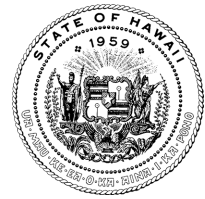


**Return this form to:**  
State of Hawaii – Dept. of Human Services  
Med-QUEST Division  
P. O. Box 3490  
Honolulu, HI 96811-3490



Month XX, 2024

Case Number: 00000000-XX  
Número de teléfono: (808) XXX-XXXX

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

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

Aloha PI\_FIRST PI\_LAST,

Este es su eligibility renewal form que es requerida anualmente. **Por favor revise toda la información a continuación, ingrese la información nueva o modificada en todas las secciones y responda todas las preguntas de este formulario.**

**FECHA LÍMITE:** Envíenos este formulario y todos los documentos solicitados antes del <DUE DATE for Renewal Form>

**¿Sabía que ahora puede completar fácilmente este formulario en línea?  
¡Diríjase hoy a [medical.mybenefits.hawaii.gov](http://medical.mybenefits.hawaii.gov) para completar la renovación de su elegibilidad!**

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

**La cobertura de asistencia médica puede suspenderse para las siguientes personas si su renovación no se completa antes de la fecha límite.**

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."*

Nombre	Documentos
NOMBRE APELLIDO SUFIJO	

**Puede hacer la renovación de cualquiera de las siguientes maneras:**

- **Complete su renovación en línea en [medical.mybenefits.hawaii.gov](http://medical.mybenefits.hawaii.gov)**
- **Llámenos para realizar la renovación por teléfono**
- **Complete, firme y envíenos este formulario por correo, email o fax**
- **Visite una de nuestras oficinas para completar su renovación en persona**

Consulte la **Sección de Forms Instructions** al final de este aviso para más detalles sobre cómo presentar su formulario de renovación.

**FECHA LÍMITE: Devuelva este formulario y todos los documentos solicitados antes de <DUE DATE for Renewal Form>**

### **Sección A Información de Hogar:**

Sí No **A1. Información de Contacto:** ¿Ha cambiado su nombre, dirección (residencial y/o de correo), número de teléfono, o su dirección de correo electrónico?

<b>Current Information</b>	<b>Cambió a</b>
Nombre (Nombre, Segundo nombre, Apellido, Sufijo): NOMBRE APELLIDO	
Dirección residencial:	
Teléfono de casa:	
Teléfono celular:	
Teléfono de Trabajo:	
Correo electrónico:	

Sí No **A2. Cambios en el Hogar Actual:** ¿Ha habido algún cambio en los miembros de su hogar o ha finalizado la cobertura Med-QUEST de algún miembro del hogar?

La siguiente sección de relaciones en el hogar debe completarse con las relaciones entre el Primario y cada uno de los miembros del hogar. Si alguna de las relaciones enumeradas es incorrecta, táchela y escriba la relación correcta. Si la relación está en blanco, escriba el tipo de relación correcto.

\* Añada los miembros del hogar que falten en los espacios en blanco proporcionados

***Si no hay cambios, pase a la pregunta A3***

<b>Nombre</b>	<b>Relación con el Primario</b>	<b>Cambió a</b>

Sí No

Si se producen cambios en su hogar, utilice la siguiente tabla para actualizar la información sobre los miembros que han dejado el hogar o que ya no necesitan prestaciones.

Si necesita añadir algún miembro, complete el Appendix A.

MIEMBRO DEL HOGAR ELIMINADO O QUE HA SUSPENDIDO LAS PRESTACIONES			
Nombre (Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Sufijo)	Motivo ( Vea el ejemplo más abajo)	Fecha de eliminación	Suspensión de Prestaciones
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Ejemplos de motivos de eliminación de un miembro del hogar:</b> <i>Mudanza; En prisión o en el Hospital Estatal de Hawaii; Divorciado; Fallecido; Nursing Home o Community Care Foster Family Home; Otro motivo: (explique)</i>			

Sí No

**A3. Declaración de impuestos del Hogar:** ¿Es correcta la información sobre la declaración de impuestos que figura a continuación? Si no es así, actualice la tabla a continuación.

Nombre (Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Sufijo)	¿Individual o Conjunta?
¿Reclama algún dependiente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Nombre del Cónyuge (Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Sufijo)
Nombre de los Dependientes (Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Sufijo):	
¿Es usted declarado como dependiente en los impuestos de otra persona? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Nombre (Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Sufijo) del declarante que lo reclama como dependiente:	

Sí No

**A4. Ingresos de Hogar:** Si la información que tenemos a continuación ha cambiado, adjunte copias de los cambios. (Por ejemplo, las nóminas de los tres últimos meses.) Si trabaja por cuenta propia, facilite documentación sobre los datos de sus ingresos como trabajador independiente.

