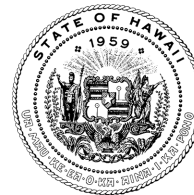


Return this form to:
State of Hawaii – Dept. of Human Services
Med-QUEST Division
P. O. Box 3490
Honolulu, HI 96811-3490



Month XX, 2024

Case Number: 00000000-XX
Số điện thoại: (808) XXX-XXXX

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

VỀ: MEDICAL ASSISTANCE ELIGIBILITY RENEWAL FORM – N14

Aloha PI_FIRST PI_LAST,

Đây là bản eligibility renewal form quý vị cần phải điền thông tin để gia hạn hàng năm. **Quý vị đọc thật kỹ những thông tin dưới đây, điền các thông tin mới, hoặc cập nhật các thông tin đã có sự thay đổi và trả lời tất cả các câu hỏi trong mẫu đơn này.**

HẠN CHÓT: Nộp mẫu đơn này kèm theo các giấy tờ yêu cầu tới văn phòng chúng tôi muộn nhất vào ngày <DUE DATE for Renewal Form>

Quý vị có biết rằng giờ đây quý vị có thể điền bảng hỏi này trên mạng?

Truy cập medical.mybenefits.hawaii.gov để hoàn tất việc gia hạn tư cách đủ điều kiện nhận bảo hiểm ngay hôm nay!

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

Bảo hiểm hỗ trợ y tế có thể bị chấm dứt đối với những cá nhân không hoàn thành nộp mẫu đơn này đúng hạn.

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."*

| Tên | Các giấy tờ hồ sơ |
|------------------|-------------------|
| Tên, Họ, Tên đệm | |

Quý vị có thể thực hiện việc gia hạn bằng một trong những phương thức sau:

- Hoàn tất việc gia hạn trực tuyến tại trang thông tin medical.mybenefits.hawaii.gov
- Gọi điện cho chúng tôi để hoàn thành đơn gia hạn qua điện thoại
- Hoàn thành bảng hỏi này, ký tên và gửi lại cho chúng tôi qua bưu điện, email hoặc fax
- Trực tiếp đến văn phòng chúng tôi để hoàn thành việc gia hạn

Xem Mục **Forms Instructions** cuối bảng hỏi này để biết thêm thông tin chi tiết về cách nộp giấy

tờ gia hạn.

HẠN NỘP: Nộp mẫu đơn này cùng những giấy tờ theo yêu cầu tới văn phòng chúng tôi muộn nhất là ngày
<DUE DATE for Renewal Form>

Mục A Thông tin về hộ gia đình:

Có Không **A1. Thông tin liên lạc:** Quý vị có thay đổi tên, địa chỉ (nơi ở và địa chỉ liên lạc qua thư), số điện thoại, hay địa chỉ email không?

| Thông tin hiện tại | Đã thay đổi thành |
|---|-------------------|
| Tên (Tên, tên đệm, Họ, danh xưng): TÊN HỌ | |
| Địa chỉ nơi ở: | |
| Số điện thoại nhà: | |
| Số điện thoại di động: | |
| Số điện thoại nơi làm việc: | |
| Địa chỉ email: | |

Có Không **A2. Thay đổi trong hộ gia đình:** Có sự thay đổi nào về thành viên trong hộ gia đình của quý vị hay có ai trong hộ gia đình ngừng nhận bảo hiểm Med-QUEST không?

Mục này có thông tin về mối quan hệ của từng thành viên trong gia đình với chủ hộ. Nếu thông tin về mối quan hệ liệt kê bị sai, hãy gạch bỏ và viết lại cho đúng. Nếu mục mối quan hệ với chủ hộ còn bỏ trống, quý vị cần phải điền thông tin đúng.

* Khai thêm những thành viên không có tên trong mục này trong các dòng trống dưới đây.

Nếu không có sự thay đổi nào, hãy chuyển qua mục A3

| Tên | Quan hệ với chủ hộ | Đã thay đổi thành |
|-----|--------------------|-------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Có Không

- Nếu có sự thay đổi trong hộ gia đình, hãy dùng bảng này để cập nhật thông tin về thành viên đã ra khỏi hộ hoặc thành viên không còn hưởng bảo hiểm nữa.

