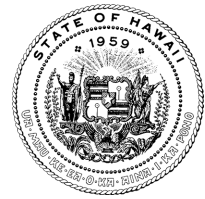


**Return this form to:**  
State of Hawaii – Dept. of Human Services  
Med-QUEST Division  
P. O. Box 3490  
Honolulu, HI 96811-3490



Month XX, 2024

Case Number: 00000000-XX  
Numero ng Telepono: (808) XXX-XXXX

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

Tungkol Sa: **MEDICAL ASSISTANCE ELIGIBILITY RENEWAL FORM – N14**

Aloha PI\_FIRST PI\_LAST,

Ito ang iyong eligibility renewal form na kinakailangan taun-taon. **Mangyaring repasuhin lahat ng impormasyon sa ibaba, ilagay ang bago o nagbago na impormasyon sa lahat ng mga bahagi at sagutin lahat ng tanong sa form na ito.**

**TAKDANG PETA SA NG PAGTATAPOS:** Ibalik sa amin ang form na ito at anumang hinihiling na dokumento nang hindi lalagpas sa petsa na <DUE DATE for Renewal Form>

**Alam mo bang pwede mo na ngayong madaling makumpleto itong porma online?**

**Pumunta sa [medical.mybenefits.hawaii.gov](http://medical.mybenefits.hawaii.gov) upang kumpletuhin ang pag-renyu ng eligibility mo sa araw ding ito!**

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

**Ang benepisyo na medikal na pagtulong ay maaaring magwakas para sa mga sumusunod na indibidwal kung ang iyong renewal ay hindi nakumpleto sa takdang petsa.**

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."*

Pangalan	Mga Dokumento
UNA APELYIDO SUFFIX	

**Maaari mong makumpleto ang iyong renewal sa alinman sa mga sumusunod na paraan:**

- ***Kumpletuhin ang iyong pag-renyu online sa [medical.mybenefits.hawaii.gov](http://medical.mybenefits.hawaii.gov)***
- ***Tumawag sa amin upang makumpleto ang iyong pag-renew sa telepono***
- ***Kumpletuhin, lagdaan, at ibalik ang form na ito sa amin sa pamamagitan ng koreo, email o fax***
- ***Dalawin ang isa sa aming mga opisina upang makumpleto ang iyong pag-renew ng personal***

Tingnan ang **Forms Instructions Section** sa bandang dulo ng abisong ito para sa mga detalye kung papaano isumite ang iyong renewal form.

**TAKDANG PETA SA NG PAGTATAPOS: Ibalik ang form na ito at anumang hinihiling na dokumento sa amin ng hindi lalapas sa petsa na <DUE DATE for Renewal Form>**

**Bahagi A Impormasyon tTungkol sa Sambahayan:**

Oo Hindi

**A1. Impormasyon sa Kontak:** Nagbago ba ang iyong pangalan, address (tirahan at/o para sa koreo), numero ng telepono, o email address?

Kasalukuyang Impormasyon	Binago Sa
Pangalan (Una, Gitna, Apelyido, Suffix): UNA APELYIDO	
Address ng Tirahan:	
Telepono sa Bahay:	
Cell Phone:	
Telepono sa Trabaho:	
Email:	

Oo Hindi

**A2. Mga Pagbabago sa Kasalukuyang Sambahayan:** May nabago ba sa mga miyembro ng inyong sambahayan o natapos ang benepisyo sa Med-QUEST para sa sinumang miyembro ng inyong sambahayan?

Ang sumusunod na bahagi tungkol sa relasyon sa sambahayan ay puno ng mga ugnayan sa pagitan ng Primary at bawat miyembro ng sambahayan. Kung ang alinman sa mga nakalistang relasyon ay mali, i-strike out ang mga ito at isulat ang tamang relasyon. Kung blangko ang nakalagay na relasyon, isulat lamang ang tamang uri ng relasyon.

\* Idagdag sa bigay na mga blangkong espasyo ang sinumang mga miyembro ng sambahayan na wala sa lista.

***Kung walang mga pagbabago, mangyaring pumunta sa tanong na A3***

Pangalan	Relasyon sa Primary	Binago sa

Oo Hindi

- Kung may mga pagbabago sa inyong sambahayan mangyaring gamitin ang tsart sa ibaba upang ibigay ang impormasyon tungkol sa mga miyembro na umalis sa sambahayan o hindi na nangangailangan ng mga benepisyo.