Nombre (Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Sufijo)	Fuente de Ingresos	Importe Bruto Mensual	Empleador/ *Trabajador Independiente	De (fecha)	A (fecha)
Cambió a:					
Cambió a:					

\* Deduzca sus gastos como trabajador independiente de los ingresos mensuales indicados anteriormente.

Sí No

**A5. ¿Algún miembro de este hogar está actualmente afiliado a una cobertura de salud diferente a Medicaid (QUEST Integration)?**

Nombre (Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Sufijo)	Compañía/Plan de Seguro Médico	Número de Póliza	De (fecha)	A (fecha)

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**

**Sección B**

Si No

**NO CONTESTE LAS SECCIONES C, D SI NO HAY NINGÚN MIEMBRO DEL HOGAR QUE:**



- Sea mayor de 65 años
- estar recibiendo Beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) y/o
- reciba prestaciones por discapacidad y/o
- reciba Medicare A/B or ambos

**B1.** ¿Hay algún miembro que actualmente tenga más de 65 años de edad, esté ciego o discapacitado? Esto incluye (a personas) recibiendo Beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario, (SSI), estén recibiendo beneficios basados en una discapacidad, o recibiendo Medicare Parte A o B. Si su información ha cambiado, por favor actualice esta información a continuación.

Nombre (Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Sufijo)	Ciego/ Discapacitado	65 Años de edad o mayor	Recibe 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"/>

**Sección C**

Si No

**C1.** ¿Ha cambiado el patrimonio de alguna persona (cuentas bancarias/entidades financieras, vivienda, 401K, acciones, etc.)? Indique los cambios a continuación. \* Saldo desde el 1º del mes en curso

Nombre (Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Sufijo)	Tipo de Recurso/Entidad Financiera	Último valor Reportado	Ingrese el Saldo a partir del primero de este mes

**Sección D**

Sí No

  **D1.** ¿Es usted o alguien de su hogar propietario de algún bien inmueble?

Nombre del Propietario (Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Sufijo)	Dirección del Inmueble	Valor Actual

Sí No

  **D2.** ¿Son usted y/o su cónyuge titulares de alguna annuity?

Nombre del Titular (Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Sufijo)	Fecha de Expedición	Nombre y Dirección de la Compañía de Annuity

Sí No

  **D3.** ¿Tienen usted o algún miembro de su hogar alguna deuda por préstamos, hipotecas o pagarés?

Nombre del Titular (Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Sufijo)	Fecha de Transacción	Monto Original	Saldo Pendiente

Sí No

  **D4.** ¿Usted o alguien de su hogar ha adquirido algún usufructo vitalicio sobre una propiedad ajena?

Nombre del Titular (Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Sufijo)	Fecha de Transacción	Dirección del Inmueble	Monto Pagado

Sí No

  **D5.** ¿Usted o alguien de su hogar pagan alguna tarifa de entrada a Continuing Care Retirement Community (CCRC) o a Life Care Community (LCC)?

Nombre del Titular (Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Sufijo)	Fecha de Expedición	Nombre & Dirección de CCRC/LCC	Monto Pagado

**Sección E Servicios de Atención a Largo Plazo**

Sí No

**E1.** ¿Usted o alguien de su hogar reciben o necesitan servicios de Long-Term Care en un Nursing Home, hogar de Adult Foster, en su hogar, hogar de Assisted Living o Retirement/Life Care Community?

Nombre de la(s) persona(s) (Nombre, Segundo \_\_\_\_\_

Nombre, Apellido, Sufijo): \_\_\_\_\_

Nombre de la(s) persona(s) (Nombre, Segundo \_\_\_\_\_

Nombre, Apellido, Sufijo): \_\_\_\_\_

Sí No

**E2.** ¿Usted o su cónyuge han vendido, intercambiado o regalado bienes u otros activos, incluido dinero, en los últimos 60 meses? ¿O han realizado usted o su cónyuge transferencias a un trust en los últimos 60 meses?

