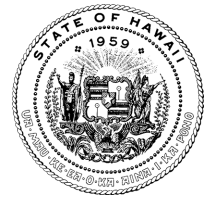


Return this form to:
State of Hawaii – Dept. of Human
Services Med-QUEST Division
P. O. Box 3490
Honolulu, HI 96811-3490



Month XX, 2024

Case Number: 00000000-XX
หมายเลขโทรศัพท์: (808) XXX-XXXX

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

อ้างอิง: MEDICAL ASSISTANCE ELIGIBILITY RENEWAL FORM – N14

Aloha PI_FIRST PI_LAST,

นี่คือ eligibility renewal form ของคุณซึ่งต้องทำเป็นประจำทุกปี. โปรดตรวจสอบข้อมูลทั้งหมดด้านล่าง
ป้อนข้อมูลใหม่หรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงลงในทุกส่วน และตอบคำถามทั้งหมดในแบบฟอร์มนี้

วันที่ครบกำหนด: ส่งแบบฟอร์มนี้และเอกสารที่ร้องขอมาให้เราภายในวันที่ครบกำหนด <DUE DATE for
Renewal Form>

คุณรู้ไหมว่าตอนนี้คุณสามารถกรอกแบบฟอร์มนี้ทางออนไลน์ได้อย่างง่ายดายแล้ว
ไปที่ medical.mybenefits.hawaii.gov เพื่อทำการต่ออายุสิทธิของคุณวันนี้!

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

**ความคุ้มครองความช่วยเหลือทางการแพทย์อาจถูกยกเลิกสำหรับบุคคลต่อไปนี้
หากการต่ออายุของคุณไม่เสร็จสิ้นภายในวันที่ครบกำหนด**

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."*

ชื่อ	เอกสาร
ชื่อ, นามสกุล, คำต่อท้าย	

คุณสามารถต่ออายุให้เสร็จสิ้นด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งต่อไปนี้:

- ดำเนินการต่ออายุทางออนไลน์ที่ medical.mybenefits.hawaii.gov
- โทรหาเราเพื่อทำการต่ออายุให้เสร็จสิ้นทางโทรศัพท์
- กรอก ลงนาม และส่งแบบฟอร์มนี้กลับมาให้เราทางไปรษณีย์, email หรือ fax
- ไปที่สำนักงานแห่งใดแห่งหนึ่งของเราเพื่อทำการต่ออายุให้เสร็จสิ้นด้วยตนเอง

ดู Forms Instructions ในตอนท้ายของประกาศนี้เพื่อดูรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการส่งแบบฟอร์มต่ออายุของคุณ

วันที่ครบกำหนด: ส่งแบบฟอร์มนี้และเอกสารที่ร้องขอมาให้เราภายในวันที่ครบกำหนด <DUE DATE for Renewal Form>

ส่วน A ข้อมูลครัวเรือน:

ใช่ ไม่ใช่

A1. ข้อมูลการติดต่อ: ชื่อ, ที่อยู่ (ที่อยู่อาศัยและ/หรือที่อยู่ทางไปรษณีย์) หมายเลขโทรศัพท์หรือที่อยู่อีเมลของคุณเปลี่ยนแปลงหรือไม่?

ข้อมูลปัจจุบัน	เปลี่ยนไปเป็น
ชื่อ (ชื่อ, ชื่อกลาง, นามสกุล, คำต่อท้าย): ชื่อ, นามสกุล	
ที่อยู่อาศัย:	
โทรศัพท์บ้าน:	
โทรศัพท์มือถือ:	
โทรศัพท์ที่ทำงาน:	
อีเมล:	

ใช่ ไม่ใช่

A2. การเปลี่ยนแปลงในครัวเรือนปัจจุบัน: มีการเปลี่ยนแปลงสมาชิกในครัวเรือนของคุณหรือ MEDQUEST สิ้นสุด ความคุ้มครองสำหรับสมาชิกในครัวเรือนของคุณหรือไม่?