Nếu cần điền thêm tên thành viên mới, xin hãy xem mục Appendix A.

| THÀNH VIÊN ĐÃ RỜI KHỎI HỘ GIA ĐÌNH HOẶC KHÔNG CÒN HƯỞNG BẢO HIỂM NỮA | | | |
|--|----------------------------|----------------------|--|
| Tên (Tên, Tên đệm, Họ, Danh xưng) | Lý do (Xem ví dụ dưới đây) | Ngày rời hộ gia đình | Dừng bảo hiểm |
| | | | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không |
| | | | |
| <p>Ví dụ về lý do thành viên rời khỏi hộ gia đình: Chuyển ra ngoài, Đi tù hoặc Trong bệnh viện của tiểu bang Hawaii; Ly hôn; Chết; Nursing Home hoặc Community Care Foster Family Home; Lý do khác: (hãy giải thích)</p> | | | |

Có Không

- A3. Khai thuế hộ gia đình:** Thông tin khai thuế liệt kê dưới đây có đúng không? Nếu không xin hãy cập nhật bảng dưới đây.

| | |
|--|---|
| Tên (Tên, Tên đệm, Họ, Danh xưng) | Khai thuế chung hay khai thuế riêng? |
| Quý vị có khai thuế cho người phụ thuộc nào không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Tên của vợ hoặc chồng (Tên, Tên đệm, Họ, Danh xưng) |
| Tên của người phụ thuộc khai thuế (Tên, Tên đệm, Họ, Danh xưng): | |
| Có ai nhận quý vị là người phụ thuộc trong bản khai thuế của họ không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | |
| Nếu quý vị được nhận là người phụ thuộc khai thuế, hãy viết tên của người khai thuế cho quý vị theo thứ tự: (Tên, Tên đệm, Họ, Danh xưng): | |

Có Không

- A4. Thu nhập của hộ gia đình:** Nếu thông tin dưới đây đã thay đổi, hãy đính kèm bản copy của những sự thay đổi đó, (Ví dụ, bản thu nhập trong vòng 3 tháng vừa qua). Nếu quý vị tự kinh doanh, hãy nộp giấy tờ chứng minh thu nhập chi tiết của quý vị.

| Tên (Tên, Tên đệm, Họ, Danh xưng) | Nguồn thu nhập | Tổng thu nhập trong tháng trước thuế | Tên cơ quan/ *Tự kinh doanh | Ngày bắt đầu | Ngày kết thúc |
|-----------------------------------|----------------|--------------------------------------|-----------------------------|--------------|---------------|
| | | | | | |
| Đã thay đổi thành: | | | | | |
| | | | | | |
| Đã thay đổi thành: | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

* Xin hãy trừ chi phí hoạt động của cơ sở kinh doanh của quý vị từ khoản thu nhập quý vị điền trên đây.

Có Không

- A5. Có ai trong hộ gia đình quý vị hiện tại đang có một bảo hiểm y tế khác ngoài Medicaid (QUEST Integration) không?**

| Tên (Tên, Tên đệm, Họ, Danh xưng): | Hãng bảo hiểm/Chương trình bảo hiểm | ID của chương trình bảo hiểm | Ngày bắt đầu | Ngày kết thúc |
|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|--------------|---------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

Mục B

Có Không

BỎ QUA MỤC C, D NẾU KHÔNG CÓ AI TRONG HỘ GIA ĐÌNH:



- 65 tuổi hoặc cao tuổi hơn
- có nhận phúc lợi An Sinh Xã HỘI BỔ Sung (SSI) và/hoặc
- có nhận các phúc lợi hỗ trợ người tàn tật, hoặc
- có nhận Medicare A/B hoặc cả hai

B1. Gia đình quý vị có thành viên nào 65 tuổi hoặc già hơn, hoặc bị khuyết thị hay tàn tật? Điều này bao gồm cả người được nhận phúc lợi an sinh xã hội bổ sung (SSI), được nhận trợ cấp do tàn tật, hoặc được nhận bảo hiểm Medicare Phần A hoặc Phần B. Nếu thông tin về quý vị đã thay đổi, hãy cập nhật thông tin bên dưới.

| Tên (Tên, Tên đệm, Họ, Danh xưng): | Bị mù/Khuyết tật | Trên 65 tuổi hoặc cao hơn | Có nhận 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"/> |