Nombre (Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Sufijo)	Tipo de Bien/activo	Motivo	Fecha de Transferencia	Valor	Monto Recibido

**Sección F Otros Cambios**

Sí No

**F1.** ¿Tiene otros cambios para informar? *Si informa de otros cambios, por favor facilite documentación de apoyo.*

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**POR FAVOR FIRME ABAJO Y DEVUÉLVANOS EL FORMULARIO por correo, correo electrónico, fax o en persona a nuestra oficina.**

**RECUERDE: También puede llamarnos para completar su renovación por teléfono. Consulte la SECCIÓN DE INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO para más detalles**

Certifico que la información proporcionada en este formulario de recertification es verdadera según mi leal saber y entender. Si intencionalmente hago declaraciones falsas en este formulario, puedo ser procesado bajo los Hawaii Revised Statutes §710-1063. Al firmar, autorizo la verificación de cualquier requisito de elegibilidad, para incluir recursos con instituciones financieras. Autorizo al State of Hawaii a verificar mis declaraciones. He leído o me han leído la lista de derechos y responsabilidades en la última página que puedo conservar para informarme.

Contacto Principal/Beneficiario/Representante Autorizado Firma:	Fecha (mm/dd/aaaa)
--	--------------------

**¡Gracias por su tiempo y esperamos poder ayudarle!**

**FORMS INSTRUCTIONS SECTION****PROPÓSITO:**

El Formulario DHS 1100B-2 Medical Assistance Eligibility Renewal, será utilizado como la versión en papel del N-14 Renewal Notice. En el caso de no poder utilizar un N-14 Renewal Notice, el DHS 1100B-2 en su lugar.

**INSTRUCCIONES:**

Este formulario deberá ser tramitado por el Contacto Principal o el Representante Autorizado.

**Para el Contacto Principal:**

Si necesita más espacio para sus respuestas, adjunte una hoja aparte a este formulario de renovación. Sección A-F. Marque la casilla Sí o No y responda a las preguntas según corresponda.

**FIRMA DEL CONTACTO PRINCIPAL:**

El Contacto Principal debe firmar esta sección y proporcionar la información solicitada. Con su firma certifica que la información proporcionada en este formulario de recertificación es verdadera y correcta a su leal saber y entender y autorizan al Estado de Hawaii para verificar sus recursos según lo permitido por los Hawaii Revised Statutes §710-1063.

**Envíe el formulario completo y una copia del documento del representante autorizado a la dirección que figura en la página 1 de este formulario o a la Eligibility Branch Office más cercana (véase más abajo). También puede comunicarse con Customer Service llamando al 1-800-316-8005, (TTY/TDD 711) para completar su renovación por teléfono.**

<b>Statewide</b>	<p align="center"><b>Med-QUEST Eligibility &amp; Enrollment Service Centers</b>  <b>1-800-316-8005 (Phone)</b>  <b>711 TTY/TDD (Available to deaf, hearing, and speech impaired)</b>  <b>1-800-576-5504 (Fax)</b>  <b>MQDCustomerSupport@dhs.hawaii.gov (Email)</b>  <b>P.O. Box 3490, Honolulu, HI 96811-3490 (Mailing)</b></p>
<b>HAWAII</b>	<p><b>Hilo Service Center</b>  1404 Kilauea Avenue, Hilo, HI 96720</p> <p><b>Kona Service Center</b>  Lanihau Professional Center, 75-5591 Palani Road, Suite 3004,  Kailua-Kona, HI 96740</p>
<b>KAUAI</b>	<p><b>Kauai Service Center</b>  Dynasty Court, 4473 Pahee Street, Suite A, Lihue, HI 96766</p>
<b>MAUI</b>	<p><b>Maui Service Center (Maui County)</b>  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</p>



<b>OAHU</b>	<b>Oahu Service Center</b>	
	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

