



NJ FAMILY CARE

Cobertura médica económica. Atención de calidad

le ofrece seguro médico para toda su familia

Usted podría obtener NJ FamilyCare, seguro médico económico o gratuito para adultos y niños cuyos ingresos cumplan con los requisitos del programa. Invierta unos minutos para completar este formulario y envíelo por correo con los documentos ennumerados en la página siguiente, en el sobre adjunto con franqueo pago.

¿Quiénes pueden obtener NJ FamilyCare?

1. Adultos solteros y parejas sin niños dependientes
2. Familias con hijos
 - Niños/jóvenes de hasta 21 años
 - Padres/guardianes de niños/jóvenes de hasta 19 años

LOS PARTICIPANTES QUE REÚNAN LOS REQUISITOS DEBEN

- ❖ Vivir en Nueva Jersey; y
- ❖ Ser ciudadanos o inmigrantes calificados incluyendo inmigrantes admitidos legalmente como residentes permanentes; y
- ❖ Cumplir con todos los otros requisitos del programa (ingresos, edad, etc.)

1-800-701-0710

TTY 1-800-701-0720 (Para personas con problemas de audición)

www.njfamilycare.org

Para inscribirse

1. Complete y envíe este formulario con copias de los siguientes documentos:

- Comprobante de la edad de todos los niños menores de 21 años que están solicitando la cobertura de NJ FamilyCare
- Comprobante de la categoría de inmigrante para no ciudadanos que solicitan la cobertura de NJ FamilyCare
- Comprobante de la categoría de estudiante de tiempo completo sólo para jóvenes de 16 a 21 años, que están empleados
- Nota de un médico o laboratorio si alguna de las mujeres de la familia está embarazada (es importante — las mujeres embarazadas y sus bebés podrían reunir los requisitos para obtener beneficios especiales)
- Comprobantes de los ingresos totales netos de la familia (incluyendo los de los hijos)
 - Comprobante de pago que indique por lo menos un mes de ingresos O una carta de su empleador indicando lo que ha ganado durante el último mes
 - Si usted trabaja independientemente, envíe su formulario de declaración impositiva y todos los apéndices que envió al IRS, o una carta de su contador que incluya un estado de cuenta reciente de pérdidas y ganancias de su negocio
 - Comprobantes de todo otro ingreso recibido incluyendo beneficios de Seguridad Social para cualquier miembro de la familia, mantenimiento para niños, pensiones, intereses, y pagos en efectivo regulares de miembros de la familia
 - Comprobantes de pensión alimenticia y/o mantenimiento para niños recibidos o pagados a otros.

2. Complete y envíe el siguiente Formulario de Selección del plan HMO

Selección del Plan HMO

NJ FamilyCare brinda atención médica a través de un HMO, una organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization). EL SIGUIENTE FORMULARIO PARA LA SELECCION DEL PLAN DEBE SER COMPLETADO PARA SELECCIONAR SU HMO Y PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE NJ FAMILYCARE.

¿Cómo se enteró de la existencia de NJ FamilyCare?
(marque todas las opciones que correspondan)

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Clero | <input type="checkbox"/> Familia/amigo/vecino | <input type="checkbox"/> Periódico | <input type="checkbox"/> Televisión |
| <input type="checkbox"/> Organización comunitaria | <input type="checkbox"/> Hospital/Clínica | <input type="checkbox"/> Farmacéutico/farmacia | <input type="checkbox"/> NJ KidCare |
| <input type="checkbox"/> Doctor | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Otro (Indique, por favor) |
| <input type="checkbox"/> Empleador | <input type="checkbox"/> Correspondencia | <input type="checkbox"/> Escuela | _____ |

Sección 1: Información de la familia

Escriba su dirección

Dirección particular	Apt. No.	Ciudad	Estado	Cód. Postal	Condado
Dirección para envíos postales (Si difiere de la anterior)					

Teléfono: Casa (____) _____ Trabajo (____) _____ Tel. de qué persona _____

Sección 2: Ingresos de la familia (Continuación)

