

Solicitud para la Cobertura de Salud y Ayuda para el Pago de Costos

LO QUE DEBE SABER



Use esta solicitud para ver las opciones de cobertura para las que es elegible

- Seguro sin costo o a un costo bajo de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), conocido como NJ FamilyCare.
- Planes de seguros de salud privados que ofrecen una cobertura completa que le ayudarán a mantenerse sano
- Un nuevo crédito tributario que puede ayudar con el pago de sus primas para la cobertura de salud



¿Quién puede usar esta solicitud?

- Use esta solicitud para cualquier miembro de su familia.
- Presente la solicitud aún si usted o su hijo ya tiene cobertura médica. Podría ser elegible para cobertura de menor costo o sin costo.
- Si es soltero, usted puede usar un formulario corto. Visite njfamilycare.org.
- Las familias que incluyen inmigrantes pueden hacer su solicitud. Usted puede solicitarla para su hijo aún si usted no es elegible para la cobertura. Llenar la solicitud no afectará su estatus de inmigración o la posibilidad de convertirse en residente permanente o ciudadano.
- Si alguien le ayuda a llenar esta solicitud, podría necesitar completar el Apéndice C.



Solicite más rápidamente en línea

Solicite más rápidamente en línea en njfamilycare.org.



Qué podría necesitar para la solicitud

- Número de Seguro Social (o números de los documentos para los inmigrantes legales que necesitan el seguro)
- Información del empleador y de ingresos para cada persona en su familia (por ejemplo, talón de pagos, formularios W-2, o declaraciones de salarios e impuestos)
- Números de pólizas de todos los seguros médicos actuales
- Información sobre cualquier seguro médico relacionado con su trabajo disponible para su familia



¿Por qué le pedimos esta información?

Le pedimos información sobre su ingreso y lo demás para hacerle saber para cuál cobertura es elegible y si puede obtener alguna ayuda para su pago. **Mantendremos toda la información que nos proporcione en forma privada y segura como lo requiere la ley.** Para ver la declaración de la Ley de Confidencialidad, visite njfamilycare.org.



¿Qué sigue después?

Envíe su solicitud completa y firmada a la dirección que aparece en la página 7. **Si no tiene toda la información que le pedimos, firme y presente su solicitud de todas maneras.** Le daremos seguimiento en 1-2 semanas. Recibirá instrucciones sobre los pasos siguientes para completar su cobertura de salud. Si no tiene noticias nuestras, visite njfamilycare.org o llame al **1-800-701-0710**. El llenar esta solicitud no significa que tenga que comprar la cobertura de salud.



Consiga ayuda con esta solicitud

- **En línea:** njfamilycare.org
- **Por teléfono:** Llame a nuestro Centro de Ayuda al **1-800-701-0710**.
- **En persona:** Pueden haber asesores en su zona para ayudarle. Visite nuestra página web o llame al **1-800-701-0710** para información adicional.
- **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-800-701-0710**.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite njfamilycare.org o llámenos al **1-800-701-0710**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-701-0710**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-701-0710**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-701-0720**.

PASO 1 Díganos sobre usted.

(Necesitamos un adulto de la familia que será la persona a contactar para su solicitud.)

1. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, y Sufijo			
2. Dirección de casa (Deje el espacio en blanco si no tiene una.)			3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado	6. Código Postal	7. Condado
8. Dirección postal (si es diferente de la dirección de casa)			9. Número de apartamento o suite
10. Ciudad	11. Estado	12. Código Postal	13. Condado
14. Número de teléfono () -		15. Otro número de teléfono () -	
16. ¿Desea recibir información sobre esta solicitud por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dirección de correo electrónico: _____			
17. ¿Cuál es su idioma preferido hablado o escrito (si no es inglés)?			

PASO 2 Díganos sobre su familia.

¿A quién necesita incluir en esta solicitud?

Díganos quiénes son todos los miembros de la familia que viven con usted. Si declara impuestos, necesitamos saber sobre cada persona que aparece en su declaración de impuestos. (No necesita declarar impuestos para obtener cobertura de salud).

