Имя, Среднее имя, Фамилия, Суффикс): ИМЯ ФАМИЛИЯ	
Адрес проживания:	
Домашний телефон:	
Мобильный телефон:	
Рабочий номер:	
Адрес электронной почты:	

Да Нет **A2. Изменения в текущем домохозяйстве:** произошли ли изменения в составе вашей
 семьи или прекращение покрытия Med-QUEST для каких-либо членов семьи?

Следующий раздел семейных отношений заполнен отношениями между Основным и другими членами семьи. Если какое-либо из перечисленных отношений неверно, вычеркните их и запишите правильное отношение. Если связь пуста, укажите правильный тип связи.

* Добавьте всех недостающих членов семьи в предоставленные пустые строки.

Если изменений нет, перейдите к вопросу A3

Имя	Отношение к Основному члену	Изменено на

Да Нет

- Если в вашей семье произошли изменения, используйте таблицу ниже, чтобы обновить информацию о членах, которые покинули семью или больше не нуждаются в пособиях. Если вам нужно добавить члена, пожалуйста, заполните Appendix A.

ЧЛЕН СЕМЬИ УДАЛЕН ИЛИ ПРЕКРАЩЕНЫ ПОСОБИЯ			
Имя (Имя, Среднее имя, Фамилия, Суффикс)	Причина (Смотрите примеры ниже)	Дата удаления	Прекращены пособия <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Примеры причин удаления члена семьи:
Переехал; В Тюрьме или Hawaii Государственном Госпитале; Развёлся; Умер; Nursing Home или Community Care Foster Family Home; Другая Причина: (пожалуйста объясните)

Да Нет

- A3. Налоговая декларация на Семью:** Верна ли указанная ниже информация для налоговой декларации? Если нет, обновите таблицу ниже.

Имя (Имя, Среднее имя, Фамилия, Суффикс)	Индивидуальная или совместная?
Вы заявляете налоговых иждивенцев? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Имя Супруга (Имя, Среднее имя, Фамилия, Суффикс)
Имя налоговых иждивенцев (Имя, Среднее имя, Фамилия, Суффикс):	
Вы заявлены как иждивенец от чужих налогов? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	
Если вы заявлены как налоговый иждивенец (Имя, Среднее имя, Фамилия, Суффикс) лица, подающего налоговую декларацию, Вы как иждивенец:	

Да Нет

A4. Доход Семьи: Если информация, представленная ниже, изменилась, прикрепите копии изменений. (Например, ведомости о заработной плате за последние три месяца.) Если вы работаете не по найму, предоставьте документацию с указанием сведений о вашем доходе от индивидуальной трудовой деятельности.

Имя (Имя, Среднее имя, Фамилия, Суффикс)	Источник дохода	Ежемесячно Валовая сумма	Работодатель/ *Не по найму	Начало Дата	Конец Дата
Изменено На:					
Изменено На:					

* Пожалуйста, вычтите расходы на самозанятость из ежемесячного дохода, указанного выше.

Да Нет

A5. Зарегистрирован ли кто-либо из членов семьи в настоящее время в системе медицинского страхования, кроме Medicaid (QUEST Integration)?

Имя (Имя, Среднее имя, Фамилия, Суффикс)	Страховая компания/план медицинского страхования	Номер Полиса	Начало Дата	Конец Дата

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

Раздел В

Да Нет

ПРОПУСТИТЕ РАЗДЕЛЫ С, D ЕСЛИ НИКТО ИЗ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ:



- 65 лет и старше
- получение дополнительного социального дохода (SSI) и/или выплат
- получают пособия по причине инвалидности и/или
- получают Medicare A/B или обе

В1. Есть ли у Вас участник, которому сейчас 65 лет или больше, он слеп или с инвалидностью? Это включает (людей), получающих дополнительные социальные выплаты (SSI), получают выплаты на основании инвалидности, или получают Medicare группы А или В. Если Ваши данные изменились, пожалуйста, обновите их ниже.