**ANEXO A**  
**AGREGAR UN MIEMBRO DEL HOGAR**

<b>NUEVO MIEMBRO DEL HOGAR: Si necesita AÑADIR más de un (1) nuevo miembro, haga una copia de esta página y de la siguiente o adjunte una hoja aparte y responda a las siguientes preguntas por cada miembro del hogar añadido o comuníquese con Customer Service al 1-800-316-8005 (TTY: 711 o 1-800-603-1201) si necesita más ayuda:</b>		
Nombre del Nuevo Miembro (Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Sufijo)		
Si el nuevo miembro es recién nacido, proporcione la información de la madre y del padre a continuación:		
Nombre de la Madre (Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Sufijo):	Nombre del Padre (Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Sufijo):	
¿Está solicitando Cobertura Médica? <input type="checkbox"/> . <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> . <b>NO</b>		
¿Ha recibido Servicios Médicos en los últimos 90 días? <input type="checkbox"/> . <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> . <b>NO</b> Si sí, Fecha:		
Sexo	Fecha de Nacimiento	**Número de Seguro Social
<i>** Debe proporcionar un Número de Seguro Social (SSN) por cada persona (incluidos los niños) que estén solicitando atención Médica. Podemos comunicarnos con su hogar si se necesita información adicional. Las prestaciones pueden retrasarse si no se recibe la información solicitada. Si necesita ayuda para obtener un SSN o una tarjeta SSN de reemplazo, llame al 1-800-772-1213 o visite socialsecurity.gov. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778</i>		
¿Casado(a)? <input type="checkbox"/> <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> . <b>NO</b>	Si Sí, Nombre del Cónyuge (Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Sufijo):	
Ingresos brutos mensuales (ingresos totales <b>antes</b> de impuestos u otras deducciones):		
¿Tiene previsto presentar una declaración federal de impuestos? <input type="checkbox"/> . <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> . <b>NO</b> ¿Declara conjuntamente con su cónyuge? <input type="checkbox"/> . <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> . <b>NO</b>		
¿Va a reclamar a algún dependiente en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> . <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> . <b>NO</b>		
Escriba los nombres de los dependientes en su declaración (Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Sufijo):		
¿Es usted declarado como dependiente en los impuestos de otra persona? <input type="checkbox"/> <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>		
Si sí, nombre del declarante (Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Sufijo): *Relación:		
¿La nueva miembro está embarazada? <input type="checkbox"/> <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>	Fecha prevista del Parto:	Cuántos espera:
¿Es ciudadano(a)/nacional de U.S.? <input type="checkbox"/> . <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> . <b>NO</b>		
<b>Si No, ¿Tiene el nuevo miembro estatus migratorio legal? <input type="checkbox"/> . <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> . <b>NO</b></b>		
<b>Fecha de Ingreso</b> _____		<b>Número de Extranjero o I-94</b> _____
Tipo de Documento de Inmigración (i.e. I-551, Visa, etc.):		Tipo de estatus
Nombre (Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Sufijo) como aparece en su doc de inmigración		
No. de Pasaporte:		No. de Otra Tarjeta.:
SEVIS ID o Fecha de Vencimiento (opcional)		Código de Categoría

¿El nuevo miembro es declarado como dependiente en la declaración de impuestos de algún otro miembro del hogar? **SÍ**  **NO**  
Si sí, indique a continuación el nombre del miembro del hogar que lo declara como dependiente en materia de impuestos

**Ejemplos de relaciones en el hogar (incluyendo hijastros, padrastros, etc. donde sea necesario) a continuación:**

• Casado(a)	• Padre/Madre	• Hijo(a)	• Hermano(a)	• Bajo Atención Primaria
• Abuelo(a)	• Tío(a)	• Sobrino(a)	• Primo(a)	• Nieto(a)
• Padre/Mare Temporal	• Hijo(a) de Crianza	Pareja de hecho o Unión Libre		• Sin relación

• Otra relación (por favor explique)

¿Qué relación tiene el nuevo miembro con el contacto principal en este formulario? (\*ejemplos de relación en la página anterior)

Si hay otros miembros en este hogar (que vivan en la "dirección actual" indicada), indique a continuación quiénes son y \*qué relación tiene el nuevo miembro con ellos.

Actual miembro del hogar (Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Sufijo):	Relación con el nuevo miembro (Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Sufijo):
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.

*Si hay más de 6 personas en el hogar, haga una copia de esta página, complétela y adjúntela.*

**Página dejada en blanco intencionalmente**

## SUS DERECHOS A SOLICITAR UNA AUDIENCIA ADMINISTRATIVA

**¿QUÉ ES UNA AUDIENCIA ADMINISTRATIVA ("audiencia")?** Una audiencia es una revisión justa de la acción del Departamento en su caso y debe solicitarse dentro de los 90 días calendario a partir de la fecha de este aviso. Un funcionario de audiencias que no estuvo involucrado en la acción del Departamento revisará todos los hechos de su caso. Si el funcionario de audiencias determina que el Departamento cometió un error, el Departamento corregirá la acción. HAR 17-602.1-3 a 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 a 4; 17-1713.1-2

### **RAZONES PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA:**

- No está de acuerdo con una decisión tomada sobre su solicitud o caso.
- Su solicitud no se tramitó a tiempo: 30 días para SNAP; 90 días para una atención médica por discapacidad; 45 días para ayuda económica u otra solicitud de atención médica. HAR 17-602.1-4; 17-602.1-24; 17-647-3; 17-647-7; 17-647-14; 17-1711.1-32