ส่วนความสัมพันธ์ในครอบครัวต่อไปนี้จะเต็มไปด้วยความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกหลักและสมาชิกแต่ละคนในครัวเรือน. หากความสัมพันธ์ใดในรายการไม่ถูกต้อง, ให้ขีดฆ่าและเขียนความสัมพันธ์ที่ถูกต้อง. หากความสัมพันธ์ว่างเปล่า, โปรดเขียนลงในประเภทความสัมพันธ์ที่ถูกต้อง

* เพิ่มสมาชิกในครัวเรือนที่หายไปในช่วงเวลาที่จัดไว้ให้

หากไม่มีการเปลี่ยนแปลง โปรดไปคำถาม A3

ชื่อ	ความสัมพันธ์กับสมาชิกหลัก	เปลี่ยนไปเป็น

ใช่ ไม่ใช่

หากมีการเปลี่ยนแปลงในครัวเรือนของคุณ โปรดใช้แผนภูมิด้านล่างเพื่ออัปเดตข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกที่ออกจากครัวเรือนหรือไม่ต้องการสิทธิประโยชน์อีกต่อไป.

หากต้องการเพิ่มสมาชิก กรุณากรอก Appendix A.

สมาชิกในครัวเรือนถูกลบออกหรือหยุดรับผลประโยชน์			
ชื่อ (ชื่อ, ชื่อกลาง, นามสกุล, คำต่อท้าย)	เหตุผล (ดูตัวอย่างด้านล่าง)	วันที่ลบออก	หยุดผลประโยชน์
			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่

ตัวอย่างเหตุผลในการลบสมาชิกในครัวเรือน:
ย้ายออก; อยู่ในคุก, หรือ โรงพยาบาลของรัฐ Hawaii; หย่าร้าง; เสียชีวิตแล้ว; Nursing Home หรือ Community Care Foster Family Home; เหตุผลอื่นๆ (โปรดอธิบาย)

ใช่ ไม่ใช่

A3. การยื่นภาษีครัวเรือน: ข้อมูลการยื่นภาษีตามรายการด้านล่างถูกต้องหรือไม่ หากไม่โปรดอัปเดตตารางด้านล่าง.

ชื่อ (ชื่อ, ชื่อกลาง, นามสกุล, คำต่อท้าย)	การยื่นแบบรายบุคคลหรือการยื่นแบบร่วม?
คุณเรียกครองค่าสินไหมทดแทนที่ต้องเสียภาษีหรือไม่? <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ชื่อ (ชื่อ, ชื่อกลาง, นามสกุล, คำต่อท้าย)
ชื่อของผู้ที่ขอลดหย่อนภาษีได้ (ชื่อ, ชื่อกลาง, นามสกุล, คำต่อท้าย):	
คุณถูกอ้างว่าเป็นการขอลดหย่อนภาษีโดยขึ้นอยู่กับภาษีของผู้อื่นหรือไม่? <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
หากคุณถูกอ้างว่าเป็นชื่อที่ขึ้นอยู่กับ (ชื่อ, ชื่อกลาง, นามสกุล, คำต่อท้าย) ผู้ยื่นภาษีที่อ้างสิทธิ์ คุณเป็นผู้อยู่ในอุปการะของผู้ยื่นภาษี:	

A4. รายได้ของครัวเรือน: หากข้อมูลที่เรามีด้านล่างมีการเปลี่ยนแปลง โปรดแนบสำเนาของการเปลี่ยนแปลง (เช่น ใบแจ้งยอดการจ่ายเงินย้อนหลังสามเดือน) หากคุณเป็นผู้ประกอบอาชีพอิสระ โปรดเตรียมเอกสารรายละเอียดรายได้จากการประกอบอาชีพอิสระของคุณ.

ใช่ ไม่ใช่

ชื่อ (ชื่อ, ชื่อกลาง, นามสกุล, คำต่อท้าย)	แหล่งที่มาของราย ยได้	รายเดือน จำนวน เงินรวม	นายจ้าง/ *ประกอบอาชีพอิสระ	เริ่มวันที่	วันที่สิ้นสุด
เปลี่ยนไปเป็น:					
เปลี่ยนไปเป็น:					

* โปรดหักค่าใช้จ่ายทางธุรกิจการประกอบอาชีพอิสระของคุณจากรายได้ต่อเดือนที่รายงานข้างต้น
 ใช่ ไม่ใช่

ใช่ ไม่ใช่

A5. มีใครในครัวเรือนนี้ที่ลงทะเบียนประกันสุขภาพนอกเหนือจาก Medicaid (QUEST Integration) นี้หรือไม่?