Kung kailangan mong magdagdag ng miyembro, mangyaring ilagay sa Kalakip Na Parteng A.

MIYEMBRO NG SAMBAHAYAN NA INALIS O ITIGIL ANG MGA BENEPISYO			
Pangalan (Una, Gitna, Apelyido, Suffix)	Dahilan (Tingnan ang halimbawa sa ibaba)	Petsa ng pagtanggap	Itigil ang Mga Banepisyo
			<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

**Mga halimbawa ng mga dahilan ng pagtanggap ng miyembro sa sambahayan:**  
Lumipat ng Bahay; Nasa Bilangguan o Hawaii State Hospital; Diborsiyado; Namatay; Nursing Home o Community Care Foster Family Home; Iba Pang Dahilan: (ipaliwanag)

Oo Hindi

- A3. Pag-file ng buwis ng Sambahayan:** Tama ba ang impormasyon sa pag-file ng buwis na nakalista sa ibaba? Kung hindi, mangyaring ilagay ang tamang impormasyon sa talahanayan sa ibaba.

Pangalan (Una, Gitna, Apelyido, Suffix)	Indibidwal o Magkasamang Pag-file?
May inaangkin ka bang mga dependent sa buwis? <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	Pangalan ng Asawa (Una, Gitna, Apelyido, Suffix)
Pangalan ng mga dependent sa buwis (Una, Gitna, Apelyido, Suffix):	
Ikaw ba ay inaangkin bilang isang dependent sa buwis ng ibang tao? <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	
Kung ikaw ay inaangkin bilang isang dependent, pangalan (Una, Gitna, Apelyido, Suffix) ng nagpa-file ng buwis na nag-aangkin sa iyo bilang isang dependent sa buwis:	

Oo Hindi

- A4. Kita ng Sambahayan:** Kung ang impormasyon na mayroon kami sa ibaba ay nagbago, mangyaring ilakip ang mga kopya ng mga pagbabago. (Halimbawa, mga pay statement para sa nakaraang tatlong buwan.) Kung ikaw ay pang-sariling naghahanapbuhay (self-employed), mangyaring magbigay ng dokumentasyon ng mga detalye ng iyong kita sa iyong pang-sariling hanapbuhay.

Pangalan (Una, Gitna, Apelyido, Suffix)	Pinagmulan ng Kita	Halaga ng Buong Kita Kada Buwan (bago binawas ang buwis o iba pang ibinabawas)	Saan Nagtatrabaho/ *Sariling Hanapbuhay	Petsa ng Simula	Petsa na Natapos
Binago Sa:					
Binago Sa:					

\* I-bawas lamang ang iyong mga pangnegosyong gastusin sa iyong Sariling Hanapbuhay mula sa Halaga ng Buong Kita Kada Buwan na iniulat sa itaas.

Oo Hindi

- A5.** Mayroon bang tao sa sambahayan na kasalukuyang naka-enroll sa isang saklaw ng pangkalusugang seguro maliban sa Medicaid (QUEST Integration)?

Pangalan (Una, Gitna, Apelyido, Suffix)	Kumpanyang Tagapagtaguyod / Plano para sa Pangkalusugang Seguro	Policy ID	Petsa ng Simula	Petsa ng Wakas

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**

**Bahagi B**

Oo Hindi

**LAKTAWAN ANG MGA BAHAGI NA C, D KUNG WALANG MIYEMBRO NG SAMBAHAYAN NA:**



- 65 taong gulang o mas matanda
- tumatanggap ng Supplemental Security Income (SSI) na mga Benepisyo at/o
- tumatanggap ng benepisyo batay sa kapansanan at/o
- tumatanggap ng Medicare A/B o pareho

**B1.** Mayroon ka bang miyembro na ngayon ay edad o lampas ng 65, bulag o baldado? Ito ay kasali na ang mga tao na tumatanggap ng Supplemental Security Income (SSI) na mga Benepisyo, tumatanggap ng mga benepisyo base sa pagka-baldado, o tumatanggap ng Medicare Part A o B. Kung may nagbago sa iyong impormasyon, paki-update lamang ang impormasyon na ito sa ibaba.

