



Month XX, 2024

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

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

Відповідь від: **MEDICAL ASSISTANCE ELIGIBILITY RENEWAL FORM – N14**

Aloha PI\_FIRST PI\_LAST,

Це Ваша eligibility renewal form яку потрібно заповнювати щорічно. **Перегляньте всю наведену нижче інформацію, введіть нові або змінені дані в усі розділи та дайте відповіді на всі запитання в зазначеній формі.**

**КІНЦЕВА ДАТА:** Поверніть нам цю форму та всі необхідні документи до <DUE DATE for Renewal Form>

**Ви знали, що тепер ви легко можете заповнити цю форму онлайн?**

**Перейдіть на [medical.mybenefits.hawaii.gov](http://medical.mybenefits.hawaii.gov) щоб оновити право на участь у програмі вже сьогодні!**

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

**Покриття медичної допомоги може бути припинено для наступних осіб, якщо Ваше поновлення не завершено до встановленої дати.**

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."*

Ім'я	Документи
Ім'я, Прізвище	

**Ви можете завершити поновлення одним із наведених нижче способів:**

- **Завершіть оновлення онлайн на [medical.mybenefits.hawaii.gov](http://medical.mybenefits.hawaii.gov)**
- **Зателефонуйте нам щоб завершити оновлення по телефону**
- **Заповніть, підпишіть та надішліть нам цю форму поштою email чи fax**
- **Відвідайте один з наших офісів, щоб особисто завершити оновлення**

Перегляньте розділ **Forms Instructions** у кінці цього повідомлення щоб дізнатися як подати форму поновлення.

Кінцева дата: Поверніть нам цю форму та будь-які необхідні документи до <DUE DATE for Renewal Form>

**Розділ А Інформація про домогосподарство:**

Так Ні **A1. Контактна інформація:** Чи змінилися ваші дані такі як ім'я, адреса (місце проживання та/або поштова адреса), номер телефону, чи адреса електронної пошти?



Поточна інформація	Змінено на
Ім'я (Ім'я, По-батькові, Прізвище): ім'я та Прізвище,	
Адреса місця проживання:	
Домашній номер телефону:	
Мобільний номер телефону:	
Робочий номер телефону:	
Електронна пошта:	

Так Ні **A2. Зміни в поточній домашній інформації:** Чи відбулися зміни в складі членів Вашої сім'ї, чи припинилося покриття Med-QUEST для будь-кого з членів сім'ї?



Наступний розділ сімейних відносин відображає стосунки між Головним і кожним членом родини. Якщо будь-який з перелічених є вже не актуальним, викресліть їх і напишіть дійсну інформацію. Якщо стосунки відсутні, впишіть правильний тип відносин  
\* Додайте, відсутніх у списку, членів сім'ї у зазначених порожніх строках

**Якщо змін немає, перейдіть до розділу А3**

Ім'я	Відносини до Головного члена родини	Зміни

Так Ні

Якщо у Вашій сім'ї відбулися зміни, скористайтеся таблицею нижче, щоб оновити інформацію про членів сім'ї, які залишили сім'ю або більше не потребують допомоги.

Якщо Вам потрібно додати члена родини, будь-ласка, заповніть Appendix A.

ЧЛЕН РОДИНИ, ЯКОГО ВИЛУЧЕНО, ЧИ ВІДНОСНО ЯКОГО ПРИПИНЕНО ПІЛЬГИ			
Ім'я (Ім'я, По-батькові, Прізвище)	Причина (Розгляньте приклад, наведений нижче)	Дата вилучення	Припинення пільг
			<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
<p><b>Приклади причин вилучення члена родини:</b>  <i>Переїзд на інше місце проживання; у в'язниці чи у Hawaii місцевій лікарні; розлучений; хворий; Nursing Home or Community Care Foster Family Home; інші причини: (будь-ласка, деталізуйте)</i></p>			

Так Ні

**A3. Подання податкової декларації домогосподарства: чи правильна інформація, зазначена нижче, у податковій декларації? Якщо ні, оновіть таблицю нижче**

Ім'я (Ім'я, По-батькові, Прізвище)	Індивідуальна або спільна?
Чи є у Вас податкові утриманці? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	Ім'я партнера (Ім'я, По-батькові, Прізвище)
Утриманці (Ім'я, По-батькові, Прізвище):	
Чи є Ви утриманцем в податковій декларації? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	
Якщо вас заявили утриманцем в податковій декларації надайте (ім'я, по батькові, прізвище) особи яка подала вас як утриманця :	

Так Ні

- A4. Родинний прибуток:** Якщо наведена нижче інформація змінилася, додайте копії змін. (Наприклад, платіжні виписки за останні три місяці.) Якщо Ви підприємець, будь-ласка, надайте документи, що підтверджують Ваші доходи.