Incluya:

- A usted
- Su cónyuge
- Sus hijos menores de 21 años que viven con usted
- Su pareja no casada que necesita cobertura de salud
- Cualquier persona que incluye en su declaración de impuestos, aún si no viven con usted
- Cualquier persona menor de 21 años a la que cuida y vive con usted

NO tiene que incluir:

- Su pareja no casada que no necesita cobertura de salud
- Los hijos de su pareja no casada
- Sus padres que viven con usted, pero que declaran sus propios impuestos (si es usted mayor de 21 años)
- Otros familiares adultos que presentan su propia declaración de impuestos

La cantidad de asistencia o el tipo de programa para el que es elegible depende del número de personas en su familia y sus ingresos. Esta información nos ayuda a asegurarnos que cada persona consiga la mejor cobertura posible.

Complete el Paso 2 para cada persona de su familia. Comience con usted, luego incluya a los otros adultos y niños. **Si tiene más de 2 personas en su familia, necesitará hacer una copia de las páginas y adjuntarlas.**

No necesita darnos el estatus de inmigración o el Número de Seguro Social (SSN) de los miembros de la familia que no necesitan cobertura de salud. Mantendremos toda la información que nos proporciona en forma privada y segura como lo requiere la ley. Usaremos información personal sólo para verificar si es elegible para la cobertura de salud.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite njfamilycare.org o llámenos al **1-800-701-0710**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-701-0710**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-701-0710**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-701-0720**.

PASO 2: PERSONA 1 (Comience con usted)

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y niños que viven con usted y/o cualquier otra persona en su misma declaración federal de impuestos si presenta una. Vea la página 1 para información adicional sobre las personas que debe incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde que aún debe incluir a los miembros de la familia que viven con usted.

1. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, y Sufijo _____

2. ¿Cuál es la relación con usted? YO MISMO	3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ____-____-____	4. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
---	---	---

5. Número de Seguro Social (SSN) ____-____-____

Necesitamos esto si quiere cobertura de salud y tiene un SSN. Aun si no desea la cobertura de salud para usted, el proporcionarnos su SSN puede ser de utilidad ya que esto puede acelerar el proceso de solicitud. Usamos los SSN para verificar el ingreso e información adicional para determinar quién es elegible para recibir ayuda con los costos de la cobertura de salud. Si alguien necesita ayuda para conseguir un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite socialsecurity.gov. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778.

6. **¿Piensa presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?**
(Usted puede solicitar la cobertura de salud aún si no presenta una declaración del impuesto federal.)

SÍ. Si la respuesta es sí, por favor responda a las preguntas a-c. **NO.** Si la respuesta es no, vaya a la pregunta c.

a. ¿Presentará su declaración conjuntamente con su cónyuge? Sí No

Si la respuesta es sí. Nombre del cónyuge: _____

b. ¿Reclamará a algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No

Si la respuesta es sí. Indique los nombres de los dependientes: _____

c. ¿Será reclamado como un dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No

Si la respuesta es sí. Indique el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos: _____



¿Cuál es su relación con la persona que presenta la declaración de impuestos? _____

7. ¿Está embarazada? Sí No

a. **Si la respuesta es sí,** ¿Cuántos bebés espera tener durante este embarazo? _____ Fecha de vencimiento _____

8. **¿Necesita cobertura de salud?**

(Aún si tiene seguro, podría haber un programa con una mejor cobertura o menor costo.)

SÍ. Si la respuesta es sí, conteste todas las preguntas de abajo.  **NO.** Si la respuesta es no, VAYA a las preguntas sobre el ingreso en la página 3.  Deje el resto de esta página en blanco.