ชื่อ (ชื่อ, ชื่อกลาง, นามสกุล, คำต่อท้าย)	ผู้ให้บริการ/แผนประกันสุขภาพ	รหัสนโยบาย	เริ่มวันที่	วันที่สิ้นสุด

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

ส่วน B

ใช่ ไม่ใช่

ข้ามส่วน C, D หากไม่มีสมาชิกในครัวเรือนที่:



- อายุ 65 ปีขึ้นไป
- ได้รับผลประโยชน์เสริมด้านความมั่นคงรายได้ (SSI) และ/หรือ
- ได้รับผลประโยชน์ตามความพิการและ/หรือ
- ได้รับ Medicare A/B หรือทั้งสองอย่าง

B1. คุณมีสมาชิกที่อายุ 65 ปีขึ้นไป ดาบอด หรือพิการหรือไม่? ซึ่งรวมถึง (บุคคล) ที่ได้รับผลประโยชน์เสริมด้านรายได้เสริม (SSI) ได้รับผลประโยชน์ตามความพิการ, หรือรับ Medicare Part A หรือ B. หากข้อมูลของคุณมีการเปลี่ยนแปลง โปรดอัปเดตข้อมูลด้านล่างนี้.

ชื่อ (ชื่อ, ชื่อกลาง, นามสกุล, คำต่อท้าย)	คนตาบอด/พิการ	อายุ 65 ปีขึ้นไป	รับ 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"/>

ส่วน C

ใช่ ไม่ใช่

C1. ทรัพย์สินของใครบ้าง (บัญชีธนาคาร/สถาบันการเงิน บ้าน, 401K, หุ่น ฯลฯ) เปลี่ยนแปลงหรือไม่ โปรดทำการเปลี่ยนแปลงด้านล่าง * ยอดคงเหลือ ณ วันที่ 1 ของเดือนปัจจุบัน

ชื่อ (ชื่อ, ชื่อกลาง, นามสกุล, คำต่อท้าย)	ประเภททรัพยากร/สถาบันการเงิน	มูลค่าที่รายงานล่าสุด	กรอกยอดคงเหลือ ณ วันที่ 1 ของเดือนนี้

ส่วน D

ใช่ ไม่ใช่

 D1. คุณหรือใครก็ตามในครัวเรือนของคุณเป็นเจ้าของอสังหาริมทรัพย์หรือไม่?

ชื่อเจ้าของ (ชื่อ, ชื่อกลาง, นามสกุล, คำต่อท้าย)	ที่อยู่ทรัพย์สิน	มูลค่าปัจจุบัน

 D2. คุณและ/หรือคู่สมรสของคุณเป็นเจ้าของ annuity หรือไม่?

ชื่อเจ้าของ (ชื่อ, ชื่อกลาง, นามสกุล, คำต่อท้าย)	วันที่ออกเงินรายปี	ชื่อและที่อยู่ของบริษัทเงินรายปี Annuity

 D3. คุณหรือใครก็ตามในครัวเรือนของคุณเป็นหนี้เงินกู้, จำนอง, หรือตัวสัญญาใช้เงินหรือไม่?

ชื่อเจ้าของ (ชื่อ, ชื่อกลาง, นามสกุล, คำต่อท้าย)	วันที่ทำธุรกรรม	จำนวนเงินเดิม	ยอดคงเหลือที่ค้างชำระ

 D4. คุณหรือใครก็ตามในครัวเรือนของคุณซื้อผลประโยชน์ด้านอสังหาริมทรัพย์เพื่อชีวิตในทรัพย์สินของผู้อื่นหรือ ไม่ใช่?