Ім'я (Ім'я, По-батькові, Прізвище)	Джерело доходу	Щомісячна валова сума	Работодавець/* самозайнятий	Початкова дата	Кінцева дата
Змінено на:					
Змінено на:					

\* Будь-ласка, відніміть Ваші бізнес-витрати із зазначених вище місячних доходів.

Так Ні

- A5.** Чи хтось із членів сім'ї наразі зареєстрований у програмі медичного страхування, крім Medicaid (QUEST Integration)?

Ім'я (Ім'я, По-батькові, Прізвище)	Страхова компанія яка надає послуги медичного страхування/план медичного страхування	Номер страхового полісу	Початкова дата	Кінцева 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****Розділ В**

Так Ні

**Пропустіть розділи С, D якщо не маєте члена родини:**



- 65 років чи старше
- отримання додаткового соціального доходу (SSI) та/або виплат
- який отримує виплати по інвалідності та/або
- який отримує Medicare A/B чи обидві

**В1.** Чи є у Вас учасник, якому зараз 65 років або більше, він сліпий або з інвалідністю? Це включає (людей), які отримують додатковий соціальні виплати (SSI), отримують виплати на підставі інвалідності, або отримують Medicare групи А або В. Якщо Ваші данні змінилися, будь ласка, оновіть їх нижче.

Ім'я (Ім'я, По-батькові, Прізвище)	Сліпий/інвалід	Вік 65 чи старше	Отримання 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"/>

**Розділ С**

Так Ні

**С1.** Чи змінилися чиїсь активи (рахунки в банку/фінансовій установі, дім, 401К, акції тощо)? Будь-ласка, внесіть відповідні зміни нижче. \* Залишок на 1 число поточного місяця

Ім'я власника (Ім'я, По-батькові, Прізвище)	Тип джерела прибутку/фінансова установа	Остання зареєстрована сума	Внесіть баланс станом на перше число цього місяця

**Розділ D**

Так Ні

  **D1.** Чи володієте Ви або хтось із членів Вашої сім'ї нерухомістю?

Ім'я власника (Ім'я, По-батькові, Прізвище)	Адреса нерухомості	Поточна вартість

Так Ні

  **D2.** Чи володієте Ви та/або Ваш(-а) дружина/чоловік будь-яким annuity?

Ім'я власника (Ім'я, По-батькові, Прізвище)	Дата страхування	Назва та адреса Annuity компанії

Так Ні

  **D3.** Чи маєте Ви або хтось із членів Вашої родини борг за кредитом, іпотекою чи векселем?

Ім'я власника (Ім'я, По-батькові, Прізвище)	Дата транзакції	Початкова сума	Заборгованність

Так Ні

  **D4.** Чи купуєте Ви чи хтось з членів Вашої родини довічне майно яке має право на майно іншої особи?

Ім'я власника (Ім'я, По-батькові, Прізвище)	Дата транзакції	Адреса нерухомості	Виплачувана сума

Так Ні **D5.** Чи сплачуєте Ви чи хтось із членів Вашої родини вхідний внесок в а Continuing Care  Retirement Community (CCRC) або Life Care Community (LCC)?

Ім'я власника (Ім'я, По-батькові, Прізвище)	Дата страхування	Назва & Адреса CCRC/LCC	Виплачувана сума

**Розділ Е Послуги довгострокового догляду**

Так Ні

- E1.** Чи хтось з Вашої родини потребує Long-Term Care послуги в Nursing Home, будинок Adult Foster, у Вашому власному будинку, будинок Assisted Living чи Retirement/Life Care Community?

Ім'я особи/осіб (Ім'я, По-батькові, Прізвище,): .....

Ім'я особи/осіб (Ім'я, По-батькові, Прізвище,): .....

Так Ні

- E2.** Чи Ви та/або Ваш(-а) дружина/чоловік продавали, обмінювали чи віддавали майно чи інші активи, включно гроші протягом останніх 60 місяців? Або, чи Ви та/або Ваш (-а) дружина/чоловік здійснювали перекази в trust протягом останніх 60 місяців?