**¿CÓMO SOLICITO UNA AUDIENCIA?** Puede solicitar una audiencia por escrito en el formulario del Departamento o en cualquier otro papel. Para SNAP y atención médica únicamente, también puede llamar o decirle a un trabajador que desea una audiencia. Cuando el Departamento reciba su solicitud, la Administrative Appeals Office le enviará por correo información sobre su audiencia. HAR 17-602.1-6; 17-602.1-31; 17-1703.1-4

### **¿SE SUSPENDERÁN MIS PRESTACIONES O PUEDO SEGUIR RECIBIENDO PRESTACIONES MIENTRAS ESTÉ PENDIENTE MI AUDIENCIA?**

Sí, lea el aviso para solicitar la continuación de sus prestaciones. Si la decisión de la audiencia no le es favorable, deberá devolver las prestaciones que no tenía derecho a recibir. 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

**¿CUÁNTO TARDA EL PROCESO?** El proceso generalmente tarda 60 días para SNAP o 90 días para otros programas. Para las audiencias médicas y de SNAP, puede solicitar un proceso de audiencia acelerado para casos extremos, como cuando la vida o la salud corren grave peligro. HAR 17-602.1-16; 17-602.1-27; 17-602.1-29; 17-1703.1-4; 17-1703.1-15 to 16.

**¿NECESITO UN ABOGADO?** No es necesario un abogado. Usted debe participar en la audiencia a menos que le comunique al Departamento, por escrito, que un representante autorizado participará por usted. Un representante autorizado puede ser un amigo, un pariente, un defensor u otra persona. Para obtener asesoramiento jurídico o representación legal gratuitos, comuníquese con the Legal Aid Society of Hawaii en el 808-536-4302 (Oahu) o 1-800-499-4302 (Otras Islas). HAR 17-602.1-5; 17-602.1-7; 17-602.1-25; 17-602.1-38; 17-1703.1-3

**¿Y SI NECESITO UN INTÉRPRETE U OTRO TIPO DE ACOMODACIÓN?** En su solicitud de audiencia, puede pedir que se le proporcione un intérprete profesional gratuito, letra más grande, intérprete de lenguaje de señas, ayuda auxiliar u otras acomodaciones razonables. Si no presenta su solicitud antes de la fecha de la audiencia, ésta podrá ser aplazada hasta la fecha en que se le puedan facilitar las acomodaciones. HAR 17-602.1-5; 17-602.1-13; 17-602.1-30; 17-1703.1-6; 17-1711.1-2

**¿CUÁLES SON MIS DERECHOS DE AUDIENCIA?** Puede pedir a su trabajador que vea los documentos y registros antes de la audiencia. En la audiencia, puede decir por qué cree que el Departamento no tiene razón y puede interrogar a los testigos del Departamento. También puede traer sus propios testigos. Usted y el Departamento deben ponerse de acuerdo sobre las personas a las que se permitirá observar la audiencia. Consulte más arriba si necesita un intérprete. 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

**¿QUÉ ES EL FRAUDE?** Si no cumple con la obligación de informar, miente u oculta hechos, puede ser responsable de devolver el valor de las prestaciones que recibió y de otras sanciones aplicables según la ley, incluido el enjuiciamiento. HAR 17-604.1; 17-1704-3, 17-1713.1-2; HRS §346-43.5, 710-1063

### **¿QUÉ OTROS DERECHOS TENGO?**

**CONFIDENCIALIDAD:** El Departamento no divulgará su información a menos que lo permitan las normas del programa o las leyes federales, sea necesario en situaciones específicas de servicios de protección, para investigaciones de fraude o si usted presenta una solicitud por escrito para divulgar su información. HAR 17-601; 17-1702-5 to 6; 17-1706-6

**NO-DISCRIMINACIÓN:** El Departamento no discrimina, excluye ni trata a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo/género (expresión o identidad) ni por ninguna clase protegida por las leyes federales o estatales. Si cree que el Departamento o sus proveedores de servicios no le han prestado servicios o le han discriminado, puede presentar una queja ante: Civil Rights Compliance Officer por correo electrónico a [DHSCivilRightsBox@dhs.hawaii.gov](mailto:DHSCivilRightsBox@dhs.hawaii.gov), llamando al (808) 586-4955 o 711, fax a (808) 586-4990 o escribiendo a: Civil Rights Compliance Officer, P.O. Box 339, Honolulu, HI 96809-0339. DHS los formularios de queja por discriminación (DHS 6000) están disponibles en <https://humanservices.hawaii.gov> in the Civil Rights Corner bajo Forms. También puede presentar una queja ante the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electrónicamente en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o por teléfono al: U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (OCR), 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201. Teléfono: 1(800) 368-1019, TDD: 1(800) 537-7697.