Имя (Имя, Среднее имя, Фамилия, Суффикс)	Слепой/Инвал ид	Возраст 65 или старше	Получают 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"/>

Раздел С

Да Нет

С1. Изменились ли чьи-либо активы (счета в банках/финансовых учреждениях, дом, 401К, акции и т. д.)? Пожалуйста, внесите любые изменения ниже. * Остаток на 1 число текущего месяца

Имя (Имя, Среднее имя, Фамилия, Суффикс)	Тип источника/финансовое учреждение	Последнее Заявленное Значение	Введите баланс по состоянию на первое число этого месяца

Раздел D

Да Нет

 D1. Владаете ли вы или кто-либо из членов вашей семьи какой-либо недвижимостью?

Имя Владельца (Имя, Среднее имя, Фамилия, Суффикс)	Адрес Объекта Недвижимости	Текущая Стоимость

Да Нет

 D2. Есть ли у вас и/или вашего супруга какие-либо annuity?

Имя Владельца (Имя, Среднее имя, Фамилия, Суффикс)	Дата Выдачи	Имя и Адрес Annuity Компании

Да Нет

 D3. Есть ли у вас или у кого-либо из членов вашей семьи задолженность по кредиту, ипотеке или векселю?

Имя Владельца (Имя, Среднее имя, Фамилия, Суффикс)	Дата сделки	Исходная сумма	Остаток задолженности

Да Нет

 D4. Приобретаете ли вы или кто-либо из членов вашей семьи пожизненную долю в чужой собственности?

Имя Владельца (Имя, Среднее имя, Фамилия, Суффикс)	Дата сделки	Адрес недвижимости	Выплаченная Сумма

Да Нет

 D5. Платите ли вы или кто-либо из членов вашей семьи входная плата за вход Continuing Care Retirement Community (CCRC) или Life Care Community (LCC)?

Имя Владельца (Имя, Среднее имя, Фамилия, Суффикс)	Дата выпуска	Имя и адрес CCRC/LCC	Выплаченная сумма

Раздел E Услуги долгосрочного ухода

Да Нет

- E1.** Получает ли кто-либо из членов вашей семьи или нуждается в Long-Term Care услугах в Nursing Home, Adult Foster доме, в вашем собственном доме, Assisted Living доме или Retirement/Life Care Community?

Имя человека(ов) (имя, среднее имя, фамилия, _____

суффикс): _____

Имя человека(ов) (имя, среднее имя, фамилия, _____

суффикс): _____

Да Нет

- E2.** Продавали ли вы и/или ваш супруг/супруга, обменивали или отдавали собственность или другие активы, включая деньги, за последние 60 месяцев?

Или вы и/или ваш супруг осуществляли переводы в trust в течение последних 60 месяцев?

Имя (Имя, Среднее имя, Фамилия, Суффикс)	Тип актива	Причина	Передача Дата	Оценка	Полученная сумма

Раздел F Другие изменения

Да Нет

- F1.** Есть ли у вас другие изменения, о которых можно сообщить? Если вы сообщаете о других изменениях, предоставьте сопутствующую документацию.

ПОЖАЛУЙСТА, ПОДПИШИТЕ НИЖЕ И ВЕРНИТЕ ФОРМУ НАМ по почте, электронной почте, факсу или лично в наш офис.

НАПОМИНАНИЕ: вы также можете позвонить нам, чтобы завершить продление по телефону. Подробности см. в разделе «ИНСТРУКЦИИ ПО ФОРМЕ».

Я подтверждаю, что информация, представленная в этой форме recertification, является правдивой и, насколько мне известно. Если я намеренно сделаю ложные заявления в этой форме, меня могут привлечь к ответственности в соответствии с Hawaii Revised Statutes §710-1063. Подписывая, я разрешаю проверить любые квалификационные требования, включая ресурсы финансовых учреждений. Я даю разрешение State of Hawaii проверить мои заявления. Я прочитал или прочитал мне список прав и обязанностей на последней странице, который я могу сохранить для информации.

Основное контактное лицо/бенефициар/уполномоченный представитель Подпись:	Дата (мм/дд/гггг)
------------------------------------------------------------------------------	----------------------

Благодарим вас за потраченное время и будем рады помочь вам!