Mục C

Có Không

C1. Có thành viên nào trong hộ gia đình thay đổi thông tin tài chính không (ngân hàng/các tài khoản thuộc cơ sở tài chính khác, nhà ở, 401K, chứng khoán, vôn vôn)? Xin hãy cập nhật bảng dưới đây. *Lấy số liệu tài chính tính vào ngày đầu tiên của tháng này.

| Tên (Tên, Tên đệm, Họ, Danh xưng): | Loại nguồn tài chính/Tổ chức tài chính | Con số báo cáo gần đây nhất | Điền số tiền trong tài khoản hiện có |
|------------------------------------|--|-----------------------------|--------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Mục D

Có Không

 D1. Quý vị hay thành viên khác trong gia đình quý vị có sở hữu bất động sản không?

| Tên người sở hữu (Tên, Tên đệm, Họ, Danh xưng): | Địa chỉ tài sản bất động sản | Giá trị hiện thời |
|---|------------------------------|-------------------|
| | | |
| | | |

Có Không

 D2. Quý vị hay vợ chồng của quý vị có sở hữu annuity?

| Tên người sở hữu (Tên, Tên đệm, Họ, Danh xưng): | Ngày phát hành | Tên và địa chỉ công ty Annuity |
|---|----------------|--------------------------------|
| | | |
| | | |

Có Không

 D3. Quý vị hoặc bất cứ ai trong gia đình quý vị có nợ một khoản vay, thế chấp hoặc giấy nợ hay không?

| Tên người sở hữu (Tên, Tên đệm, Họ, Danh xưng): | Ngày giao dịch | Giá trị ban đầu | Số tiền còn nợ |
|---|----------------|-----------------|----------------|
| | | | |
| | | | |

Có Không

 D4. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình của quý vị có mua bất động sản trọn đời có lợi ích từ tài sản của người khác không??

| Tên người sở hữu (Tên, Tên đệm, Họ, Danh xưng): | Ngày giao dịch | Địa chỉ bất động sản | Số tiền đã trả |
|---|----------------|----------------------|----------------|
| | | | |
| | | | |

Có Không

 D5. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình của quý vị có trả phí ban đầu cho a Continuing Care Retirement Community (CCRC) hoặc cho Life Care Community (LCC)?

| Tên người sở hữu (Tên, Tên đệm, Họ, Danh xưng): | Ngày phát hành | Tên và địa chỉ của CCRC/LCC | Số tiền đã trả |
|---|----------------|-----------------------------|----------------|
| | | | |
| | | | |

Mục E Dịch Vụ Chăm Sóc Dài Hạn

Có Không

- E1.** Có ai trong gia đình quý vị nhận các dịch vụ Long-Term Care hay các dịch vụ trong Nursing Home, tại cơ sở Adult Foster, Chăm sóc dài hạn tại nhà, tại cơ sở Assisted Living hoặc từ Retirement/Life Care Community?

Tên của người nhận dịch vụ (Tên, Tên đệm, Họ, Danh xưng): _____

Tên của người nhận dịch vụ (Tên, Tên đệm, Họ, Danh xưng): _____

Có Không

- E2.** Quý vị và/hoặc vợ/chồng của quý vị có bán, trao đổi hoặc cho đi tài sản hoặc các tài sản khác - kể cả tiền - trong 60 tháng qua không? Hoặc, quý vị và/hoặc vợ/chồng của quý vị có thực hiện chuyển khoản vào một nguồn quỹ trust trong vòng 60 tháng qua không?

| Tên (Tên, Tên đệm, Họ, Danh xưng) | Loại tài khoản | Lý do | Ngày giao dịch | Giá trị | Tổng số tiền đã nhận |
|-----------------------------------|----------------|-------|----------------|---------|----------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |

Mục F Những Thay Đổi Khác

Có Không

- F1.** Quý vị có những thay đổi nào khác để báo cáo không? *Nếu có báo cáo những thay đổi khác, hãy nộp các giấy tờ chứng minh.*

VUI LÒNG KÝ TÊN BÊN DƯỚI VÀ GỬI LẠI BẢNG HỎI CHO CHÚNG TÔI qua thư, email, fax hoặc tại văn phòng.

NHẮC NHỞ: Quý vị cũng có thể gọi cho chúng tôi để hoàn tất việc gia hạn qua điện thoại.