Nombre: _____

Tipo de ingreso	Recibido		Cantidad	Frecuencia				
	S	N		W	B	S	M	I
Ingresos por trabajo			\$					
Nombre y Teléfono del empleador				Tiempo completo <input type="checkbox"/>				
				Tiempo parcial <input type="checkbox"/>				
Beneficios SS								
Sobrevivientes SS								
Incapacidad SS								
Desempleo								
Estatual por Incapacidad								
Compensación laboral								
Beneficios veteranos								
Pensión/Renta								
Intereses/Dividendos								
Pensión alimenticia								
Mantenimiento para niños								
Efectivo de la familia								
Ingresos arrendamiento								
Trabajador independiente								
Otro (explique a continuación)								

1. Por favor aclare los ingresos que recibe a intervalos irregulares.

2. Por favor aclare todo ingreso que dejará de recibir en el futuro.

3. Elegibilidad retroactiva significa elegibilidad durante los tres meses anteriores al mes en el que usted presenta la solicitud. Si durante esos meses alguna de las personas incluidas en la lista ha recibido servicios médicos que no han sido pagados por un programa de cobertura médica, las facturas correspondientes **podrían** ser pagadas. Si usted está interesado en recibir cobertura retroactiva, marque este casillero e incluya comprobantes de ingresos para esos tres meses. **NOTA: La elección de esta opción no garantiza el pago de las facturas por servicios de atención médica. Sólo las personas que reúnan los requisitos para el Plan A, y cumplan con dichos requisitos para esos meses tendrán derecho a recibir cobertura retroactiva.** _____
4. ¿Alguna persona de su familia paga pensión alimenticia o mantenimiento para niños a alguna persona de otra familia, o es económicamente responsable de alguna persona en otra familia? Sí No

De ser así, quién _____ ¿Cuánto paga mensualmente? \$ _____ Por favor presente documentación (orden judicial, formularios impositivos indicando los pagos, etc.).



NO SE OLVIDE DE INCLUIR COMPROBANTES DE TODOS LOS INGRESOS DECLARADOS MÁS ARRIBA (COPIAS DE RECIBOS DE PAGO, CARTAS DE LA ADMINISTRACIÓN DE SEGURO SOCIAL, ETC.).

Sección 3: Mantenimiento para niños e información sobre cobertura médica

Si esta sección corresponde en su caso, por favor responda a las siguientes preguntas. Si no puede responder a alguna de las preguntas, escriba "No se." **NOTA: En las preguntas 3, 4 y 5, escriba la letra correspondiente a la persona incluida en la pregunta No. 1.**

1. ¿Vive alguno de los padres del(de los) niños de la lista fuera de su casa? Sí No De ser así, dónde:
 - a. Nombre: _____ Dirección: _____ Padre/madre de: _____
 - b. Nombre: _____ Dirección: _____ Padre/madre de: _____
 - c. Nombre: _____ Dirección: _____ Padre/madre de: _____
2. ¿Ha intentado obtener mantenimiento para sus hijos? Sí No De ser así, ¿lo está recibiendo? Sí No De no ser así, por favor explique por qué. **IMPORTANTE: Si respondió afirmativamente, ¿lo incluyó como ingreso?** _____
3. ¿Ha intentado obtener cobertura médica para sus hijos? Sí No De ser así, ¿tiene cobertura? Sí No Si tiene cobertura, ¿en qué forma (Seguro, pago directo, otra)? _____ De no ser así, ¿por qué? _____ Si es en forma de seguro, por favor indique:

Nombre del proveedor del seguro _____ Tel. (____) _____ Póliza No. _____

Niño(s) cubierto(s): _____ Padre/madre que provee (a, b or c) _____

Nombre del proveedor del seguro _____ Tel. (____) _____ Póliza No. _____

Niño(s) cubierto(s): _____ Padre/madre que provee (a, b or c) _____
4. Si conoce el lugar de trabajo del padre/madre ausente, indique por favor el nombre y el número de teléfono del empleador:
 - a. Empleador: _____ Tel. (____) _____
 - b. Empleador: _____ Tel. (____) _____
 - c. Empleador: _____ Tel. (____) _____
5. Si conoce el No. de Seguro Social del padre/madre ausente, indíquelo a continuación.
 - a. _____
 - b. _____
 - c. _____

Sección 4: Seguro médico

Aún si tiene seguro médico, su familia podría participar en el programa de NJ FamilyCare.