Ім'я власника (Ім'я, По-батькові, Прізвище)	Тип активу	Причина	Дата переказу	Вартість	Отримана сума

**Розділ F Інші зміни**

Так Ні

- F1.** Чи є у вас якісь зміни про які Ви маєте повідомити? *Якщо існують зміни надайте відповідну документацію*

-----  
 -----

**Будь-ласка поставте підпис нижче і відправте форму нам поштою, електронною поштою, факсом або особисто в нашому офісі. НАГАДУВАННЯ: Ви також можете зателефонувати нам, щоб завершити оновлення по телефону.**

**Додаткову інформацію див. у розділі ІНСТРУКЦІЙ ЩОДО ФОРМИ**

Я підтверджую, що інформація, яка надана в цій recertification формі є вірною як мені відомо. Якщо я навмисно надам інформацію яка не відповідає дійсності в цій формі мене можуть притягнути до відповідальності за Hawaii Revised Statutes §710-1063. Підписуючи цю форму, я дозволяю перевірити будь-які відповідні вимоги, включаючи джерела фінансових установ. Я надаю дозвіл State of Hawaii перевірити мої заяви. Я прочитала/тав список прав та обов'язків на останній сторінці, які були наведені для ознайомлення.

Основна контактна особа/Бенефіціар/Уповноважений представник Підпис:	Дата (міс/число/рік)
-------------------------------------------------------------------------	-------------------------

**Дякуємо за Ваш час і будемо раді допомогти Вам!**

**FORMS INSTRUCTIONS SECTION****Мета:**

DHS 1100B-2 Medical Assistance Eligibility Renewal форма, використовуватиметься як паперова версія N-14 Renewal Notice. Якщо в N-14 Renewal Notice не може бути використана, DHS 1100B-2 може бути використана натомість.

**Інструкція:**

Ця форма заповнюється основною контактною особою або уповноваженим представником.

**Для основної контактної особи:**

Якщо для Ваших відповідей потрібно більше місця, додайте до цієї форми поновлення окремих аркуш паперу. Розділи A-F. Оберіть «Так», або «Ні», та дайте відповіді на запитання.

**Підпис основної контактної особи:**

Основна контактна особа має підписати цей розділ і надати необхідну інформацію. Підписуючи, вона засвідчує що інформація надана в цій формі повторної сертифікації є правдивою та правильною наскільки їй відомо і ця особа надає дозвіл штату Hawaii перевірити свої ресурси, як це дозволено відповідно до переглянутого Hawaii Revised Statutes §710-1063.

**Будь-ласка, поверніть цю заповнену форму та копію документа уповноваженого представника на адресу, вказану на сторінці 1 цієї форми чи до Eligibility Branch Office поблизу Вас (див. нижче). Ви можете також зв'язатися з Customer Service за номером 1-800-316-8005, (TTY/TDD 711) щоб завершити оновлення по телефону.**

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>
HAWAII	<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>
KAUAI	<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

**ДОДАТОК А  
ДОДАННЯ ЧЛЕНА РОДИНИ**

<b>НОВИЙ ЧЛЕН РОДИНИ: якщо Ви маєте додати (1) нового члена, будь-ласка, зробіть копію цієї сторінки Далі, або прикріпіть окремий аркуш паперу та дайте відповідь на наведені нижче запитання для кожного доданого члена родини або контакту. Customer Service за номером 1-800-316-8005 (TTY: 711 чи 1-800-603-1201) для додаткової допомоги:</b>		
Ім'я нового члена групи (Ім'я, По-батькові, Прізвище)		
Якщо новий член сім'ї є новонародженим то вкажіть ім'я матері або батька нижче:		
Ім'я матері (Ім'я, По-батькові, Прізвище):	Ім'я батька (Ім'я, По-батькові, Прізвище):	
Подання заявки на медичне страхування? <input type="checkbox"/> . <b>ТАК</b> <input type="checkbox"/> . <b>НІ</b>		
Медичні послуги отримані за останні 90 днів? <input type="checkbox"/> .. <b>ТАК</b> <input type="checkbox"/> . <b>НІ</b> якщо так, дата:		
Стать	Дата народження	**Номер соціального страхування
**Номер соціального страхування (SSN) має бути захищений для кожного (включаючи дітей) подання заявки на медичне страхування. Ми можемо зв'язатися з Вашою родиною, якщо потрібна додаткова інформація. Надання пільг може бути відкладено, якщо необхідна інформація не отримана. Якщо потрібна допомога для отримання SSN або заміна SSN карти, телефонуйте 1-800-772-1213 або відвідайте <a href="http://socialsecurity.gov">socialsecurity.gov</a> . TTY користувачі мають подзвонити 1-800-325-0778		
Одружені? <input type="checkbox"/> . <b>ТАК</b> <input type="checkbox"/> . <b>НІ</b>	Якщо так, ім'я чоловіка (дружини) (Ім'я, По-батькові, Прізвище):	
Валовий місячний дохід (загальний дохід до сплати податків або інших відрахувань):		
Чи плануєте подати федеральну податкову декларацію? <input type="checkbox"/> . <b>ТАК</b> <input type="checkbox"/> . <b>НІ</b> Чи подання спільно з подружжям? <input type="checkbox"/> . <b>ТАК</b> <input type="checkbox"/> . <b>НІ</b>		
Чи будуть вони подавати будь-кого податковим утриманцем у своїй податковій декларації? <input type="checkbox"/> . <b>ТАК</b> <input type="checkbox"/> . <b>НІ</b>		
Напишіть імена податкових утриманців (Ім'я, По-батькові, Прізвище):		
Чи будуть вони подані у будь-кого податковим утриманцем у податковій декларації? <input type="checkbox"/> <b>ТАК</b> <input type="checkbox"/> <b>НІ</b>		
Якщо так, ім'я податкової особи (Ім'я, По-батькові, Прізвище):	*Відносини:	
Чи новий член родини - вагітна? <input type="checkbox"/> <b>ТАК</b> <input type="checkbox"/> . <b>НІ</b>	Очікувана дата народження:	Скільки очікується дітей?:
Чи є Ви громадянином U.S.? <input type="checkbox"/> . <b>ТАК</b> <input type="checkbox"/> . <b>НІ</b>		
Якщо ні, чи має новий учасник відповідний імміграційний статус? <input type="checkbox"/> . <b>ТАК</b> <input type="checkbox"/> . <b>НІ</b>		
Дата вступу _____	Іноземець чи I-94 номер. _____	
Тип імміграційного документу (i.e. I-551, Visa, etc.):	Тип статусу	
Ім'я (Ім'я, По-батькові, Прізвище) як вказано в Вашому імміграційному документі		
Номер паспорту.:	Номер іншої карти:	
SEVIS ID або термін придатності (необов'язково)	Код категорії	