ชื่อเจ้าของ (ชื่อ, ชื่อกลาง, นามสกุล, คำต่อท้าย)	วันที่ทำธุรกรรม	ที่อยู่ทรัพย์สิน	จำนวนเงินที่จ่าย

 D5. คุณหรือใครก็ตามในครัวเรือนของคุณต้องจ่ายค่าธรรมเนียมแรกเข้าเพื่อเข้าสู่ชุมชนการเกษียณอายุการดูแลต่อเนื่อง (Community Care Retirement Community - CCRC) หรือชุมชนการดูแลชีวิต (Life Care Community - LCC)

ชื่อเจ้าของ (ชื่อ, ชื่อกลาง, นามสกุล, คำต่อท้าย)	วันที่ออก	ชื่อและที่อยู่ของ CCRC/LCC	จำนวนเงินที่จ่าย

ส่วน E บริการดูแลระยะยาว

ใช่ ไม่ใช่

- E1. มีใครในครัวเรือนของคุณได้รับหรือต้องการ Long-Term Care บริการใน Nursing Home, บ้าน Adult Foster, ในบ้านของคุณเอง, บ้าน Assisted Living หรือ Retirement/Life Care Community หรือไม่?

ชื่อของบุคคล (ชื่อ, ชื่อกลาง, นามสกุล, คำต่อท้าย): _____

ชื่อของบุคคล (ชื่อ, ชื่อกลาง, นามสกุล, คำต่อท้าย) _____

ใช่
ไม่ใช่

- E2. คุณและ/หรือคู่สมรสของคุณชาย ค้าขาย หรือให้ทรัพย์สินหรือทรัพย์สินอื่น ๆ รวมถึงเงิน ในช่วง 60 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่? หรือคุณและ/หรือคู่สมรสของคุณได้โอนเข้ากองทุน trust ภายใน 60 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่?

ชื่อ (ชื่อ, ชื่อกลาง, นามสกุล, คำต่อท้าย)	ประเภทของสินทรัพย์	เหตุผล	วันที่โอนย้าย	มูลค่า	จำนวนเงินที่ได้รับ

ส่วน F การเปลี่ยนแปลงอื่นๆ

ใช่ ไม่ใช่

- F1. คุณมีการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ที่จะรายงานหรือไม่? หากรายงานการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ โปรดให้เอกสารประกอบ.

โปรดลงชื่อด้านล่างและส่งคืนแบบฟอร์มให้เราทางไปรษณีย์, อีเมล, แฟกซ์ หรือด้วยตนเองที่สำนักงานของเรา

**คำเตือน: คุณสามารถโทรหาเราเพื่อทำการต่ออายุทางโทรศัพท์ได้
ดูสำหรับรายละเอียดส่วนคำแนะนำแบบฟอร์ม สำหรับรายละเอียด**

ฉันรับรองข้อมูลที่ให้ไว้ recertification นี้เป็นจริงและเท่าที่ฉันทราบ หากฉันจงใจให้ข้อมูลอันเป็นเท็จในแบบฟอร์มนี้ ฉันอาจถูกดำเนินคดีตาม Hawaii Revised Statutes § 710-1063. โดยการลงนาม ฉันอนุญาตให้มีการตรวจสอบข้อกำหนดคุณสมบัติใดๆ เพื่อรวมทรัพยากรกับสถาบันการเงิน ข้าพเจ้าขออนุญาต State of Hawaii เพื่อตรวจสอบงบของฉัน ฉันได้อ่านหรืออ่านรายการสิทธิและความรับผิดชอบในหน้าสุดท้ายที่ฉันอาจเก็บไว้เพื่อเป็นข้อมูลของ ฉัน.

ผู้ติดต่อหลัก/ผู้รับผลประโยชน์/ตัวแทนที่ได้รับอนุญาต ลายเซ็น:	วันที่ (ดด/วว/ปปปป)
--	------------------------

ขอขอบคุณที่สละเวลาและเราหวังว่าจะได้ช่วยเหลือคุณ!

FORMS INSTRUCTIONS SECTION**วัตถุประสงค์:**

แบบฟอร์ม DHS 1100B-2 Medical Assistance Eligibility Renewal ให้ใช้เป็นฉบับกระดาษของ N-14 Renewal Notice. หากในกรณีที่ N-14 Renewal Notice ไม่สามารถใช้งานได้ DHS 1100B-2 สามารถใช้แทนได้

คำแนะนำ:

แบบฟอร์มนี้จะต้องกรอกโดยผู้ติดต่อหลักหรือตัวแทนที่ได้รับอนุญาต.

ลายเซ็นผู้ติดต่อหลัก:

หากต้องการพื้นที่เพิ่มเติมสำหรับการตอบกลับของคุณ โปรดแนบกระดาษอีกแผ่นมากับแบบฟอร์มการต่ออายุนี้ มาตรา A-F เลือกกล่องกาเครื่องหมายใช่หรือไม่ใช่และตอบคำถามตามความเหมาะสม.