9. ¿Tiene algún problema de salud físico, mental o emocional que le cause limitaciones en sus actividades (al bañarse, vestirse, hacer sus tareas diarias, etc.) o vive en alguna institución médica o asilo de ancianos? Sí No

10. ¿Es usted ciudadano de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.? Sí No

11. **Si usted no es ciudadano de los EE.UU. o nacional de los EE.UU., ¿tiene una condición migratoria elegible?**

Sí. Llene el tipo de su documento y número de identificación (ID) abajo.

a. Tipo de documento de inmigración _____

b. Número de ID del documento _____

c. ¿Ha vivido en los EE.UU. desde 1996? Sí No

d. ¿Es usted o su cónyuge o padre un veterano o miembro en funciones de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? Sí No

12. ¿Desea ayuda para pagar sus facturas médicas de los últimos 3 meses? Sí No

13. ¿Vive por lo menos con un hijo menor de 19 años y es usted la persona principal que se hace cargo del mismo? Sí No

14. ¿Es estudiante de tiempo completo? Sí No

15. ¿Estuvo bajo tutela temporal a los 18 años o más? Sí No

16. **Si es Hispano/Latino, etnicidad (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**

Mexicano Mexicano Americano Chicano/a Puertorriqueño Cubano Otro _____

17. **Raza (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Otro Asiático	<input type="checkbox"/> Samoano
	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano	<input type="checkbox"/> Otros Isleños del Pacífico
				<input type="checkbox"/> Otro _____



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite njfamilycare.org o llámenos al **1-800-701-0710**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-701-0710**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-701-0710**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-701-0720**.

PASO 2: PERSONA 1 (Continuación)

Trabajo Actual e Información de Ingresos

- Empleado** Si actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 18.
- Sin empleo:** Vaya a la pregunta 28.
- Por cuenta propia:** Vaya a la pregunta 27.

TRABAJO ACTUAL 1:

18. Nombre y dirección del empleador	19. Número de teléfono del empleador () -
20. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ _____ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	21. Horas promedio trabajadas cada SEMANA

TRABAJO ACTUAL 2: (Si usted tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

22. Nombre y dirección del empleador	23. Número de teléfono del empleador () -
24. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ _____ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	25. Horas promedio trabajadas cada SEMANA

26. **En el último año, usted:** Cambió de trabajo Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas Ninguno de estos

27. Si trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:

- a. Tipo de trabajo: _____
- b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias una vez que se han cubierto los gastos de su negocio) que recibirá por trabajar por cuenta propia este mes? \$ _____

28. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe.

NOTA: No necesita decirnos sobre la pensión para menores, pago a veteranos o Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI).

<input type="checkbox"/> Ninguno			
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Neto por actividades agrícolas/pesca
<input type="checkbox"/> Pensiones	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Seguro Social	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Neto por rentas/regalías
<input type="checkbox"/> Cuentas de retiro	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otros ingresos
			Tipo: _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

29. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe. Si usted paga por ciertas cosas que pueden deducirse en la declaración de impuestos federales, al darnos esta información el costo de la cobertura de salud pudiera ser un poco menor.

NOTA: No debería incluir un costo que ya consideró en su respuesta sobre el ingreso neto al trabajar por cuenta propia (pregunta 27b).

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otras deducciones
			Tipo: _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Intereses por préstamo estudiantil	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	

30. **INGRESO ANUAL:** Completar solamente si su ingreso cambia de mes a mes.

Si no espera cambios en su ingreso mensual, pase a la persona siguiente. ➔

Su ingreso total este año \$ _____	Su ingreso total el próximo año (si considera que será diferente) \$ _____
--	--

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre usted.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite njfamilycare.org o llámenos al **1-800-701-0710**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-701-0710**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-701-0710**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-701-0720**.

PASO 2: PERSONA 2

Si tiene más de dos personas para incluir, haga una copia del Paso 2: Persona 2 (páginas 4 y 5) y llénelas.

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y niños que viven con usted y/o cualquier otra persona en su misma declaración federal de impuestos si presenta una. Vea la página 1 para información adicional sobre las personas que debe incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde que aún debe incluir a los miembros de la familia que viven con usted.

1. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, y Sufijo _____

2. ¿Cuál es la relación con usted? _____	3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ____ - ____ - _____	4. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
--	--	---

5. Número de Seguro Social (SSN) _____ **Necesitamos esto si quiere cobertura de salud y tiene un SSN.**

6. ¿La PERSONA 2 vive en la misma dirección que usted? Sí No
Si no, indique la dirección: _____

7. **¿Piensa la PERSONA 2 presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?**
(Usted puede solicitar el seguro de salud aún si no presenta una declaración del impuesto federal.)