Чи новий член родини податково залежний від інших членів родини?

ТАК  НІ

Якщо так, будь-ласка, вкажіть нижче ім'я члена родини, який вважається податковим утриманцем.

**Приклади сімейних стосунків (включно де це можливо) нижче:**

• Одружений	• Батько/мати	• Дитина	• Брат/сестра	• Під первинною медичною допомогою
• Бабуся/дідусь	• Дядько/Тітка	• Племянниця/Племянник	• Кузен/кузина	• Онук (-а)
• Прийомний батько/мати	• Прийомна дитина	Партнер поза шлюбом або сумісне проживання		• Не кровні родичі

• Пов'язані іншим (пояснити)

Як новий учасник пов'язаний із основним контактом у цій формі? Приклади відносин на попередній сторінці.)

Якщо в сім'ї є інші члени родини (проживають за вказаною «поточною адресою»), будь ласка, вкажіть хто вони є, та вкажіть як новий учасник, пов'язаний з ними у таблиці нижче:

Поточний член сім'ї (Ім'я, По-батькові, Прізвище):	Відносини до нового члена (Ім'я, По-батькові, Прізвище)
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.

Якщо в сім'ї більше (6) людей будь-ласка зробіть копію цієї сторінки, заповніть її і прикріпіть

**Залишено навмисно порожнім**

## Ваше право на запит адміністративного слухання

**Що таке адміністративне слухання («слухання»)?** Слухання є справедливим переглядом дій Департаменту у Вашій справі і запит на нього потрібно надіслати на протязі 90 календарних днів, починаючи з дати цього звіту. Спеціаліст із слухання, який не брав участі в діях Департаменту, розгляне всі факти Вашої справи. Якщо спеціаліст із слухань виявить що департамент зробив помилку, Департамент це виправить. 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

### Причини запиту на слухання:

- Ви не згодні з рішенням, яке було прийнято щодо Вашої заяви.
  - Ваша заявка не була оброблена вчасно: 30 днів для SNAP; 90 днів для медичної допомоги по інвалідності; 45 для отримання фінансової допомоги чи іншої медичної допомоги
- HAR 17-602.1-4; 17-602.1-24; 17-647-3; 17-647-7; 17-647-14; 17-1711.1-32

**Як я можу зробити запит на слухання?** Ви можете попросити про слухання письмово на основі форми Департаменту або у вільній письмовій формі. Тільки для SNAP і медичної допомоги Ви можете зателефонувати або сказати працівнику, що Ви бажаєте провести слухання. Коли Департамент прийме Ваш запит, the Administrative Appeals Office надішле Вам інформацію стосовно Вашого слухання.