Xem PHẦN HƯỚNG DẪN ĐIỀN ĐƠN để biết thêm chi tiết

Tôi xác nhận thông tin được cung cấp trong bảng hỏi này là recertification chính xác và theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Nếu tôi cố tình khai man đơn này, tôi có thể bị truy tố theo điều luật Hawaii Revised Statutes §710-1063. Bằng việc ký tên, tôi ủy quyền xác minh thông tin về yêu cầu đủ điều kiện hưởng lợi từ chương trình, bao gồm các nguồn lực từ các tổ chức tài chính. Tôi cho phép State of Hawaii kiểm tra lời khai của tôi. Tôi đã đọc hoặc đã được nghe danh sách các quyền lợi và trách nhiệm ở trang cuối của mẫu đơn mà tôi có thể giữ lại để làm thông tin cho mình.

| | |
|---|-----------------------------|
| Người liên hệ chính/Người thụ hưởng/Người đại diện được ủy quyền Chữ ký: | Ngày ký (tháng/ngày/năm) |
|---|-----------------------------|

Cảm ơn quý vị đã dành thời gian và chúng tôi mong được hỗ trợ quý vị!

FORMS INSTRUCTIONS SECTION**MỤC ĐÍCH:**

Mẫu đơn DHS 1100B-2 Medical Assistance Eligibility Renewal sẽ được sử dụng làm phiên bản giấy của thông báo N-14 Renewal Notice. Nếu trong trường hợp thông báo N-14 Renewal Notice không thể dùng, bản DHS 1100B-2 có thể được sử dụng thay thế.

HƯỚNG DẪN:

Mẫu đơn này sẽ được hoàn thành bởi Người liên hệ chính hoặc Người đại diện được ủy quyền.

Dành Cho Người Liên Hệ Chính:

Nếu cần thêm chỗ trống cho câu trả lời của quý vị, vui lòng đính kèm một tờ giấy riêng vào mẫu gia hạn này. Mục A-F, chọn Có hay Không và trả lời các câu hỏi cho phù hợp.

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI LIÊN HỆ CHÍNH:

Người liên hệ chính phải ký vào phần này và cung cấp thông tin được yêu cầu. Bằng việc ký tên, họ xác nhận rằng thông tin được cung cấp qua mẫu đơn này là đúng sự thật và chính xác theo sự hiểu biết tốt nhất của họ và rằng họ cho phép tiểu bang Hawaii kiểm tra các nguồn lực của họ theo Hawaii Revised Statutes §710-1063.

Vui lòng gửi lại mẫu đơn đã điền đầy đủ này và bản sao tài liệu của người đại diện được ủy quyền tới địa chỉ được liệt kê trên trang 1 của mẫu đơn này hoặc tới văn phòng Eligibility Branch Office gần nơi quý vị ở (xem danh sách dưới đây). Quý vị có thể liên hệ Customer Service theo số máy 1-800-316-8005, (TTY/TDD 711) để thực hiện việc gia hạn qua điện thoại.

| | |
|------------------|--|
| 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 |
| KAUAI | 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 |