SÍ. Si la respuesta es sí, por favor responda a las preguntas a-c. **NO.** Si la respuesta es no, vaya a la pregunta c.

a. ¿Presentará la PERSONA 2 su declaración conjuntamente con su cónyuge? Sí No

Si la respuesta es sí. Nombre del cónyuge: _____

b. ¿Reclamará la PERSONA 2 a algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No

Si la respuesta es sí. Indique los nombres de los dependientes: _____

c. ¿Será la PERSONA 2 reclamada como un dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No

Si la respuesta es sí. Por favor indique el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos: _____


¿Cuál es la relación de la PERSONA 2 con el que presenta la declaración de impuestos? _____

8. ¿Está la PERSONA 2 embarazada? Sí No

a. Si la respuesta es sí, ¿Cuántos bebés espera tener durante este embarazo? _____ Fecha de vencimiento _____

9. **¿Necesita la PERSONA 2 cobertura médica?**

(Aún si tienen seguro, podría haber un programa con una mejor cobertura o menor costo.)

SÍ. Si la respuesta es sí, conteste todas las preguntas de abajo. **NO.** Si la respuesta es no, VAYA a las preguntas sobre el ingreso en la página 5. 

10. ¿Tiene la PERSONA 2 algún problema de salud físico, mental o emocional que le cause limitaciones en sus actividades (al bañarse, vestirse, tareas diarias) o vive en una institución médica o asilo de ancianos? Sí No

11. ¿Es la PERSONA 2 ciudadana de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.? Sí No

12. Si la PERSONA 2 no es ciudadana de los EE.UU. o nacional de los EE.UU., ¿tiene un estatus migratorio elegible?

Sí. Llene el tipo de su documento y número de identificación (ID) abajo.

a. Tipo de documento _____

b. Número de ID del documento _____

c. ¿Ha vivido la PERSONA 2 en los EE.UU. desde 1996?

Sí No

d. ¿Es la PERSONA 2, o su cónyuge o padre un veterano o miembro

en funciones de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? Sí No

13. ¿Desea la PERSONA 2 ayuda para pagar sus facturas médicas de los últimos 3 meses?

Sí No

14. ¿Vive la PERSONA 2 con por lo menos un hijo menor de 19 años y es la persona principal que se hace cargo del mismo? Sí No

15. ¿Estuvo la PERSONA 2 bajo tutela temporal a los 18 años o más?

Sí No

Por favor responda las siguientes preguntas si la PERSONA 2 tiene 22 años o menos:

16. ¿Tuvo la PERSONA 2 seguro a través de un trabajo y lo perdió en los últimos 3 meses? Sí No

a. Si la respuesta es sí, fecha de terminación: _____ b. Motivo por el cual se terminó el seguro: _____

17. ¿Es la PERSONA 2 un estudiante de tiempo completo? Sí No

18. Si es Hispano/Latino, etnicidad (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)

Mexicano Mexicano Americano Chicano/a Puertorriqueño Cubano Otro _____

19. Raza (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Otro Asiático	<input type="checkbox"/> Samoano
<input type="checkbox"/> Chino		<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano	<input type="checkbox"/> Otros Isleños del Pacífico
			<input type="checkbox"/> Otro _____	

Ahora, díganos sobre cualquier ingreso de la PERSONA 2 

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite njfamilycare.org o llámenos al **1-800-701-0710**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-701-0710**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-701-0710**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-701-0720**.

PASO 2: PERSONA 2 (Continuación)

Trabajo Actual e Información de Ingresos

- Empleado** Si actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 20.
- Sin empleo:** Vaya a la pregunta 30.
- Por cuenta propia:** Vaya a la pregunta 29.

TRABAJO ACTUAL 1:

20. Nombre y dirección del empleador		21. Número de teléfono del empleador () -
22. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	23. Horas promedio trabajadas cada SEMANA

TRABAJO ACTUAL 2: (Si usted tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

24. Nombre y dirección del empleador		25. Número de teléfono del empleador () -
26. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	27. Horas promedio trabajadas cada SEMANA

28. **En el último año, la PERSONA 2:** Cambió de trabajo Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas Ninguno de estos

29. Si trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:

- a. Tipo de trabajo: _____
- b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias una vez que se han cubierto los gastos de su negocio) que recibirá por trabajar por cuenta propia este mes? \$ _____

30. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe.

