

<b>1. Información del Hogar</b>														
Dirección domiciliaria:				Apt. #/Piso:			N° Teléf. del Hogar:			Celular:			Otro N° Teléf:	
Ciudad:					Condado:			Estado:		Código Postal:		Idioma hablado en casa:		
Dirección Postal, si fuera diferente de la anterior:							Ciudad:			Estado:			Código Postal:	

Mencione a TODOS los Padres/Tutores y los Hijos(as) MENORES DE 21 AÑOS Que Viven en Su Hogar															
Padre/Tutor Primer Nombre	Apellido	¿Desea NJ FamilyCare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sexo M/F	N° Seguro Social (requerido a los solicitantes)	Raza/Etnia (sólo para solicitantes) **Vea códigos abajo	Fecha de Nacimiento MM/DD/AAAA	¿Es Ciudadano Estadounidense? (Vea instrucciones)	¿Es estudiante de tiempo completo?	¿Tiene otro seguro médico en este momento? (vea instrucciones)	¿Tuvo otro seguro médico en los últimos 3 meses? (vea instrucciones)	Estado Civil del Padre/Tutor				
											Soltero	Casado	Separado	Divorciado	Viudo
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		- -		/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		- -		/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Están sus hijos(as) inscritos(as) actualmente en NJFamilyCare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es si, cuál es el número de la póliza de NJFamilyCare:											¿Cuál es el parentesco de este(a) niño(a) con el 1er padre/tutor arriba mencionado?		¿Cuál es el parentesco de este(a) niño(a) con el 2do padre/tutor arriba mencionado?		
Hijos(as) Primer Nombre	Apellido														
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		- -		/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		- -		/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		- -		/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		- -		/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si necesita mencionar a más hijos, use otra hoja de papel. **\*\*Códigos de raza/etnia: B-Negro S-Hispano W-Blanco I-Indio Nativoamericano/Natural de Alaska A-Asiático/Islands del Pacífico O-Otro**

► ¿Hay alguna persona embarazada entre las arriba mencionadas?  Sí  No Si responde sí, escriba el nombre(s) y fecha(s) de parto(s): \_\_\_\_\_ ¿Alguna persona tiene facturas médicas pendientes de hace tres meses?  Sí  No Si responde sí, por favor escriba el nombre(s): vea instrucciones: \_\_\_\_\_

2. Información sobre Ingresos para Padres/Tutores e Hijos(as) menores de 21 años de edad: vea instrucciones																
Nombre de la persona que recibe el ingreso, incluyendo hijos(as) ■ Se requiere verificación, vea instrucciones	Nombre del Empleador: ■ Si trabaja por su cuenta, escriba "trabajo por mi cuenta"; ■ Si es el dueño, escriba "dueño"	N° de Teléfono del Empleador	Fecha en que empezó el trabajo	¿Tiempo completo o Medio tiempo?		¿Frecuencia de pago?					Ingreso Laboral: sin deducción de impuestos por periodo de pago	Otro Ingreso: tal como pensión infantil, pensión alimenticia, apoyo económico en efectivo, beneficios de seguro social, desempleo, ingresos por alquiler, etc.		Si esta persona PAGA servicios de guardería para un hijo o adulto incapacitado, mencione la cantidad mensual	Si esta persona PAGA pensión infantil o pensión alimenticia, mencione la cantidad mensual	
				TC	MT	Semanal	Quincenal	2 veces al mes	1 vez al mes	Cantidad		Indique Tipo de Ingreso	Cantidad Mensual			
				<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"/>	<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"/>	\$		\$	\$	\$

► ¿Alguno de los empleadores arriba mencionados ofrece seguro médico?  Sí  No Si responde sí, mencione el Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_

► ¿Ha cambiado de trabajo alguien de la lista anterior en los últimos 6 meses?  Sí  No Si responde sí, mencione el Nombre: \_\_\_\_\_ Empleador Anterior: \_\_\_\_\_ Fecha de término del trabajo: \_\_\_\_\_

**3. Selección de la HMO: Debe escoger una HMO para afiliarse. Vea las HMO disponibles en el folleto.**

Escoja una HMO: \_\_\_\_\_ ¿Quién es su doctor? \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

¿Quién es el doctor de su hijo(a)? \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

De las personas que están aplicando: ¿Hay alguna tomando medicamentos recetados?  Sí  No ¿Recibiendo tratamiento médico?  Sí  No ¿Usando algún equipo médico especial?  Sí  No

Al firmar este formulario, manifiesto que he leído y entendido el Aviso de Privacidad y los "Derechos y Responsabilidades" del programa NJ FamilyCare, y que obedeceré las leyes y los reglamentos del programa. Entiendo que otorgo al programa NJ FamilyCare el permiso para divulgar mis archivos médicos y aquellos de cualquiera de los miembros de mi familia que se afilien al programa, a las HMO del programa, así como a sus proveedores. También doy autorización a la División de Impuestos de New Jersey de divulgar la información de mi declaración de impuestos al programa NJ FamilyCare. Además doy mi autorización a cualquier institución educativa o distrito escolar de que divulgue mis archivos médicos o aquellos de mi(s) hijo(s) al programa NJ FamilyCare para el propósito de determinar elegibilidad y facturación al Programa. Certifico bajo pena de perjurio que toda la información en esta solicitud es verdadera.

Firme aquí: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Jon S. Corzine**  
Governador  
Estado of New Jersey

Sólo para Uso Oficial

Enrollment Site#: \_\_\_\_\_

Policy #: \_\_\_\_\_

**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, escribala 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.**

#### 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):**  
Usted debe proporcionar el número de seguro social de cada persona que esté solicitando NJ FamilyCare. Los padres de recién nacidos deben proporcionar el número de seguro social en cuanto esté disponible.
- **Raza/Etnia:**
  - Si su hijo(a) es Natural de Alaska o Indio Nativo americano, por favor envíe su tarjeta tribal.
- **Ciudadanía: Para ser elegible para obtener beneficios de NJ FamilyCare, los solicitantes deben ser ciudadanos estadounidenses o inmigrantes que califican y que hayan sido admitidos para obtener la residencia permanente.**
  - Si marcó "si", envíe cualquier documentación disponible que pruebe que la persona que solicita NJ FamilyCare es ciudadano(a) estadounidense.
  - Si marcó "no", usted debe enviar pruebas del estatus migratorio. 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 "si", 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 "si", 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 "si", envíe pruebas de todos los ingresos de su hogar pertenecientes a los últimos tres meses.

### 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:**  
En el folleto de la HMO que viene en el paquete de solicitud puede ver las HMO 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 la 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](http://www.njfamilycare.org)**

● **La documentación debe ser enviada.**