MỤC LỤC A
GHI THÊM TÊN THÀNH VIÊN MỚI CỦA HỘ GIA ĐÌNH

| | | |
|--|--|--------------------------------|
| THÀNH VIÊN MỚI CỦA GIA ĐÌNH: Nếu quý vị cần GHI THÊM (1) thành viên mới, vui lòng sao chép trang này và trang tiếp theo hoặc đính kèm một tờ giấy riêng và trả lời các câu hỏi sau đây cho từng thành viên mới trong gia đình; hoặc liên hệ Customer Service theo số 1-800-316-8005 (TTY: 711 hoặc 1-800-603-1201) để được hỗ trợ thêm: | | |
| Tên thành viên mới (Tên, Tên đệm, Họ, Danh xưng): | | |
| Nếu thành viên mới là trẻ sơ sinh, vui lòng cung cấp tên cha và mẹ bên dưới: | | |
| Tên mẹ (Tên, Tên đệm, Họ, Danh xưng): | Tên cha (Tên, Tên đệm, Họ, Danh xưng) | |
| Đăng ký bảo hiểm y tế? <input type="checkbox"/> . CÓ <input type="checkbox"/> . KHÔNG | | |
| Nhận dịch vụ y tế trong vòng 90 ngày qua? <input type="checkbox"/> . CÓ <input type="checkbox"/> . KHÔNG Nếu có, ghi ngày: | | |
| Giới tính: | Ngày sinh: | **Số an sinh xã hội |
| **Số an sinh xã hội (SSN) cần phải có cho mỗi cá nhân (bao gồm cả trẻ em) nộp đơn xin Hỗ trợ bảo hiểm y tế. Chúng tôi có thể liên hệ với hộ gia đình của quý vị nếu cần thêm thông tin. Phúc lợi có thể bị trì hoãn nếu chúng tôi không nhận được thông tin theo yêu cầu. Nếu cần giúp đỡ để có được một số SSN hoặc thay đổi số SSN, hãy gọi số điện thoại 1-800-772-1213 hoặc xem trên trang socialsecurity.gov. Người sử dụng TTY nên gọi theo số 1-800-325-0778 | | |
| Đã kết hôn? <input type="checkbox"/> . CÓ <input type="checkbox"/> . KHÔNG | Nếu có, ghi tên vợ hoặc chồng (Tên, Tên đệm, Họ, Danh xưng): | |
| Tổng thu nhập hàng tháng (tổng thu nhập trước thuế hoặc các khoản khấu trừ khác): | | |
| Có kế hoạch nộp tờ khai thuế thu nhập liên bang? <input type="checkbox"/> . CÓ <input type="checkbox"/> . KHÔNG | | |
| Khai thuế chung với vợ hoặc chồng? <input type="checkbox"/> . CÓ <input type="checkbox"/> . KHÔNG | | |
| Sẽ khai thuế cho người phụ thuộc? <input type="checkbox"/> . CÓ <input type="checkbox"/> . KHÔNG | | |
| Viết tên của người phụ thuộc khai thuế (Tên, Tên đệm, Họ, Danh xưng): | | |
| Quý vị được khai là người phụ thuộc trong bản khai thuế của người khác? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG | | |
| Nếu có, ghi tên người khai thuế (Tên, Tên đệm, Họ, Danh xưng): | | *Mối quan hệ: |
| Thành viên mới có đang mang thai không? | Ngày dự định sinh: | Sẽ sinh bao nhiêu con: |
| <input type="checkbox"/> . CÓ <input type="checkbox"/> . KHÔNG | | |
| Quý vị có phải là công dân của U.S. không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG | | |
| Nếu không phải, thành viên mới có tình trạng nhập cư hợp pháp hay không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG | | |
| Ngày nhập cảnh vào nước Mỹ _____ | | Số nhập cư hoặc số I-94: _____ |
| Loại giấy tờ nhập cư (ví dụ I-551, Visa, v.v.): | | Loại tình trạng nhập cư: |
| Tên (Tên, Tên đệm, Họ, Danh xưng) ghi như trên giấy tờ nhập cư: | | |
| Số hộ chiếu: | | Các loại chứng minh thư khác: |
| SEVIS ID hoặc ngày hết hạn (không bắt buộc): | | Mã danh mục |

Thành viên mới có được khai là người phụ thuộc trong bản khai thuế của bất kỳ thành viên thuộc hộ gia đình không?

. CÓ . KHÔNG

Nếu có, vui lòng liệt kê tên của thành viên hộ gia đình mà họ được xác nhận là người phụ thuộc thuế vào bên dưới.

Ví dụ về các mối quan hệ trong gia đình (bao gồm cả gia đình riêng nếu có) dưới đây:

| | | | | |
|---------------|--------------|---|--------------|-----------------------|
| • Kết hôn | • Cha mẹ | • Con | • Anh chị em | • Đang được chăm sóc |
| • Ông bà | • Cô/chú/bác | • Cháu trai/Cháu gái | • Anh/em họ | • Cháu ngoại/cháu nội |
| • Cha mẹ nuôi | • Con nuôi | • Người sống chung nhưng chưa kết hôn hoặc có quan hệ đối tác | | • Không có quan hệ |

• Mối liên hệ khác (vui lòng giải thích)

Thành viên mới có liên quan như thế nào với Người liên hệ chính trong mẫu đơn này? (*ví dụ về mối quan hệ trên trang trước.)