Pangalan (Una, Gitna, Apelyido, Suffix)	Bulag/May Kapansanan	Edad 65 o mas matanda	Tumatanggap ng 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"/>

**Bahagi C**

Oo Hindi

**C1.** Nagbago ba ang mga ari-arian ng sinuman (accounts sa banko/pinansiyal na institusyon, bahay, 401K, stocks, at iba pa)? Mangyaring ilagay ang anumang pagbabago sa ibaba.

\* Balanse sa ika-1 ng kasalukuyang buwan

Pangalan (Una, Gitna, Apelyido, Suffix)	Uri ng Mapagkukunan / Institusyong Pinansyal	Huling Iniulat na Halaga	Ipasok ang Balanse sa ika-1 ng kasalukuyang buwan

**Bahagi D**

Oo Hindi

  **D1.** Ikaw ba o sinuman sa iyong sambahayan ay may-ari ng real property (bahay, lupa, gusali)?

Pangalan ng May-ari (Una, Gitna, Apelyido, Suffix)	Address ng Ari-arian	Kasalukuyang Halaga

Oo Hindi **D2.** Ikaw ba at/o ang iyong asawa ay may anumang annuity? 

Pangalan ng May-Ari (Una, Gitna, Apelyido, Suffix)	Petsa ng Pag-isyu	Pangalan at Address ng Annuity Company

Oo Hindi **D3.** Ikaw ba o sinuman sa iyong sambahayan ay may utang na pautang, mortgage o promissory note? 

Pangalan ng May-Ari (Una, Gitna, Apelyido, Suffix)	Petsa ng Transaksyon	Orihinal na Halaga	Balanse na Utang

Oo Hindi **D4.** Ikaw ba o sinuman sa iyong sambahayan ay bumibili ng life estate interest sa isang ari-arian ng iba? 

Pangalan ng May-Ari (Una, Gitna, Apelyido, Suffix)	Petsa ng Transaksyon	Address ng Ari-arian	Halaga ng Ibinayad

Oo Hindi **D5.** Ikaw ba o sinuman sa iyong sambahayan ay nagbabayad ng entrance fee para makapasok sa Continuing Care Retirement Community (CCRC) o Life Care Community (LCC)? 

Pangalan ng May-Ari (Una, Gitna, Apelyido, Suffix)	Petsa ng Pag-isyu	Pangalan at Address ng CCRC/LCC	Halaga ng Ibinayad

**Bahagi E Mga Serbisyo sa Pangmatagalang Pangangalaga**

Oo Hindi

- E1.** Mayroon bang sinuman sa iyong sambahayan ang tumatanggap o nangangailangan ng Long-Term Care na mga serbisyo sa Nursing Home, Adult Foster na tahanan, sa iyong sariling tahanan, Assisted Living na tahanan o Retirement/Life Care Community?

Pangalan ng (mga) indibidwal (Una, Gitna, Apelyido, Suffix): \_\_\_\_\_

Pangalan ng (mga) indibidwal (Una, Gitna, Apelyido, Suffix): \_\_\_\_\_

Oo Hindi

- E2.** Ikaw ba at/o ang iyong asawa ay nagbenta, nakipagpalitan, o namigay ng mga ari-arian o iba pang mga mahalagang bagay--kabilang ang pera--sa loob ng nakalipas na 60 buwan? O, ikaw ba at/o ang iyong asawa ay gumawa ng mga paglilipat sa isang trust sa loob ng nakalipas na 60 buwan?

Pangalan (Una, Gitna, Apelyido, Suffix)	Uri ng Mahalagang Bagay	Dahilan	Petsa ng Paglipat	Halaga	Natanggap na Halaga

**Bahagi F Iba Pang Mga Pagbabago**

Oo Hindi

- F1.** Mayroon ka pa bang ibang pagbabago na i-uulat? *Kung mag-uulat ng iba pang mga pagbabago, mangyaring magbigay ng sumusuportang dokumentasyon.*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MANGYARING MAGLAGDA SA IBABA AT IBALIK ITONG FORM SA AMIN sa pamamagitan ng koreo, email, fax o personal sa aming opisina.**