NOTA: No necesita decirnos sobre la pensión para menores, pago a veteranos o Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI).

<input type="checkbox"/> Ninguno				
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Neto por actividades agrícolas/pesca	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Pensiones	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Neto por rentas/regalías	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Seguro Social	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Cuentas de retiro	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	Tipo: _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____		

31. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe. Si la PERSONA 2 paga por ciertas cosas que pueden deducirse en la declaración de impuestos federales, al darnos esta información el costo de la cobertura de salud pudiera ser un poco menor.

NOTA: No debería incluir un costo que ya consideró en su respuesta sobre el ingreso neto al trabajar por cuenta propia (pregunta 29b).

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otras deducciones	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Intereses por préstamo estudiantil	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	Tipo: _____	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____

32. **INGRESO ANUAL:** Complete solamente si el ingreso de la PERSONA 2 cambia de mes a mes.

Si no espera cambios en el ingreso mensual de la PERSONA 2, añada otra persona o pase a la sección siguiente. ➔

Ingreso total de la PERSONA 2 este año \$	Ingreso total de la PERSONA 2 para el próximo año (si considera que será diferente) \$
--	---

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre la PERSONA 2.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite njfamilycare.org o llámenos al **1-800-701-0710**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-701-0710**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-701-0710**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-701-0720**.

PASO 3

Miembro(s) Indígenas americanos o nativos de Alaska (AI/AN) de una familia

1. ¿Es usted o algún miembro de su familia Indígenas americanos o nativos de Alaska?

- NO.** Si la respuesta es no, vaya al Paso 4.
 sí. Si la respuesta es sí, vaya al Apéndice B.

PASO 4

Su Cobertura de Salud Familiar

Conteste estas preguntas para cualquiera que necesite cobertura de salud.

1. ¿Hay alguna persona registrada ahora en alguna de las siguientes coberturas de salud?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> sí. Si la respuesta es sí, verifique el tipo de cobertura y escriba el(los) nombre(s) de la(s) persona(s) junto a la cobertura que tiene(n). | <input type="checkbox"/> NO. |
| <input type="checkbox"/> Medicaid _____ | <input type="checkbox"/> Seguro por el empleador: _____
Nombre del seguro de salud: _____
Número de la póliza: _____
¿Es esta una cobertura COBRA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es un plan de salud para jubilados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> NJ FamilyCare _____ | <input type="checkbox"/> Otro
Nombre del seguro de salud: _____
Número de la póliza: _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicare _____ | ¿Es este un plan de beneficios limitados (como una póliza de accidentes escolares)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> TRICARE (No la marque si tiene atención médica directa o en Cumplimiento de su Deber) _____ | |
| <input type="checkbox"/> Programas de atención de la salud VA _____ | |
| <input type="checkbox"/> Cuerpo de Paz _____ | |

2. ¿A alguna persona que se indica en esta solicitud se le ofreció cobertura de salud en su empleo?

Marque sí, aún cuando la cobertura es del trabajo de alguien más, como uno de los padres o cónyuge.

- sí.** Si la respuesta es sí, tendrá que pedir a su empleador que complete el Apéndice A y lo envíe de regreso a la dirección proporcionada.
 NO. Si la respuesta es no, vaya al paso 5.

PASO 5

Elija su plan de salud

Seleccione un Plan de salud (Health Plan) de la lista de abajo. Si no lo selecciona ahora, tendrá la oportunidad de seleccionar un Plan de salud antes de que ocurra la inscripción. Usted debe estar inscrito en un Plan de salud para recibir todos los servicios ofrecidos a través de NJ FamilyCare. El Plan de salud seleccionado solo aplica si usted es elegible para recibir NJ FamilyCare. Si necesita ayuda para seleccionar su Plan de salud, comuníquese marcando el 1-800-701-0710.