Nếu có các thành viên khác trong hộ gia đình này (sống tại “địa chỉ hiện tại” đã khai bên trên), vui lòng liệt kê họ và chỉ ra mối liên hệ của thành viên mới * với những người này dưới đây:

| Thành viên hiện tại của hộ gia đình (Tên, Tên đệm, Họ, Danh xưng): | Mối quan hệ với thành viên mới (Tên, Tên đệm, Họ): |
|--|--|
| 1. | 1. |
| 2. | 2. |
| 3. | 3. |
| 4. | 4. |
| 5. | 5. |
| 6. | 6. |

Nếu có nhiều hơn (6) người trong hộ gia đình này vui lòng sao chép trang này, trả lời mọi câu hỏi và gắn kèm mẫu đơn này.

Để Trống Có Chủ Định.

QUYỀN YÊU CẦU ĐIỀU TRẦN HÀNH CHÍNH CỦA QUÝ VỊ

ĐIỀU TRẦN HÀNH CHÍNH (“điều trần”) là gì? Điều trần là sự xem xét công bằng về hành động của Bộ (Department) đối với trường hợp của quý vị và phải được yêu cầu trong vòng 90 ngày kể từ ngày có thông báo. Một viên chức điều trần không liên quan đến quyết định của Bộ sẽ xem xét tất cả các giấy tờ và thông tin trong trường hợp của quý vị. Nếu viên chức điều trần thấy rằng Bộ đã phạm sai lầm, Bộ sẽ sửa chữa hành động đó. 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

LÝ DO YÊU CẦU MỘT BUỔI ĐIỀU TRẦN:

- Quý vị không đồng ý với quyết định được đưa ra đối với đơn xin phúc lợi hoặc trường hợp của quý vị.
- Đơn của quý vị không được xử lý kịp thời: 30 ngày cho SNAP; 90 ngày để được hỗ trợ y tế vì tình trạng khuyết tật; 45 ngày để nhận hỗ trợ tài chính hoặc đơn xin hỗ trợ y tế khác. HAR 17-602.1-4; 17-602.1-24; 17-647-3; 17-647-7; 17-647-14; 17-1711.1-32

TÔI CÓ THỂ YÊU CẦU MỘT BUỔI ĐIỀU TRẦN BẰNG CÁCH NÀO? Quý vị có thể yêu cầu một buổi điều trần bằng việc điền văn bản theo mẫu của Bộ hoặc bằng cách viết giấy đề nghị. Đối với quý vị dùng SNAP và nhận hỗ trợ y tế, quý vị cũng có thể gọi điện hoặc nói với nhân viên của chương trình rằng quý vị muốn có một buổi điều trần. Khi Bộ nhận được yêu cầu của quý vị, the Administrative Appeals Office sẽ gửi cho quý vị thông tin về buổi điều trần qua đường bưu điện. HAR 17-602.1-6; 17-602.1-31; 17-1703.1-4

LỢI ÍCH CỦA TÔI SẼ BỊ NGỪNG. TÔI CÓ THỂ TIẾP TỤC NHẬN QUYỀN LỢI TRONG KHI ĐIỀU TRẦN CỦA TÔI ĐANG CHỜ ĐƯỢC XỬ LÝ KHÔNG? Có. Vui lòng đọc thông báo để biết thời hạn yêu cầu được tiếp tục nhận phúc lợi. Nếu quyết định điều trần không có lợi cho quý vị, quý vị phải hoàn trả các khoản trợ cấp mà quý vị không được hưởng. 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

QUY TRÌNH XỬ LÝ MẤT BAO LÂU? Quy trình thường mất 60 ngày cho trường hợp SNAP hoặc 90 ngày cho các chương trình khác. Đối với các điều trần liên quan hỗ trợ y tế và SNAP, quý vị có thể yêu cầu một quy trình điều trần nhanh đối với những trường hợp nghiêm trọng, chẳng hạn như khi tính mạng hoặc sức khỏe gặp nguy hiểm nghiêm trọng. HAR 17-602.1-16; 17-602.1-27; 17-602.1-29; 17-1703.1-4; 17-1703.1-15 to 16.