FORMS INSTRUCTIONS SECTION**ЦЕЛЬ:**

The DHS 1100B-2 Medical Assistance Eligibility Renewal Форма будет использоваться в качестве бумажной версии N-14 Renewal Notice. Если в последствии N-14 Renewal Notice не может быть использована, вместо этого можно использовать DHS 1100B-2.

ИНСТРУКЦИИ:

Эта форма заполняется основным контактным лицом или уполномоченным представителем.

Для Основного Контакта:

Если для ваших ответов требуется больше места, прикрепите к этой форме продления отдельный лист бумаги. Раздел A-F. установите флажок «Да» или «Нет» и ответьте на вопросы по мере необходимости.

ПОДПИСЬ ОСНОВНОГО КОНТАКТА:

Основное контактное лицо должно подписать этот раздел и предоставить запрошенную информацию. Подписываясь, они подтверждают, что информация, представленная в этой форме повторной сертификации, является правдивой и правильной, насколько им известно, и что они дают разрешение штату Hawaii проверять свои ресурсы, как это разрешено согласно Hawaii Revised Statutes §710-1063.

Пожалуйста, верните эту заполненную форму и копию документа уполномоченного представителя по адресу, указанному на странице 1 этой формы или в Eligibility Branch Office возле Вас (смотрите ниже). Вы также можете связаться с Customer Service за номером 1-800-316-8005, (TTY/TDD 711) чтобы завершить продление по телефону.

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	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

**ПРИЛОЖЕНИЕ А
ДОБАВИТЬ ЧЛЕНА СЕМЬИ**

НОВЫЙ ЧЛЕН СЕМЬИ: Если вам нужно ДОБАВИТЬ более одного (1) <i>нового члена</i> , пожалуйста, <i>сделайте копию этой и следующей страниц или прикрепите отдельный лист бумаги и ответьте на следующие вопросы для каждого добавленного члена семьи или обратитесь в Customer Service по номеру 1-800-316-8005 (TTY: 711 или 1-800-603-1201) за дополнительной помощью:</i>		
Имя нового члена (Имя, Среднее имя, Фамилия, Суффикс)		
Если новый член — новорожденный, укажите ниже имя матери и отца:		
Имя Матери (Имя, Среднее имя, Фамилия, Суффикс):	Имя Отца (Имя, Среднее имя, Фамилия, Суффикс):	
Подаете заявку на Медицинское Страхование? <input type="checkbox"/> . ДА <input type="checkbox"/> . НЕТ		
Medical Services received within the past 90 days? <input type="checkbox"/> .. ДА <input type="checkbox"/> . НЕТ Если да, дата:		
Пол	Дата рождения	**Номер Социального Страхования
**Номер социального страхования (SSN) должны быть предоставлены каждому лицу (включая детей), подающему заявление на Медицинская помощь. Мы можем связаться с вашей семьей, если потребуется дополнительная информация. Выплаты могут быть отложены, если запрошенная информация не получена. Если необходима помощь для получения SSN или замены SSN карты, позвоните по номеру 1-800-772-1213 или посетите socialsecurity.gov . TTY пользователи должны звонить 1-800-325-0778		
Женат/Замужем? <input type="checkbox"/> . ДА <input type="checkbox"/> . НЕТ	Если да, Имя Супруга (Имя, Среднее имя, Фамилия, Суффикс):	
Валовой ежемесячный доход (общий доход до налогов и других вычетов):		
Планируете подать федеральную налоговую декларацию? <input type="checkbox"/> . ДА <input type="checkbox"/> . НЕТ		
Подача документов совместно с супругом? <input type="checkbox"/> . ДА <input type="checkbox"/> . НЕТ		
Будет ли заявлено о каких-либо налоговых иждивенцах в их налоговой декларации? <input type="checkbox"/> . ДА <input type="checkbox"/> . НЕТ		
Напишите имена налоговых иждивенцев (Имя, Среднее имя, Фамилия, Суффикс):		
Будет ли заявлен налоговый иждивенец, зависящий от чьей-либо налоговой декларации? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		
Если да, укажите имя лица, подающего налоговую декларацию (Имя, Среднее имя, Фамилия, Суффикс): *Тип связи:		
Новая участница беременна? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> . НЕТ	Ожидаемый срок родов:	Сколько детей ожидается:
Вы гражданин U.S.? <input type="checkbox"/> . ДА <input type="checkbox"/> . НЕТ		
Если нет, имеет ли новый участник соответствующий иммиграционный статус? <input type="checkbox"/> . ДА <input type="checkbox"/> . НЕТ		
Дата Въезда _____	Иностранец или I-94 номер. _____	
Тип Иммиграционного Документа (i.e. I-551, Visa, etc.):	Тип статуса	
Имя (Имя, Среднее имя, Фамилия, Суффикс), как оно указано в вашем иммиграционном документе.		
Номер Паспорта.:	Номер другого док.:	
SEVIS ID или Дата истечения срока действия (необязательно)	Код Категории	