- AMERIGROUP** (disponible en TODOS los condados; excepto el condado de Salem)
 Healthfirst NJ (disponible en los condados de Atlantic, Bergen, Essex, Hudson, Mercer, Middlesex, Morris, Passaic, Somerset, Sussex, Union y Warren SOLAMENTE)
 Horizon NJ Health (disponible en TODOS los condados)
 UnitedHealthcare Community Plan (disponible en TODOS los condados)
 WellCare Health Plans of New Jersey (están disponibles en los condados Essex, Hudson, Middlesex, Passaic y Union)

Entiendo que si se me encuentra elegible y debido a que me he afiliado a un plan de salud, debo seguir las reglas para obtener atención médica del plan de salud. Entiendo que debo informar a mi plan de salud y NJ FamilyCare si hay cualquier cambio en el número de personas en mi familia y sobre todo niño recién nacido que será inscrito en mi plan de salud. Entiendo que, a menos que yo o un familiar, tenga una emergencia médica verdadera, debo llamar a mi médico personal para obtener consejo médico, atención médica o para una referencia a un especialista. Entiendo que si yo o un familiar, tiene una emergencia médica verdadera, debo llamar a mi médico personal o al plan de salud tan pronto como sea posible después de que yo, o el familiar, vaya al hospital. Entiendo que debo asistir a todas las citas médicas que he programado con un médico y, si no puedo, debo llamar al consultorio del médico para cancelar la cita. Entiendo que si voy a un médico que no sea mi médico personal que he seleccionado, sin una referencia de mi médico o la aprobación del plan de salud, puede que tenga que pagar por los servicios de ese médico porque NJ FamilyCare no pagará por el servicio o la visita no aprobada. Entiendo que puedo cambiar a otro plan de salud y que puedo llamar al Coordinador de beneficios de salud para que me ayude a hacerlo. Doy permiso para la divulgación de mi historial médico y mis expedientes médicos y los de mis familiares que serán inscritos, a cualquier persona en el plan de salud y a sus proveedores quienes deberán brindar o coordinar atención médica para mí y mi familia, siempre y cuando yo sea miembro del plan de salud.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite njfamilycare.org o llámenos al **1-800-701-0710**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-701-0710**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-701-0710**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-701-0720**.

PASO 6 **Lea y firme esta solicitud.**

- Entiendo que el programa NJ FamilyCare puede usar o divulgar información de salud protegida sobre mí o mis hijos si la ley federal de privacidad lo requiere o lo permite, o si la ley estatal lo requiere.
- Estoy firmando esta solicitud bajo pena de perjurio lo que significa que he contestado con la verdad a todas las preguntas de este formulario según mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a multas bajo la ley federal y estatal si proporciono información falsa o que no sea verdadera.
- Sé que debo informar a NJ FamilyCare si algo cambia o pasa a ser diferente de lo que escribí en esta solicitud. Puedo visitar njfamilycare.org o llamar al **1-800-701-0710** para informar de los cambios. Entiendo que un cambio en mi información pudiera afectar la elegibilidad para miembros de mi hogar.
- Sé que según la ley federal, no se permite la discriminación en base a la raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o incapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación visitando www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Autorizo a que la División de Tributación de NJ (NJ Division of Taxation) divulgue mi información de declaración de impuestos a NJ FamilyCare.
- Además autorizo a que cualquier institución educativa o distrito escolar divulgue mis expedientes médicos o los de mis hijos al programa NJ FamilyCare con el fin de determinar elegibilidad y cobrar al programa.
- Confirmando que ninguna persona solicitando seguro de salud en esta solicitud ha estado encarcelada (detenida o en prisión). Si no, _____ está encarcelado(a).
 (nombre de la persona)

Necesitamos esta información para verificar su elegibilidad para obtener ayuda con el pago de cobertura de salud si elige presentar una solicitud. Verificaremos sus respuestas usando información de nuestras bases de datos electrónicas y bases de datos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service) (IRS), Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional (Department of Homeland Security), División de tributación de NJ, y/o una agencia de reporte para consumidores. Si la información no concuerda, le podemos pedir que nos envíe prueba.