**PAALALA: Maaari ka ring tumawag sa amin upang makumpleto ang iyong renewal sa telepono.**

**Tingnan ang FORMS INSTRUCTIONS SECTION para sa mga detalye**

Pinatutunayan ko ang impormasyon na ibinigay sa recertification form na ito ay totoo at sa abot ng aking kaalaman. Kung sinadya kong magbigay ng maling pahayag sa form na ito, ako ay maaaring kasuhan sa ilalim ng Hawaii Revised Statutes §710-1063. Sa pamamagitan ng paglagda, pinahihintulutan ko ang pag-beripika ng anumang mga kinakailangan para sa eligibility, kasama ang mga mapagkukunan sa mga institusyon na pinansyal. Binibigyan ko ng pahintulot ang State of Hawaii na suriin ang aking mga pahayag. Nabasa ko o ibinasa sa akin ang lista ng aking mga karapatan at nga responsibilidad sa huling pahina na maaari kong itago para sa aking kaalaman.

Primary na Kontak/Beneficiary/Awtorisadong Representante Lagda:	Petsa (buwan/araw/taon)
---	-------------------------

**Salamat sa iyong oras at inaabangan namin ang pagtulong sa inyo!**

**FORMS INSTRUCTIONS SECTION****LAYUNIN:**

Ang DHS 1100B-2 Medical Assistance Eligibility Renewal Form, ay dapat gamitin bilang papel na bersyon ng N-14 Renewal Notice. Kung sakaling ang N-14 Renewal Notice ay hindi magamit, ang DHS 1100B-2 ay maaaring gamitin sa halip.

**MGA INSTRUKSYON:**

Ang form na ito ay dapat kumpletuhin ng Primary na Kontak o Awtorisadong Representante.

**Para sa Primary na Kontak:**

Kung kailangan ng mas maraming espasyo para sa inyong mga sagot, mangyaring ilakip ang hiwalay na papel sa renewal form na ito. Bahagi A-F. piliin ang Oo o Hindi na check box at sagutin ang mga katanungan na naaangkop.

**LAGDA NG PRIMARY NA KONTAK:**

Ang Primary na Kontak ay kailangang lagdaan ang bahaging ito at magbigay ng hiniling na impormasyon. Sa pamamagitan ng paglalagda pinapatunayan nila na ang impormasyon na ibinigay dito sa recertification form ay totoo at tama sa abot ng kanilang kaalaman at ibinibigay nila ang pahintulot sa State of Hawaii na suriin ang kanilang mga mapagkukunan ayon sa pinapayagan sa ilalim ng Hawaii Revised Statutes §710-1063.

**Mangyaring ibalik ang nakumpletong form na ito at kopya ng dokumento ng awtorisadong representante sa address na nakalista sa pahina 1 ng form na ito o sa Eligibility Branch Office na malapit sa inyo (tingnan sa ibaba). Maaari ka ring makipag-ugnayan sa Customer Service sa 1-800-316-8005, (TTY/TDD 711) upang makumpleto ang iyong pag-renew sa telepono.**

Statewide	<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>
HAWAI'I	<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>
KAUA'I	<p><b>Kauai Service Center</b>  Dynasty Court, 4473 Pahee Street, Suite A, Lihue, HI 96766</p>
MAUI	<p><b>Maui Service Center (Maui County)</b></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>