PRIMARY CONTACT SIGNATURE:

ผู้ติดต่อหลักจะต้องลงนามในส่วนนี้และให้ข้อมูลที่ร้องขอ

โดยการลงนามพวกเขารับรองว่าข้อมูลที่ให้ไว้ในแบบฟอร์มการรับรองข้านี้เป็นจริงและถูกต้องตามความรู้ที่ดีที่สุดและอนุญาตให้รัฐของ Hawaii เพื่อตรวจสอบทรัพยากรตามที่ได้รับอนุญาตภายใต้ Hawaii Revised Statutes §710-1063.

โปรดส่งแบบฟอร์มที่กรอกครบถ้วนนี้และสำเนาเอกสารตัวแทนที่ได้รับอนุญาตไปยังที่อยู่ระบุไว้ในหน้า 1 ของแบบฟอร์มนี้หรือไปที่ Eligibility Branch Office ใกล้คุณ (ดูด้านล่าง) คุณยังติดต่อได้. คุณยังสามารถติดต่อ Customer Service ได้ที่ 1-800-316-8005 (TTY/TDD 711) เพื่อทำการต่ออายุให้เสร็จสิ้นทางโทรศัพท์

Statewide	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)
HAWAII	Hilo Service Center 1404 Kilauea Avenue, Hilo, HI 96720 Kona Service Center Lanihau Professional Center, 75-5591 Palani Road, Suite 3004, Kailua-Kona, HI 96740
KAUA'I	Kauai Service Center Dynasty Court, 4473 Pahee Street, Suite A, Lihue, HI 96766
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
-------------	---

ภาคผนวก A
เพิ่มสมาชิกในบ้าน

<p>สมาชิกใหม่ในครัวเรือน: หากคุณ ต้องการเพิ่มมากกว่า (1) สมาชิกใหม่, โปรดทำสำเนาหน้านี้และนำถัดไปหรือแนบกระดาษแยกกันและตอบคำถามต่อไปนี้สำหรับแต่ละครัวเรือน ที่เพิ่มหรือติดต่อ Customer Service ที่ 1-800-316-8005 (TTY: 711 หรือ 1-800-603-1201) เพื่อขอความช่วยเหลือเพิ่มเติม:</p>		
ชื่อสมาชิกใหม่ (ชื่อ, ชื่อกลาง, นามสกุล, คำต่อท้าย)		
หากสมาชิกใหม่เป็นทารกแรกเกิด กรุณาระบุชื่อบิดามารดาด้านล่าง:		
ชื่อมารดา (ชื่อ, ชื่อกลาง, นามสกุล, คำต่อท้าย):	ชื่อบิดา (ชื่อ, ชื่อกลาง, นามสกุล, คำต่อท้าย):	
สมัครความคุ้มครองทางการแพทย์? <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ บริการทางการแพทย์ที่ได้รับ ภายใน 90 วันที่ผ่านมา? <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ถ้าใช่, วันที่:		
เพศ	วันเกิด	**หมายเลขประกันสังคม
<p>** หมายเลขประกันสังคม (SSN) จะต้องจัดเตรียมไว้สำหรับบุคคลแต่ละคน (รวมถึงเด็ก) ที่สมัครความช่วยเหลือทางการแพทย์. เราอาจติดต่อครัวเรือนของคุณหากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม สิทธิประโยชน์อาจล่าช้าหากไม่ได้รับข้อมูลที่ร้องขอ. หากจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือในการ ได้รับ SSN หรือบัตรทดแทน SSN, โทรศัพท์ 1-800-772-1213 หรือเยี่ยมชม socialsecurity.gov. ผู้ใช้ TTY ควรโทร 1-800-325-0778</p>		
แต่งงานแล้ว? <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ถ้าใช่ ชื่อคู่สมรส (ชื่อ, ชื่อกลาง, นามสกุล, คำต่อท้าย):	
รายได้รวมต่อเดือน (รายได้รวมก่อนหักภาษีหรือการหักเงินอื่นๆ):		
วางแผนที่จะยื่นแบบแสดงรายการภาษีเงินได้ของรัฐบาลกลางหรือไม่? <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
ยื่นร่วมกับคู่สมรส? <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
จะเรียกร่องภาษีใด ๆ ขึ้นอยู่กับการคืนภาษีของพวกเขาหรือไม่? <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
เขียนชื่อของผู้ที่อยู่ในอุปการะการเรียกร่องภาษี (ชื่อ, ชื่อกลาง, นามสกุล, คำต่อท้าย):		
จะถือเป็นการขอคืนภาษีได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับกรขอคืนภาษีของคุณหรือไม่? <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
หากใช่ ชื่อของผู้ยื่นภาษี (ชื่อ, ชื่อกลาง, นามสกุล, คำ ต่อท้าย):	* ความสัมพันธ์:	
สมาชิกใหม่ท้องหรือเปล่า? <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	วันที่ครบกำหนดที่คาดหวัง:	คาดหวังไว้กี่คน:
คุณเป็นพลเมือง U.S. / สัญชาติหรือไม่? <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
หากไม่มี สมาชิกใหม่มีสถานะเข้าเมืองหรือไม่? <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
วันที่เข้าประเทศ	คนต่างด้าว หรือ เลขท I-94	
ประเภทเอกสารการเข้าเมือง (เช่น I-551, Visa, etc.):	ประเภทสถานะ	
ชื่อ (ชื่อ ชื่อกลาง นามสกุล คำต่อท้าย) ตามที่ปรากฏในเอกสารตรวจคนเข้าเมืองของคุณ:		
เลขที่หนังสือเดินทาง:	เลขที่บัตรอื่นๆ:	
SEVIS ID หรือวันหมดอายุ (ไม่บังคับ)	รหัสหมวดหมู่	
สมาชิกใหม่อ้างว่าเป็นการเรียกร่องภาษีขึ้นอยู่กับภาษีของสมาชิกในครัวเรือนหรือไม่? <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ หากใช่ โปรดระบุชื่อของสมาชิกในครัวเรือนที่พวกเขาถูกอ้างว่าต้องเสียภาษีตามด้านล่างนี้.		
ตัวอย่างความสัมพันธ์ในครอบครัว (รวมถึงชั้นตอนตามความเหมาะสม) ด้านล่าง:		

• แต่งงานแล้ว	• พ่อแม่	• เด็ก	• พี่น้อง	• ภายใต้การดูแลเบื้องต้น
• ป่วยตายาย	• ลุงป้า	• หลานสาวหลานชาย	• ลูกพี่ลูกน้อง	• หลาน
• พ่อแม่อุปถัมภ์	• เด็กอุปถัมภ์	คู่รักที่ยังไม่ได้แต่งงานหรือมีความสัมพันธ์กันพัน ธมิตร		• ไม่เกี่ยวข้องกัน
• อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกัน (โปรดอธิบาย)				
สมาชิกใหม่เกี่ยวข้องกับผู้ติดต่อหลักในแบบฟอร์มนี้อย่างไร (*ตัวอย่างความสัมพันธ์บนหน้าก่อนหน้า)				
หากมีสมาชิกคนอื่นๆ ในครัวเรือนนี้ (อาศัยอยู่ตาม “ที่อยู่ปัจจุบัน” ที่ระบุไว้) โปรดระบุชื่อใครพวกเขาเป็นอย่างไรและสมาชิกใหม่เกี่ยวข้องอย่างไร *เกี่ยวข้องกับพวกเขาด้านล่าง:				
สมาชิกในครัวเรือนปัจจุบัน (ชื่อ, ชื่อกลาง, นามสกุล, คำ ต่อท้าย):		ความสัมพันธ์กับสมาชิกใหม่ (ชื่อ, ชื่อกลาง, นามสกุล, คำต่อท้าย):		
1.		1.		
2.		2.		
3.		3.		
4.		4.		
5.		5.		
6.		6.		
หากมีผู้คนมากกว่า (6) คนในครัวเรือนนี้ โปรดทำสำเนาหน้านี้ กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและแนบไปกับมัน.				

ปล่อยวางไว้โดยเจตนา

สิทธิของคุณในการร้องขอการพิจารณาคดีของฝ่ายบริหาร

การพิจารณาคดีของฝ่ายบริหาร (“การพิจารณาคดี”) คืออะไร?