Является ли новый член семьи налоговым иждивенцем от каких-либо налогов членов семьи?

ДА НЕТ

Если да, укажите ниже имя члена семьи, который считается налоговым иждивенцем.

Примеры семейных отношений (включая неродных, где это применимо) ниже:

• Жена/муж	• Родитель	• Ребенок	• Брат/Сестра	• Под первичной медицинской помощью
• Дедушка/ бабушка	• Дядя / Тетя	• Племянница/ племянник	• Двоюродный брат/сестра	• Внук/внучка
• Приемный родитель	• Приемный ребенок	• Не состоящий в браке партнер или домашнее партнерство		• Не член семьи

• Другое (пожалуйста, объясните)

Как новый участник связан с основным контактным лицом, указанным в этой форме? (*примеры взаимоотношений на предыдущая стр.)

Если в этом домохозяйстве есть другие члены (проживающие по указанному «текущему адресу»), укажите, кто они и как новый участник *связан с ними ниже:

Текущий член семьи (Имя, Среднее имя, Фамилия, Суффикс):	Отношения с новым членом (Имя, Среднее имя, Фамилия, Суффикс):
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.

Если в этом домохозяйстве проживает более (6) человек, пожалуйста, сделайте копию этой страницы, заполните и прикрепите.

Оставлено Намеренно Пустым

ВАШИ ПРАВА НА ЗАПРОС НА ПРОВЕДЕНИЕ АДМИНИСТРАТИВНОГО СЛУШАНИЯ

ЧТО ТАКОЕ АДМИНИСТРАТИВНОЕ СЛУШАНИЕ («слушание»)? Слушание представляет собой справедливую проверку действий Департамента по вашему делу и должно быть запрошено в течение 90 календарных дней с даты настоящего уведомления. Офицер, проводящий слушания, который не участвовал в действиях Департамента, рассмотрит все факты вашего дела. Если сотрудник, проводящий слушание, обнаружит, что Департамент допустил ошибку, Департамент исправит это действие. 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

• ПРИЧИНЫ ПРОСИТЬ О СЛУШАНИИ:

- Вы не согласны с решением, принятым по вашему заявлению или делу.
- Ваша заявка не была обработана своевременно: 30 дней для SNAP; 90 дней для оказания медицинской помощи по причине инвалидности; 45 дней для подачи заявления на получение финансовой помощи или другой медицинской помощи. HAR 17-602.1-4; 17-602.1-24; 17-647-3; 17-647-7; 17-647-14; 17-1711.1-32

КАК ПОПРОСИТЬ О СЛУШАНИИ? Вы можете подать заявление о проведении слушания в письменном виде на бланке Департамента или на любом другом документе. Для SNAP и только медицинской помощи, вы также можете позвонить или сообщить работнику, что хотите провести слушание. Когда Департамент получит ваш запрос, the Administrative Appeals Office отправит вам по почте информацию о вашем слушании.