Renovación de cobertura en los próximos años

Para hacer más fácil la determinación de mi elegibilidad para ayuda con el pago de cobertura de salud en los próximos años, acepto permitir que NJ FamilyCare use datos sobre ingresos, incluso información de las declaraciones de impuestos. NJ FamilyCare me enviará un aviso, me permitirá hacer cambios, y puedo elegir no participar en cualquier momento.

Si cualquiera en esta solicitud es elegible para NJ FamilyCare

- Doy a la agencia NJ FamilyCare nuestros derechos a buscar y obtener cualquier dinero de otro seguro de salud, arreglos legales u otros terceros. Además doy a la agencia NJ FamilyCare los derechos a buscar y obtener manutención médica de un cónyuge o padre/madre.
- ¿Tiene algún niño en esta solicitud a uno de sus padres viviendo fuera del hogar? Sí No
- Si la respuesta es sí, sé que se me pedirá cooperar con la agencia que cobra manutención médica de un padre ausente. Si creo que cooperar para cobrar manutención médica me hará daño o hará daño a mis hijos, puedo decirle a NJ FamilyCare y puede que no tenga que cooperar.

Mi derecho a apelar

Si creo que NJ FamilyCare ha cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa decir a alguien en NJ FamilyCare que creo que la acción está equivocada, y pedir una revisión justa de la acción. Sé que puedo determinar cómo apelar comunicándome con NJ FamilyCare llamando al **1-800-701-0710**. Sé que otra persona me puede representar en el proceso. Se me explicará mi elegibilidad y otra información importante.

requerida en el Apéndice C.

Firma	Fecha (mm/dd/aaaa)
-------	--------------------

PASO 7 **Envíe por correo su solicitud completada.**

Envíe por correo su solicitud firmada a:

NJ FamilyCare
PO BOX 8367
TRENTON, NJ 08650-9802

Si desea registrarse para votar, puede llenar un formulario de registro de votantes visitando <http://www.state.nj.us/state/elections/voting-information-voter-registration-forms.html>



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite njfamilycare.org o llámenos al **1-800-701-0710**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-701-0710**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-701-0710**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-701-0720**.

APÉNDICE A

Cobertura de Salud de Trabajos

Usted **NO** necesita contestar estas preguntas a menos que alguna persona de la casa sea elegible para la cobertura de salud de un trabajo. Adjunte una copia de esta página para cada trabajo que ofrece cobertura.

Díganos acerca del **trabajo** que ofrece la cobertura.

Es necesario que incluya esta página cuando envíe su solicitud.

Información del EMPLEADO

1. Nombre del empleado (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	2. Número de Seguro Social del Empleado ____ - ____ - _____
--	--

Información del EMPLEADOR

3. Nombre del empleador	4. Número de Identificación del empleador (EIN) ____ - _____	
5. Dirección del empleador	6. Número de teléfono del empleador () -	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código Postal
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud del empleado en este trabajo?		
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior) () -	12. Dirección de correo electrónico	

13. **¿Actualmente es elegible para la cobertura ofrecida por este empleador, o será elegible en los próximos 3 meses?**

Sí (Continuar)

13a. Si usted está en un período de espera o de prueba, ¿cuándo puede registrarse en la cobertura? _____
 (mm/dd/aaaa)

Indique los nombres de otras personas que son elegibles para la cobertura médica de este trabajo.

Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____

No (Pare aquí y vaya al Paso 5 de la solicitud)

Díganos sobre el plan de salud que ofrece este empleador.

14. ¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumpla con el estándar mínimo de valor*? Sí No

15. Para el plan de menor costo que cumple el estándar mínimo de valor* ofrecido **solamente al empleado** (no incluye planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, provea la prima que el empleado pagaría si él/ella recibiera el máximo descuento por cualquiera de los programas para dejar de fumar y no recibió ningún otro descuento basado en los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas para este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes
 Una vez al mes Trimestralmente Anualmente

16. ¿Qué cambio hará el empleador para el año nuevo del plan? (si se conoce)

El empleador no ofrecerá cobertura de salud

El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo disponible sólo para el empleado que cumpla con el estándar mínimo de valor.* (La prima deberá reflejar el descuento por los programas de bienestar. Ver la pregunta 15.)