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

**МОЇ ПІЛЬГИ ПРИПИНЕНІ. ЧИ МОЖУ Я НАДАЛІ ОТРИМУВАТИ ПІЛЬГИ ПОКИ МОЄ СЛУХАННЯ ОЧІКУЄТЬСЯ?** Так, прочитайте повідомлення про крайній термін для запиту на продовження пільг. Якщо рішення слухання не на Вашу користь, Ви повинні повернути допомогу на яку Ви не мали 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

**СКІЛЬКИ ТРИВАЄ ПРОЦЕС?** В загальному процес триває 60 днів для SNAP чи 90 днів для інших програм. Для медичної допомоги та SNAP слухання, Ви можете попросити про прискорений процес слухання в екстремальних випадках, наприклад, коли життя чи здоров'я знаходиться під серйозною загрозою HAR 17-602.1-16; 17-602.1-27; 17-602.1-29; 17-1703.1-4; 17-1703.1-15 to 16.

**ЧИ ПОТРІБЕН МЕНІ АДВОКАТ?** Адвокат не потрібен. Ви маєте взяти участь у слуханні, якщо не повідомите Департамент у письмовій формі, що уповноважений представник візьме участь від Вас. Уповноваженим представником може бути друг, родич, адвокат або інша особа. За безкоштовними юридичними консультаціями чи представництвом звертайтеся до the Legal Aid Society of Hawaii за номером 808-536-4302 (Оаху) чи 1-800-499-4302 (Сусідні острови). HAR 17-602.1-5; 17-602.1-7; 17-602.1-25; 17-602.1-38; 17-1703.1-3

**ЩО РОБИТИ ЯКЩО МЕНІ ПОТРІБЕН ПЕРЕКЛАДАЧ АБО ІНШЕ?** У своєму запиті на слухання Ви можете попросити безкоштовного професійного перекладача, надати більший шрифт, сурдо перекладача, або інші необхідні запити, які необхідно надати. Якщо Ви не подасте запит до дати слухання, Ваше слухання може бути перенесено на час коли те що ви просили буде для Вас забезпечене. HAR 17-602.1-5; 17-602.1-13; 17-602.1-30; 17-1703.1-6; 17-1711.1-2

**ЯКІ Я МАЮ ПРАВА ПІД ЧАС СЛУХАННЯ?** Ви можете попросити свого працівника ознайомитися з документами та записами до початку слухання. На слуханні Ви можете сказати чому Ви вважаєте що Департамент був некоректним і Ви можете допитати свідків Департаменту. Ви також можете привести своїх свідків. Ви та Департамент повинні узгодити людей, яким буде дозволено спостерігати за слуханням. Відносно перекладача дивіться вище. 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

**ЩО ТАКЕ ШАХРАЙСТВО?** Якщо Ви не дотримуєтеся обов'язкових вимог до звітності, говорите неправду, або приховуєте факти, Ви можете понести відповідальність за відшкодування вартості отриманих Вами пільг, та інші штрафні санкції відповідно до законодавства, включаючи судове переслідування. HAR 17-604.1; 17-1704-3, 17-1713.1-2; HRS §346-43.5, 710-1063

**ЯКІ Я МАЮ ІНШІ ПРАВА?**

- **КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ:** Департамент не розголошуватиме Ваші дані, якщо це не дозволено правилами програми чи федеральними законами, необхідними в конкретних ситуаціях із наданням захисних послуг, для розслідувань шахрайства, або якщо Ви подасте письмовий запит на розкриття Вашої інформації. HAR 17-601; 17-1702-5 to 6; 17-1706-6

**НЕДИСКРИМІНАЦІЯ:** Департамент не дискримінує, не виключає та не ставиться до людей по-різному: на основі раси, кольору шкіри, національного походження, віку, обмежених можливостей, або статі (вираження чи ідентичності), або будь-якого класу, який захищається федеральними чи державними законами. Якщо Ви вважаєте що Департамент або його співробітники не надали послуги, або дискримінували Вас, Ви можете подати скаргу до: Civil Rights Compliance Officer електронною поштою [DHSCivilRightsBox@dhs.hawaii.gov](mailto:DHSCivilRightsBox@dhs.hawaii.gov), подзвонити (808) 586-4955 or 711, fax за номером (808) 586-4990 чи написати до: Civil Rights Compliance Officer, P.O. Box 339, Honolulu, HI 96809-0339. DHS форми скарг на дискримінацію (DHS 6000) доступні за адресою <https://humanservices.hawaii.gov> в the Civil Rights Corner під Forms. Ви також можете подати скаргу до the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, в електронному вигляді на <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, або поштою чи телефоном за адресою: 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.