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

МОИ ПОСОБИЯ БУДУТ ПРЕКРАЩЕНЫ. МОГУ ЛИ Я ПРОДОЛЖАТЬ ПОЛУЧАТЬ ПОСОБИЯ, ПОКА ОЖИДАЕТСЯ СЛУШАНИЕ? Да, пожалуйста, прочтите уведомление о крайнем сроке подачи запроса на продолжение льгот. Если решение слушания будет не в вашу пользу, вы должны возместить льготы, на которые вы не имели права. 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

СКОЛЬКО ДЛИТСЯ ПРОЦЕСС? Обычно этот процесс занимает 60 дней для SNAP или 90 дней для других программ. В случае медицинских слушаний и слушаний по программе SNAP вы можете попросить провести ускоренное слушание в крайних случаях, например, когда жизнь или здоровье находятся под серьезной угрозой. HAR 17-602.1-16; 17-602.1-27; 17-602.1-29; 17-1703.1-4; 17-1703.1-15 to 16.

НУЖЕН ЛИ МНЕ АДВОКАТ? Адвокат не нужен. Вы обязаны участвовать в слушании, если только вы не сообщите Департаменту в письменной форме, что от вашего имени будет участвовать уполномоченный представитель. Уполномоченным представителем может быть друг, родственник, адвокат или другое лицо. Для получения бесплатной юридической консультации или представительства обращайтесь the Legal Aid Society of Hawaii at 808-536-4302 (Oahu) или 1-800-499-4302 (Соседние острова). HAR 17-602.1-5; 17-602.1-7; 17-602.1-25; 17-602.1-38; 17-1703.1-3

ЧТО ЕСЛИ МНЕ НУЖЕН ПЕРЕВОДЧИК ИЛИ ДРУГОЕ РАЗМЕЩЕНИЕ? В своем запросе на слушание вы можете попросить предоставить вам бесплатного профессионального переводчика, более крупный шрифт, услуги сурдоперевода, вспомогательную помощь или другие разумные услуги. Если вы не подадите запрос до даты слушания, слушание может быть перенесено на тот момент, когда вам будет предоставлено жилье. HAR 17-602.1-5; 17-602.1-13; 17-602.1-30; 17-1703.1-6; 17-1711.1-2

КАКОВЫ МОИ ПРАВА НА СЛУШАНИЕ? Вы можете попросить своего работника просмотреть документы и записи до слушания. На слушании вы можете сказать, почему, по вашему мнению, Департамент был неправ, и допросить свидетелей Департамента. Вы также можете привести своих свидетелей. Вы и Департамент должны договориться о людях, которым будет разрешено наблюдать за слушанием. См. выше переводчик. 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

ЧТО ТАКОЕ МОШЕННИЧЕСТВО? Если вы не соблюдаете обязательные требования к отчетности, скрываете или скрываете факты, вы можете нести ответственность за возмещение стоимости полученных вами пособий и другие штрафы, применимые в соответствии с законом, включая судебное преследование. HAR 17-604.1; 17-1704-3, 17-1713.1-2; HRS §346-43.5, 710-1063

КАКОВЫ ДРУГИЕ МОИ ПРАВА?

- **КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ:** Департамент не будет раскрывать вашу информацию, если это не разрешено правилами программы или федеральными законами, необходимыми в конкретных ситуациях службы защиты, для расследования случаев мошенничества или если вы не подадите письменный запрос на раскрытие вашей информации. HAR 17-601; 17-1702-5 to 6; 17-1706-6.

НЕДИСКРИМИНАЦИЯ: Департамент не дискриминирует, не исключает и не относится к людям по-разному на основе расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности или пола/пола (выражение или идентичность) или любого защищенного класса в соответствии с федеральными законами или законами штата. Если вы считаете, что Департамент или его поставщики услуг не предоставили вам услуги или подвергли вас дискриминации, вы можете подать жалобу по адресу: Civil Rights Compliance Officer по электронному адресу:

DHSCivilRightsBox@dhs.hawaii.gov, позвонить по (808) 586-4955 or 711, fax на (808) 586-4990 или написать в: Civil Rights Compliance Officer, P.O. Box 339, Honolulu, HI 96809-0339. DHS формы жалоб на дискриминацию (DHS 6000) доступны на <https://humanservices.hawaii.gov> в the Civil Rights Corner в разделе Forms. Вы также можете подать жалобу в the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, в электронном виде на <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, или по почте или телефону: U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (OCR), 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201. Телефон: 1(800) 368-1019, TDD: 1(800) 537-7697.