1. Si alguna de las personas incluidas en la Sección 1, que desea participar en NJ FamilyCare, actualmente tiene otro seguro médico, indique su nombre a continuación:
Nombre(s) del(de los) asegurado(s) _____
Aseguradora _____ Tel. (_____) _____ No. ID _____ o Póliza No. _____
¿Es este seguro a través de un empleador? Sí No
2. Si alguna(s) de las personas incluidas en la Sección 1 recibe actualmente Medicaid, indique su(s) nombre(s) a continuación:
Nombre _____ No. ID _____ Nombre _____ No. ID _____
Nombre _____ No. ID _____ Nombre _____ No. ID _____
Nombre _____ No. ID _____ Nombre _____ No. ID _____
3. Si alguna de las personas incluidas en la Sección 1, que desea participar en NJ FamilyCare, perdió su seguro médico durante los últimos seis meses, indique su(s) nombre(s) a continuación:
Nombre(s) _____
Aseguradora _____ No. ID o Póliza No. _____ Tel. Aseguradora (_____) _____
Fecha de terminación _____ (Envíe comprobante de terminación) ¿A través de un empleador? Sí No
¿Tenía cobertura COBRA? Sí No ¿Por qué fue dado de baja? Cambio de empleo Despido
Otro (explique a continuación)
4. Si lo deseara, ¿podría obtener seguro médico a través de su empleador? Sí No
5. ¿Existe algún juicio, indemnización por accidentes laborales o pago de la aseguradora pendiente para alguna persona de la familia que desea participar en NJ FamilyCare?
Sí No De ser así, para quién _____ Indique el nombre y la dirección del abogado a continuación:

Sus derechos y responsabilidades

- ◆ He completado esta solicitud a fin de que se determine si mi familia puede recibir seguro médico de NJ FamilyCare. Entiendo que NJ FamilyCare cumplirá con las leyes federales y estatales al examinar mi solicitud, y que tengo derecho a cuestionar toda decisión que se adopte.
- ◆ Entiendo que toda la información es confidencial, y que me podrían solicitar información adicional.
- ◆ Entiendo que debo informar a NJ FamilyCare sobre cualquier cambio en la información, incluyendo el agregado de niños u otros miembros de la familia, cambio de dirección, cambios en los ingresos de la familia, o cobertura médica obtenida a través de un empleador u otra fuente.
- ◆ Entiendo que la información que he brindado está sujeta a verificación, y que al firmar este documento, autorizo a contactar a todas las agencias, incluyendo pero sin limitaciones, a la Administración de Seguridad Social, la consulta de archivos de beneficios de salarios, archivos estatales de salarios y desempleo, con el único propósito de verificar la información que he provisto. La información será utilizada sólo en conexión con esta solicitud para NJ FamilyCare.
- ◆ Entiendo que este seguro deberá ser renovado anualmente.
- ◆ Entiendo que cualquier persona que a sabiendas provea información fraudulenta en esta solicitud está cometiendo un crimen y podría ser sancionada bajo las leyes federales y estatales. Entiendo que toda la información provista en esta solicitud es veraz, a mi leal saber y entender.
- ◆ Entiendo que el programa de NJ FamilyCare puede divulgar información acerca del progreso de mi solicitud al centro de inscripción que me ayudó a completarla.
- ◆ Entiendo que, una vez que mi solicitud haya sido completada y examinada, recibiré la cobertura más amplia a la que tengo derecho.
- ◆ Al firmar esta solicitud, entiendo que estoy autorizado(a) a firmar en nombre de todas las personas incluidas.
- ◆ *A través de la presente, todos los derechos a pagos en concepto de atención médica por parte de terceros son asignados al Comisionado de Servicios Humanos como condición de elegibilidad.*

Firma del solicitante

Fecha

Este programa no discrimina por raza, edad, color, religión, preferencia sexual, procedencia, estado civil, incapacidad o inclinación política.



Cobertura médica económica. Atención de calidad.

Departamento de Servicios Humanos de Nueva Jersey
Christie Whitman, Gobernadora
Michele K. Guhl, Comisionada

1-800-701-0710

TTY 1-800-701-0720 (Para personas con problemas de audición)

NJ Family Care, P.O. Box 4818, Trenton, NJ 08650-8955

www.njfamilycare.org

Martes, Miércoles y Viernes: 8:30 AM a 5 PM

Lunes y Jueves: 8:30 AM a 7 PM

Agencias solamente

Centro de inscripción No.:

Empleado de la agencia:

Fecha: