

**Complete UNA solicitud por familia.
NO DEJE NINGÚN ESPACIO EN BLANCO.
ESCRIBA CLARAMENTE.**

Instrucciones para Completar la Solicitud de NJ FamilyCare

Sección 1

Información del Hogar:

- **Dirección:**
Escriba la dirección de su casa.
Si su dirección postal es diferente de la de su casa, escríbala también en el espacio que se le proporciona.
- **Números Telefónicos:**
Escriba el número telefónico de su casa, teléfono celular u otro número telefónico en donde se le pueda localizar junto con los códigos de área. **Necesitamos contar con algún medio para localizarlo.**
- **Correo Electrónico:**
Si tiene una dirección de correo electrónico, escríbala en el espacio provisto.

Liste a todos los Padres/Tutores y a todos los hijos menores de 21 años que viven en el hogar:

- **Nombre:**
El primer adulto listado será considerado como el jefe de familia. Es importante que liste a ambos padres, padrastros o tutores de los niños, si viven en el hogar. No es necesario listar a otros adultos que viven allí.
- **Número de Seguro Social (# de SS):**
No se requiere que proporcione su Número de seguro social (SSN) en esta solicitud. Sin embargo, le alentamos a que incluya el/los SSN, especialmente para los familiares que quieren NJ FamilyCare, debido a que con frecuencia esto acelera el proceso de afiliación. Esta solicitud se usa para determinar la elegibilidad tanto para Medicaid como el Children's Health Insurance Program (Programa de seguro médico para niños). En caso que se encuentre que una persona que solicita inscripción es elegible para Medicaid, se necesitará el SSN de la persona para inscribirla en Medicaid de acuerdo con las reglas y normas federales.
- **Ciudadanía: Los padres solicitantes deben ser ciudadanos estadounidenses o inmigrantes calificados incluyendo a las personas con estado de residencia permanente legal al menos por cinco años. Los solicitantes menores de diecinueve años de edad deben ser ciudadanos estadounidenses o inmigrantes calificados sin tener en cuenta la fecha de ingreso.**
 - Si marcó "sí" en Ciudadano(a) estadounidense, envíe cualquier documentación disponible que pruebe que la persona que solicita NJ FamilyCare es ciudadano(a) estadounidense.
 - Si marcó "sí" en Inmigrante calificado, usted debe enviar pruebas del estatus migratorio y la fecha de ingreso.
Entre los ejemplos de pruebas aceptables se incluyen una copia de:
 - La cara frontal y posterior de la tarjeta de residencia para extranjeros.
 - El sello temporal I-551 en el pasaporte o el formulario I-94.
 - Documentos que indiquen estatus de refugiado o asilado.
 - Documentos que indiquen que uno de los padres se encuentra realizando el servicio militar estadounidense.
- **Seguro Médico:**
 - Si marcó "sí", usted deberá enviar una copia de la cara frontal y posterior de su tarjeta de seguro junto con la solicitud. **Aviso: Es posible que usted todavía pueda calificar para obtener beneficios de NJ FamilyCare aunque tenga otro seguro médico.**
- **Seguro Médico dentro de los últimos tres meses:**
 - Si marcó "sí", usted deberá enviar pruebas de que su seguro ha vencido.
- **Parentesco:**
Mencione la manera en que cada niño(a) se emparenta con los padres/tutores 1 y 2 listados en la Sección 1. Un ejemplo de "Otro" sería una sobrina, un sobrino o un nieto.
- **Facturas médicas adeudadas:**
 - Si marcó "sí", envíe pruebas de todos los ingresos de su hogar pertenecientes a los últimos tres meses.
- **Raza/Etnia:**
 - Si su hijo(a) es Natural de Alaska o Indio Nativo americano, por favor envíe su tarjeta tribal.

Sección 2

Información sobre el Ingreso para padres/tutores e hijos(as) menores de 21 años de edad:

- **Nombre de la persona que recibe el ingreso:**
Es importante que incluya los nombres de todos los padres, padrastros, tutores legales e hijos(as) cuyas edades estén comprendidas entre los 16 y 20 años que vivan en el hogar y que se encuentren trabajando.
 - **Nombre del Empleador:**
Liste **todos** los trabajos y empleadores para cada trabajador miembro de su hogar.
 - Si usted trabaja de manera independiente o es dueño de una empresa, deberá enviar una copia **firmada** de su último formulario 1040 (incluyendo el programa C, el formulario S1120, el formulario 1065, el programa E y todos los demás programas relacionados) o su última declaración de pérdidas y ganancias.
 - **Tiempo completo o Medio tiempo:**
El trabajo de medio tiempo es menos de 30 horas a la semana.
 - **Ingreso Laboral por periodo remunerado antes de deducir impuestos:**
 - Envíe una copia de su talón de cheque que mejor muestre su ingreso u otro documento probatorio que muestre su ingreso **bruto** (antes de deducir impuestos) del mes más reciente. **Asegúrese de enviar copias de los talones de cheques para cada trabajo mencionado de cada trabajador.**
 - **Otros ingresos (no de trabajo):**
Indique el **tipo** de ingreso, tal como:
 - Ingreso suplementario de seguridad (SSI, siglas en inglés);
 - Sobrevivientes/retirados beneficiarios del Seguro Social;
 - Beneficios por incapacidad del Seguro Social;
 - **Otros tipos de ingresos (continúan):**
 - Beneficios para veteranos;
 - Desempleo;
 - Discapacidad del Estado;
 - Compensación a trabajadores;
 - Pensión o anualidad;
 - Intereses o dividendos;
 - Pensión alimenticia que recibe*;
 - Pensión infantil que recibe*;
 - Dinero en efectivo de sus amigos o familiares*;
 - Ingreso por renta (no la renta que usted paga); y
 - Cualquier otro ingreso.
- Envíe copias de sus talones de cheques del mes completo más reciente, comunicados sobre fallos o algún tipo de prueba para cada tipo de ingreso recibido.
- *No se requiere prueba.

Sección 3

Selección de una HMO:

Para que usted o sus hijos(as) se afilien a NJ FamilyCare, usted deberá escoger una HMO

- **Escoja una HMO:**
Consulte la solicitud de inscripción para las HMO disponibles en su condado.
- **¿Quién es su Doctor?**
Si usted o sus hijos(as) tienen un doctor, por favor mencione su nombre y dirección.
- **Firma:**
 - Lea el Aviso de Privacidad, así como los Derechos y Responsabilidades de NJ FamilyCare antes de firmar la solicitud. Asegúrese de **FIRMAR** y **FECHAR** la solicitud antes de enviarla a NJ FamilyCare.

Recuerde hacer lo siguiente:

1. **Firmar** la solicitud.
 2. **Enviar** pruebas de su ingreso (del mes completo más reciente) para cada trabajo y cualquier otro ingreso, incluyendo el ingreso por renta y trabajo independiente.
 3. **Ciudadanos: Enviar** documentación que pruebe la ciudadanía estadounidense para cualquier persona que esté solicitando beneficios de NJ FamilyCare.
No-Ciudadanos: Enviar una copia de la tarjeta de residencia para extranjeros u otra documentación de inmigración para cualquier persona que esté solicitando beneficios de NJ FamilyCare.
 4. **Enviar** pruebas de cualquier tipo de seguro médico o de la carta que recibió si su seguro médico ha vencido.
- Si desea comunicarse con NJ FamilyCare:**
- ✓ Llame al **1-800-701-0710**
(TTY 1-800-701-0720 para personas con problemas de audición)
Lunes y jueves de 8 a.m. a 8 p.m.,
martes, miércoles y viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
Hablamos 150 idiomas.
 - ✓ **Escríbanos a: NJ FamilyCare**
P.O. Box 8367
Trenton, NJ 08650; o
 - ✓ **Visite nuestro sitio de Internet en:**
www.njfamilycare.org