<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

**KALAKIP NA PARTENG A**  
**MAGDAGDAG NG MIYEMBRO NG SAMBAHAYAN**

<b>BAGONG MIYEMBRO NG SAMBAHAYAN: Kung kailangan mong MAGDAGDAG ng higit sa isang (1) bagong miyembro, mangyaring gumawa ng kopya ng pahinang ito at ng susunod o maglakip ng hiwalay na papel at sagutin ang mga sumusunod na tanong para sa bawat idinagdag na miyembro ng sambahayan o makipag-ugnayan sa Customer Service sa 1-800-316-8005 (TTY: 711 o 1-800-603-1201) para sa karagdagang tulong:</b>		
Pangalan ng Bagong Miyembro (Una, Gitna, Apelyido, Suffix)		
Kung ang bagong miyembro ay bagong silang, mangyaring ibigay ang pangalan ng ina at ama sa ibaba:		
Pangalan ng Ina (Una, Gitna, Apelyido, Suffix):	Pangalan ng Ama (Una, Gitna, Apelyido, Suffix):	
Nag-aaplay para sa Medikal Coverage? <input type="checkbox"/> . <b>OO</b> <input type="checkbox"/> . <b>HINDI</b>		
Tumanggap ba ng Mga Medikal na Serbisyo sa loob ng nakaraang 90 na araw? <input type="checkbox"/> . <b>OO</b> <input type="checkbox"/> . <b>HINDI</b>		
Kung Oo, petsa:		
Kasarian	Petsa ng Kapanganakan	**Social Security Number
<b>**Ang Social Security Number (SSN) ay kailangang ilaan para sa bawat indibidwal (kabilang na ang mga bata) na nag-aaplay para sa Pang-Medikal na tulong. Maaaring kontakin namin ang inyong sambahayan kung kailangan ang karagdagang impormasyon. Ang mga benepisyo ay maaaring maantala kung ang hinihiling na impormasyon ay hindi natanggap. Kung kailangan ng tulong upang makakuha ng SSN o kapalit na SSN card, tumawag sa 1-800-772-1213 o bumisita sa socialsecurity.gov. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat na tumawag sa 1-800-325-0778</b>		
May asawa? <input type="checkbox"/> . <b>OO</b> <input type="checkbox"/> . <b>HINDI</b>	Kung Oo, Pangalan ng Asawa (Una, Gitna, Apelyido, Suffix):	
Halaga ng buong kita kada buwan ( <b>bago binawas ang</b> buwis o iba pang binabawas):		
Plano mong mag-file ng federal income tax return? <input type="checkbox"/> . <b>OO</b> <input type="checkbox"/> . <b>HINDI</b>		
Magkasama kayong mag-asawa sa pag-file? <input type="checkbox"/> . <b>OO</b> <input type="checkbox"/> . <b>HINDI</b>		
Magke-claim ba ng tax dependents sa kanilang tax return? <input type="checkbox"/> . <b>OO</b> <input type="checkbox"/> . <b>HINDI</b>		
Isulat ang (mga) pangalan ng mga tax dependent (Una, Gitna, Apelyido, Suffix):		
I-iclaim ba bilang isang tax dependent sa tax return ng ibang tao? <input type="checkbox"/> <b>OO</b> <input type="checkbox"/> <b>HINDI</b>		
Kung Oo, pangalan ng tax filer (Una, Gitna, Apelyido, Suffix):		*Relasyon:
Buntis ba ang bagong miyembro? <input type="checkbox"/> <b>OO</b> <input type="checkbox"/> . <b>HINDI</b>	Inaasahan na Petsang Magsilang:	Ilan ang inaasahang i-sisilang:
Ikaw ba ay U.S. Citizen/National? <input type="checkbox"/> . <b>OO</b> <input type="checkbox"/> . <b>HINDI</b>		
<b>Kung Hindi</b> , ang bagong miyembro ba ay <b>may eligible immigration status</b> ? <input type="checkbox"/> . <b>OO</b> <input type="checkbox"/> . <b>HINDI</b>		
<b>Petsa ng Pagpasok</b> _____		<b>Numero ng Alien o I-94</b> _____
Uri ng Dokumento sa Immigration (tulad ng I-551, Visa, etc. ):		Uri ng Status
Pangalan (Una, Gitna, Apelyido, Suffix) na makikita sa iyong dokumento sa immigration		
Numero ng Pasaporte:		Numero ng iba pang card:
SEVIS ID o Petsa ng Pag-expire (opsyonal)		Code ng Kategoriya

Ang bagong miyembro ba ay inaangkin bilang dependent sa buwis ng ninuman sa mga miyembro ng sambahayan?

OO  HINDI

Kung Oo, mangyaring pakilista ang pangalan ng miyembro ng sambahayan na nag-aangkin sa kanila bilang dependent sa buwis sa ibaba.

**Mga halimbawa ng mga relasyon sa sambahayan (kabilang na ang step kung naangkop) sa ibaba:**

• May asawa na	• Magulang	• Anak	• Kapatid	• Nasa Ilalim ng Pangunahing Pangangalaga
• Lolo at Lola	• Tito/Tita	• Pamangkin na babae/Pamangkin na lalaki	• Pinsan	• Apo
• Foster Parent	• Foster Child	• Hindi Kasal na Partner o Domestic Partnership		• Hindi Magkaugnay

• Iba pang mga Kaugnay (pakiliwanag)

Papaano ang bagong miyembro nauugnay sa Primary na Kontak sa Form na ito? (\*mga halimbawa ng kaugnayan o relasyon nasa nagdaang pahina)

Kung mayroong iba pang mga miyembro sa sambahayang ito, (nakatira sa “kasalukuyang address” na nakalista) pakilista kung sino sila at paano ang bagong miyembro ay \*may kaugnayan sa kanila sa ibaba:

Kasalukuyang miyembro ng sambahayan (Una, Gitna, Apelyido, Suffix):	Kaugnayan sa bagong miyembro (Una, Gitna, Apelyido, Suffix):
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.

*Kung may higit sa (6) na mga katao sa sambahayang ito mangyaring gumawa ng isang kopya ng pahinang ito, kumpletuhin at ilakip mo.*

**Sadyang Iniwang Blangko**

## ANG IYONG MGA KARAPATAN NA HUMILING NG ADMINSTRATIBONG PAGDINIG

**ANO ANG ADMINISTRATIBONG PAGDINIG (“pagdinig”)?** Ang pagdinig ay isang makatarungang pagsusuri sa aksyon ng Kagawaran sa iyong kaso at kailangang hilingin sa loob ng 90 na araw ng kalendaryo mula sa petsa ng abiso na ito. Isang opisyal na tagapagdinig na hindi sangkot sa aksyon ng Kagawaran ay rerepasuhin ang lahat ng mga katotohanan sa iyong kaso. Kung matutuklasan ng opisyal na tagapagdinig na ang Kagawaran ay nagkamali, itatama ng Kagawaran ang aksyon. 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

### **MGA DAHILAN PARA HUMILING NG PAGDINIG:**

- Hindi ka sumasangayon sa isang desisyon na ginawa sa iyong aplikasyon o kaso.
  - Ang iyong aplikasyon ay hindi naproseso sa loob ng tamang panahon: 30 na araw para sa isang SNAP; 90 na araw para sa tulong na medikal batay sa kapansanan; 45 na araw para sa tulong na pinansyal o iba pang aplikasyon ng tulong na medikal.
- HAR 17-602.1-4; 17-602.1-24; 17-647-3; 17-647-7; 17-647-14; 17-1711.1-32

**PAANO BA AKO HIHILING NG PAGDINIG?** Maaari kang humiling ng pagdinig sa pamamagitan ng pagsulat sa form ng Kagawaran o anumang iba pang papel. Para sa SNAP at tulong na medikal lamang, maari mo ring tawagan o sabihin sa isang manggagawa na gusto mo ng isang pagdinig. Kapag natanggap ng Kagawaran ang iyong hiling, ang Administrative Appeals Office ay magpapadala sa iyo ng impormasyon tungkol isa iyong pagdinig.

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

**ANG AKING MGA BENEPISYO AY ITITIGIL. MAAARI BA AKONG MAGPATULOY SA PAGTANGGAP NG MGA BENEPISYO HABANG ANG AKING PAGDINIG AY NAKABINBIN?** Oo, mangyaring basahin ang abiso para sa deadline na humingi ng patuloy na benepisyo. Kung ang desisyon sa pagdinig ay hindi pabor sa iyo, kailangan mong bayaran ang mga benepisyo na hindi mo karapatdapat na natanggap. 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

**GAANO KATAGAL ANG PROSESO?** Ang proseso ay karaniwang tumatagal ng 60 na araw para sa SNAP o 90 na araw para sa mga iba pang programa. Para sa medikal at SNAP na mga pagdinig, maaari kang humiling ng mabilisang proseso ng pagdinig para sa mga matinding kaso, tulad ng kapag ang buhay o kalusugan ay nasa malubhang panganib. HAR 17-602.1-16; 17-602.1-27; 17-602.1-29; 17-1703.1-4; 17-1703.1-15 to 16.