TÔI CÓ CẦN MỘT LUẬT SƯ KHÔNG? Một luật sư là không cần thiết. Quý vị phải tham gia buổi điều trần trừ khi quý vị thông báo bằng văn bản cho Bộ rằng một đại diện được ủy quyền sẽ tham gia buổi điều trần thay mặt quý vị. Người đại diện được ủy quyền có thể là một người bạn, người thân, người hỗ trợ hoặc người khác. Để được tư vấn hoặc có đại diện pháp lý miễn phí, hãy liên hệ văn phòng Legal Aid Society of Hawaii theo số điện thoại 808-536-4302 (Oahu) hoặc số 1-800-499-4302 (Các đảo lân cận). HAR 17-602.1-5; 17-602.1-7; 17-602.1-25; 17-602.1-38; 17-1703.1-3

NEU TÔI CẦN THÔNG DỊCH VIÊN HOẶC HỖ TRỢ KHÁC? Trong yêu cầu điều trần của mình, quý vị có thể yêu cầu cung cấp một thông dịch viên chuyên nghiệp miễn phí, các tài liệu có bản in khổ lớn, thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu, các biện pháp hỗ trợ khác. Nếu quý vị không đưa ra yêu cầu trước ngày điều trần, phiên điều trần của quý vị có thể được dời lại đến khi các biện pháp hỗ trợ được cung cấp theo yêu cầu của quý vị. HAR 17-602.1-5; 17-602.1-13; 17-602.1-30; 17-1703.1-6; 17-1711.1-2

QUYỀN ĐIỀU TRẦN CỦA TÔI LÀ GÌ? Quý vị có thể yêu cầu nhân viên của Bộ cho quý vị xem các tài liệu và hồ sơ trước phiên điều trần. Tại phiên điều trần, quý vị có thể nói lý do tại sao quý vị cho rằng Bộ đã không đúng và quý vị có thể thẩm vấn các nhân chứng của Bộ. Quý vị cũng có thể mang theo nhân chứng của riêng quý vị. Quý vị và Bộ phải thống nhất về những người sẽ được phép quan sát phiên điều trần. Xem ở trên để biết thông tin về thông dịch viên. 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

LỪA ĐẢO LÀ GÌ? Nếu quý vị không tuân theo các yêu cầu báo cáo bắt buộc, nói dối hoặc che giấu sự thật, quý vị có thể phải chịu trách nhiệm hoàn trả giá trị các lợi ích quý vị đã nhận và các hình phạt khác nếu có theo luật, bao gồm cả việc truy tố. HAR 17-604.1; 17-1704-3, 17-1713.1-2; HRS §346-43.5, 710-1063

CÁC QUYỀN KHÁC CỦA TÔI LÀ GÌ?

- **BẢO MẬT:** Bộ sẽ không tiết lộ thông tin của quý vị trừ khi nó được cho phép trong các quy định của chương trình hoặc luật liên bang, cần thiết trong các tình huống dịch vụ bảo vệ cụ thể, để điều tra gian lận hoặc nếu quý vị gửi yêu cầu bằng văn bản

để tiết lộ thông tin của mình. HAR 17-601; 17-1702-5 to 6; 17-1706-6

KHÔNG PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ: Bộ không phân biệt đối xử, loại trừ hoặc đối xử khác biệt với mọi người dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính/giới (biểu hiện hoặc bản dạng) hoặc bất kỳ tầng lớp được bảo vệ nào theo luật liên bang hoặc tiểu bang. Nếu như quý vị tin rằng Bộ hoặc các nhà cung cấp dịch vụ của Bộ đã không cung cấp dịch vụ hoặc phân biệt đối xử với quý vị, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại lên: Civil Rights Compliance Officer bằng email tới DHSCivilRightsBox@dhs.hawaii.gov, gọi số (808) 586-4955 hoặc 711, gửi fax tới số (808) 586-4990 hoặc viết thư cho: Civil Rights Compliance Officer, theo địa chỉ P.O. Box 339, Honolulu, HI 96809-0339. Biểu mẫu đơn khiếu nại (DHS 6000) của DHS có ở trang thông tin <https://humanservices.hawaii.gov> trong mục the Civil Rights Corner dưới mục Forms. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại lên the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, qua mạng tại <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, hoặc gửi thư hay gọi điện tới: U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (OCR), 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201. Số điện thoại: 1(800) 368-1019, TDD: 1(800) 537-7697.