การพิจารณาคดีเป็นการตรวจสอบการดำเนินการของกระทรวงในกรณีของคุณอย่างยุติธรรม และจะต้องร้องขอภายใน 90 วันตามปฏิทินนับจากวันที่แจ้งให้ทราบนี้

เจ้าหน้าที่พิจารณาคดีที่ไม่เกี่ยวข้องกับกรณการดำเนินการของกรมจะตรวจสอบข้อเท็จจริงทั้งหมดของคดีของคุณ

หากเจ้าหน้าที่พิจารณาคดีพบว่ากรมฯ กระทำผิด กรมฯ จะดำเนินการแก้ไขให้ถูกต้อง. 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

เหตุผลที่ต้องขอให้มียกคดี:

- คุณไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจที่เกิดขึ้นในใบสมัครหรือกรณีของคุณ
- ใบสมัครของคุณไม่ได้รับการดำเนินการตามกำหนดเวลา: 30 วันสำหรับ SNAP; 90

วันสำหรับความช่วยเหลือทางการแพทย์ตามความทุพพลภาพ 45

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

ฉันจะขอการพิจารณาคดีได้อย่างไร?

คุณสามารถขอให้มีการพิจารณาคดีเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบฟอร์มของกรมหรือเอกสารอื่นใดก็ได้. สำหรับ SNAP

และความช่วยเหลือทางการแพทย์เท่านั้น คุณสามารถโทรหรือบอกคนงานได้ว่าคุณต้องการการพิจารณาคดี เมื่อกรมได้รับคำขอของคุณ สำนักงานอุทธรณ์ฝ่ายบริหารจะส่งข้อมูลเกี่ยวกับการพิจารณาคดีของคุณทางไปรษณีย์ถึงคุณ. HAR 17-602.1-6; 17-602.1-31; 17-1703.1-4

สิทธิประโยชน์ของฉันจะถูกกระทบ

ฉันสามารถรับผลประโยชน์ต่อไปในขณะที่การพิจารณาคดีของฉันกำลังอยู่ระหว่างการพิจารณาได้หรือ

อไม่? ใช่, โปรดอ่านแจ้งกำหนดเวลาการขอรับสิทธิประโยชน์ต่อเนื่อง หากคำตัดสินการพิจารณาคดีไม่เป็นผลดีต่อคุณ

คุณต้องจ่ายผลประโยชน์ที่คุณไม่มีสิทธิได้รับ. 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

กระบวนการนี้ใช้เวลาานเท่าใด? โดยทั่วไปกระบวนการจะใช้เวลา 60 วันสำหรับ SNAP หรือ 90 วันสำหรับโปรแกรมอื่นๆ.

สำหรับการพิจารณาคดีทางการแพทย์และ SNAP คุณอาจขอกระบวนการพิจารณาคดีแบบเร่งด่วนสำหรับกรณีร้ายแรง เช่น

เมื่อชีวิตหรือสุขภาพตกอยู่ในความเสี่ยงร้ายแรง. HAR 17-602.1-16; 17-602.1-27; 17-602.1-29; 17-1703.1-4; 17-1703.1-15 to 16.

ฉันจำเป็นต้องมีทนายความหรือไม่? ไม่จำเป็นต้องมีทนายความ .คุณต้องเข้าร่วมการพิจารณาคดี

เว้นแต่คุณจะบอกแผนก, เป็นลายลักษณ์อักษร, ว่าตัวแทนที่ได้รับอนุญาตจะเข้าร่วมสำหรับคุณ

ตัวแทนที่ได้รับอนุญาตสามารถเป็นเพื่อน,ญาติ,ผู้สนับสนุน หรือบุคคลอื่นได้ หากต้องการคำแนะนำทางกฎหมายหรือการเป็นตัวแทนฟรี

โปรดติดต่อ the Legal Aid Society of Hawaii ที่ 808-536-4302 (Oahu) หรือ 1-800-499-4302 (หมู่เกาะเพื่อนบ้าน). HAR 17-602.1-5; 17-602.1-7; 17-602.1-25; 17-602.1-38; 17-1703.1-3