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas para este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes
 Una vez al mes Trimestralmente Anualmente

c. Fecha del cambio (mm/dd/aaaa): _____

*Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar mínimo de valor" si la parte del total de los costos de beneficios asignados cubiertos por el plan no es menor del 60 por ciento de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986)



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite njfamilycare.org o llámenos al **1-800-701-0710**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-701-0710**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-701-0710**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-701-0720**.

APÉNDICE B

Miembro de la Familia Indígena americano o nativo de Alaska (AI/AN)

Complete este apéndice si usted o un miembro de su familia es indígena americano o nativo de Alaska. Presente con este documento su Solicitud para la Cobertura de salud y Ayuda para el Pago de Costos.

Díganos sobre el (los) (miembro(s) de la familia que son indígenas americanos o nativos de Alaska.

Los indígenas americanos o nativos de Alaska pueden obtener los beneficios de los Servicios de Salud para indígenas, los programas de salud tribales o los programas de salud urbanos para indígenas. Es posible que tampoco tengan que pagar parte puedan conseguir períodos especiales mensuales para su inscripción. Responda las preguntas siguientes para asegurarse que su familia reciba la mayor ayuda posible.

NOTA: Si tiene que incluir a más personas, haga una copia de esta página y adjúntela.

	AI/AN PERSONA 1		AI/AN PERSONA 2	
1. Nombre (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)	Primer nombre	Segundo nombre	Primer nombre	Segundo nombre
	Apellido		Apellido	
2. ¿Miembro de una tribu federalmente reconocida?	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es sí, Nombre de la tribu _____ <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si la respuesta es sí, Nombre de la tribu _____ <input type="checkbox"/> No	
3. ¿Alguna vez esta persona ha recibido un servicio del Servicio de Salud para indígenas, de un programa de salud tribal, o un programa de salud urbano para indígenas, o mediante una referencia de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, ¿Es elegible esta persona para obtener los servicios del Servicio de Salud para indígenas, de los programas de salud tribales, o programas de salud urbanos para indígenas, o mediante una referencia de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, ¿Es elegible esta persona para obtener los servicios del Servicio de Salud para indígenas, de los programas de salud tribales, o programas de salud urbanos para indígenas, o mediante una referencia de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. Es posible que cierta cantidad de dinero recibida no cuente para NJ FamilyCare. Indique todos los ingresos (cantidad y frecuencia) reportados en su solicitud que incluyan las cantidades de estas fuentes:	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ • Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, rentas o regalías • Pagos de recursos naturales, agrícolas, ranchos, pesca, rentas o regalías de la tierra designada como fideicomiso de indígenas por el Departamento del Interior (incluyendo reservas y anteriores reservas) • Dinero de la venta de cosas que tienen una importancia cultural		\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	

APÉNDICE C

Asistencia para Completar esta Solicitud

Puede seleccionar un representante autorizado.

Usted puede autorizar a una persona de su confianza para hablar con nosotros sobre la solicitud, ver la información que contiene y actuar por usted en asuntos relacionados con esta solicitud, incluso obtener información acerca de su solicitud y firmarla en su nombre. A esta persona se le conoce como "representante autorizado". Si en algún momento cambia a su representante autorizado, debe comunicárselo al Mercado de seguros. Si usted es un representante designado legalmente para alguien en esta solicitud, presente evidencia con la solicitud.

1. Nombre del representante autorizado (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)		
2. Dirección		3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado	6. Código Postal
7. Número de teléfono () -		
8. Nombre de la organización		
9. Número de identificación (ID) (si corresponde)		
Con su firma, usted autoriza a esta persona a obtener información sobre la solicitud, firmarla y a representarlo en todos los asuntos futuros relacionados con esta agencia.		
10. Su firma		11. Fecha (mm/dd/aaaa)

Para consejeros certificados de solicitudes, navegadores, agentes y corredores solamente.

Complete esta sección si usted es un consejero certificado de solicitudes, navegador, agente o corredor que llena esta solicitud para alguien más.

1. Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/aaaa)
2. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo
3. Nombre de la organización
4. Número de identificación (ID)