**KAILANGAN KO BA NG ABOGADO?** Ang abogado ay hindi kailangan. Kailangan mong sumali sa pagdinig maliban kung sasabihan mo ang Kagawaran, sa pamamagitan ng sulat, na ang isang awtorisadong representante ay sasali para sa iyo. Ang isang awtorisadong representante ay maaaring isang kaibigan, kamag-anak, tagapagtaguyod, o iba pang tao. Para sa libreng legal na payo o representasyon, makipag-ugnayan sa Legal Aid Society of Hawaii sa 808-536-4302 (Oahu) o 1-800-499-4302 (Neighbor Islands). HAR 17-602.1-5; 17-602.1-7; 17-602.1-25; 17-602.1-38; 17-1703.1-3

**PAANO KUNG KAILANGAN KO NG TAGASALIN NG WIKA O IBA PANG ACCOMODATION?** Sa iyong paghiling ng pagdinig, maaari kang humiling ng libreng propesyonal na tagasalin, mas malaking print, tagasalin ng sign language, auxiliary aid, o iba pang makatwirang akomodasyon na ibibigay. Kung hindi mo gawin ang paghiling bago ang petsa ng iyong pagdinig, ang iyong pagdinig ay maaaring ilipat sa ibang petsa sa kung kailan maaaring ibigay ang akomodasyon. HAR 17-602.1-5; 17-602.1-13; 17-602.1-30; 17-1703.1-6; 17-1711.1-2

**ANO ANG AKING MGA KARAPATAN SA PAGDINIG?** Maaari mong hilingin sa iyong manggagawa na makita ang mga dokumento at talaan bago ang pagdinig. Sa pagdinig, maaari mong sabihin kung bakit ka naniniwala na ang Kagawaran ay hindi tama at maaari mong tanungin ang mga testigo ng Kagawaran. Maaari ka ring magdala ng sarili mong mga testigo. Ikaw at ang Kagawaran ay kailangang magkasundo sa mga taong papayagang mag-observer sa pagdinig. Tingnan sa itaas para sa taga-salin. 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

**ANO ANG PANLOLOKO?** Kung ikaw ay hindi sumunod sa iyong mga obligadong kinakailangan na i-report, kung magsinungaling, o magtago ng mga katotohanan, maaari kang maging responsable sa pagbabayad ng halaga ng mga benepisyo na natanggap mo at iba pang mga parusa ayon sa naaangkop sa ilalim ng batas, kabilang na ang prosekusyon. HAR 17-604.1; 17-1704-3, 17-1713.1-2; HRS §346-43.5, 710-1063

**ANO ANG AKING MGA IBA PANG KARAPATAN?**

- **KUMPIDENSIYALIDAD:** Ang Kagawaran ay hindi ilalabas ang iyong impormasyon maliban kung ito ay pinapayagan sa patakaran ng programa o mga pederal na batas, kinakailangan sa mga espesipikong sitwasyon ng pamproteksiyong serbisyo, para sa pagsisiyasat sa panloloko, o kung ikaw ay magsumite ng nakasulat na kahilingan upang mailabas ang iyong impormasyon. HAR 17-601; 17-1702-5 to 6; 17-1706-6

**WALANG DISKRIMINASYON:** Ang Kagawaran ay hindi nang-diskrimina, nagbubukod, o nagtatrato ng iba sa mga tao batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan, o kasarian/kasarian (pagpapahayag o pagpapakilanlan) o anumang protektadong klase sa ilalim ng mga batas ng pederal o estado. Kung naniniwala ka na ang Kagawaran o ang kanyang mga tagapagbigay ng serbisyo ay nabigo na magbigay ng serbisyo o nangdiskrimina sa iyo, maaari kang maghain ng reklamo sa: Civil Rights Compliance Officer sa pamamagitan ng e-mail sa [DHSCivilRightsBox@dhs.hawaii.gov](mailto:DHSCivilRightsBox@dhs.hawaii.gov), tumawag sa (808) 586-4955 o 711, fax sa (808) 586-4990 o sumulat sa: Civil Rights Compliance Officer, P.O. Box 339, Honolulu, HI 96809-0339. Mga forms ng DHS para sa reklamo ng diskriminasyon (DHS 6000) ay nasa <https://humanservices.hawaii.gov> sa the Civil Rights Corner sa ilalim ng Forms. Maaari ka ring maghain ng reklamo sa U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically sa <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o sa pamamagitan ng koreo o telepono sa: U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (OCR), 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201. Telepono: 1(800) 368-1019, TDD: 1(800) 537-7697.