หากฉันต้องการล่ามหรือที่ปรึกษาอื่น ๆ จะต้องทำอย่างไร? ในการร้องขอการพิจารณาคดีของคุณ,

คุณสามารถขอล่ามมืออาชีพ, สิ่งพิมพ์ขนาดใหญ่, ล่ามภาษามือ, ความช่วยเหลือเสริม ,หรือสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ

ที่สมเหตุสมผลได้ฟรี .หากคุณไม่ยื่นคำร้องก่อนวันพิจารณาคดี การไต่สวนของคุณอาจถูกเลื่อนไปเป็นเวลาที่สามารถจัดหาที่ปรึกษาได้. HAR

17-602.1-5; 17-602.1-13; 17-602.1-30; 17-1703.1-6; 17-1711.1-2

สิทธิในการการพิจารณาคดีของฉันคืออะไร? คุณสามารถขอให้พนักงานของคุณดูเอกสารและบันทึกก่อนการพิจารณาคดีได้

ในการพิจารณาคดี คุณสามารถพูดได้ว่าทำไมคุณถึงคิดว่าแผนกนี้ไม่ถูกต้อง และคุณสามารถซักถามพยานของแผนกได้

คุณสามารถนำพยานมาเองได้ คุณและแผนกต้องตกลงกันเกี่ยวกับบุคคลที่จะได้รับอนุญาตให้เข้าร่วมฟังการพิจารณาคดี

ดูด้านบนสำหรับล่าม. 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

การฉ้อโกงคืออะไร? หาก你不ปฏิบัติตามข้อกำหนดการรายงานบังคับของคุณ การโกหกหรือซ่อนข้อเท็จจริง

คุณอาจต้องรับผิดชอบในการชาระคืนมูลค่าของผลประโยชน์ที่คุณได้รับและค่าปรับอื่น ๆ ตามที่เกี่ยวข้องภายใต้กฎหมาย

รวมถึงการดำเนินคดี. HAR 17-604.1; 17-1704-3, 17-1713.1-2; HRS §346-43.5, 710-1063

สิทธิอื่น ๆ ของฉันคืออะไร?

- **การรักษาความลับ:** แผนกจะไม่เปิดเผยข้อมูลของคุณเว้นแต่จะได้รับอนุญาตในกฎของโปรแกรมหรือกฎหมายของรัฐบาลกลาง, จำเป็นในสถานการณ์บริการป้องกันเฉพาะ, สำหรับการสืบสวนการฉ้อโกง, หรือหากคุณส่งคำขอเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อเปิดเผยข้อมูลของคุณ. HAR 17-601; 17-1702-5 to 6; 17-1706-6

การไม่แบ่งแยก: กระทรวงไม่เลือกการแบ่งแยก, กีดกัน, หรือปฏิบัติต่อผู้คนที่แตกต่างกันบนพื้นฐานของเชื้อชาติ, สีผิว, ชาติกำเนิด, อายุ, ความทุพพลภาพ, หรือเพศ/เพศ (การแสดงออกหรืออัตลักษณ์)

หรือชนชั้นที่ได้รับการคุ้มครองภายใต้กฎหมายของรัฐบาลกลางหรือของรัฐ

หากคุณเชื่อว่ากระทรวงหรือผู้ให้บริการล้มเหลวในการให้บริการหรือเลือกปฏิบัติต่อคุณ คุณสามารถยื่นเรื่องร้องเรียนกับ: Civil Rights Compliance Officer ทางอีเมลได้ที่ DHSCivilRightsBox@dhs.hawaii.gov, โทร (808) 586-4955 หรือ

711, fax ถึง (808) 586-4990 หรือเขียนถึง: Civil Rights Compliance Officer, P.O. Box 339, Honolulu, HI 96809-0339. DHS

แบบฟอร์มการร้องเรียนการแบ่งแยก (DHS 6000) มีจำหน่ายที่ <https://humanservices.hawaii.gov> ใน Civil Rights Corner ภายใต้

Forms. คุณยังสามารถยื่นเรื่องร้องเรียนกับ the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights,

ทางอิเล็กทรอนิกส์ที่ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, หรือทางไปรษณีย์หรือโทรศัพท์ที่: U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (OCR), 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC

20201. โทรศัพท์: 1(800) 368-1019, TDD: 1(800) 537-7697.