

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 de impuestos 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.
- Solicite la cobertura aún si usted o su hijo ya tienen cobertura de salud.
- Si es soltero, usted podría poder usar un formulario corto. Visite njfamilycare.org.
- Las familias que incluyen inmigrantes pueden solicitar la cobertura. Puede solicitarla para su hijo aún si usted no es elegible. Solicitar la cobertura 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 ayudarlo. 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**.

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.

Planificación familiar (Programa Plan First)

Si cualquier persona en esta solicitud **no es elegible** para NJ FamilyCare, ¿quiere que se le evalúe para los servicios de planificación familiar (Programa Plan First)?

Sí Marque aquí para que a todos los solicitantes en esta solicitud se les evalúe para los **servicios de planificación familiar**.

Plan First es un programa para mujeres y hombres que proporciona únicamente servicios de planificación familiar y conexos (como control de la natalidad y atención de la salud reproductiva). Los servicios de planificación familiar no proporcionan cobertura de atención de la salud esencial mínima (como la atención de rutina).

¿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.

PASO 2: PERSONA 1 (Comience con usted)

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja e hijos que viven con usted y/o cualquier otra persona que figure en su misma declaración federal de impuestos, si presenta una. Vea la página 1 para obtener información adicional sobre las personas que debe incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, no olvide 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. Estado de ciudadanía: <input type="checkbox"/> Ciudadano o nacional de Estados Unidos <input type="checkbox"/> Ciudadano naturalizado o derivado (nacido fuera de EE.UU.) Si es ciudadano naturalizado o derivado, introduzca el núm. de USCIS _____ y el núm. de certificado _____ Tipo de certificado: <input type="checkbox"/> Certificado de naturalización <input type="checkbox"/> Certificado de ciudadanía Si no es ciudadano, ¿tiene un estatus migratorio elegible? Ejemplos de estatus migratorio elegible son: • Menor de 21 años de edad o mujer embarazada: Vive legalmente en Estados Unidos. • Adulto: Residente permanente legal durante 5 años <u>O</u> no ciudadano calificado, como refugiado o asilado. <input type="checkbox"/> Sí, introduzca la información a continuación: <input type="checkbox"/> No Tipo de su documento de inmigración _____ Tipo de estatus (opcional) _____ Su nombre, como aparece en el documento de inmigración _____ Número de USCIS o I-94 _____ Número de tarjeta o pasaporte _____ Identificación de SEVIS o fecha de vencimiento (opcional) _____ Otro (código de categoría o país de origen) _____ a. ¿Ha vivido en Estados Unidos desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b. ¿Es usted, o su cónyuge o padre o madre, un(a) veterano(a) o miembro en activo de las fuerzas armadas de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
6. Número de seguro social (Social Security Number; SSN) _____ Si no tiene número de seguro social, ¿lo ha solicitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Introduzca la razón: <input type="checkbox"/> No lo necesita para trabajar <input type="checkbox"/> Razones religiosas <input type="checkbox"/> No es elegible Si tiene un Número de Seguro Social (Social Security Number; SSN), proporcionar ese número y el de otros integrantes de su hogar puede acelerar el proceso de solicitud. Utilizamos el SSN para comprobar los ingresos y otra información para determinar quién en su hogar reúne los requisitos para obtener la cobertura de salud. Si alguien desea ayuda para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778) o visite socialsecurity.gov. Si usted no tiene un SSN, usaremos otros documentos para tramitar su solicitud.	

7a. **Marque este recuadro si planea declarar impuestos federales sobre los ingresos el PRÓXIMO AÑO.**
 (Puede solicitar seguro de salud aunque no declare sus impuestos federales sobre los ingresos.)
¿Declarará en conjunto con su cónyuge? Sí No
Si contesta sí, nombre del cónyuge: _____
 ¿Declarará dependientes en su declaración de impuestos? Sí No
Si contesta sí, escriba el nombre del o los dependientes: _____

7b. **Marque este recuadro si alguien le declarará a usted como dependiente en la declaración de impuestos federales de ese contribuyente.**
Si contesta sí, indique el nombre de ese contribuyente: _____
 ¿Cuál es su relación con ese contribuyente? _____

8. ¿Está embarazada? Sí No
 a. **Si contesta sí**, ¿Cuántos bebés espera tener de este embarazo? _____ Fecha estimada de parto _____

9. **¿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.

10. ¿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

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

12. ¿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

13. ¿Es estudiante de tiempo completo? Sí No

14. ¿Estuvo en un hogar de acogida a los 18 años o más? Sí No

Sus respuestas a las preguntas sobre raza y etnicidad pueden ayudarnos a servir mejor a la comunidad. No afectarán su elegibilidad para obtener la cobertura ni los servicios que puede recibir.

15. **Raza (Marque todas las que correspondan)** Prefiero no contestar

<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> India asiática	<input type="checkbox"/> Coreana	<input type="checkbox"/> Guameña o chamorra	<input type="checkbox"/> Otra: _____
<input type="checkbox"/> Indígena americana o Nativa de Alaska (Complete el Apéndice B)	<input type="checkbox"/> China	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Nativa de Hawái	
<input type="checkbox"/> Negra o afroamericana	<input type="checkbox"/> Filipina	<input type="checkbox"/> Otra asiática:	<input type="checkbox"/> Samoana	
	<input type="checkbox"/> Japonesa	<input type="checkbox"/> De otra Isla del Pacífico: _____		

16. **Etnicidad (Marque todas las que correspondan)** Prefiero no contestar

<input type="checkbox"/> Mexicana, mexicana americana, Chicana	<input type="checkbox"/> Puertorriqueña	<input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino o español
<input type="checkbox"/> Cubana	<input type="checkbox"/> No soy de origen hispano, latino o español	

PASO 2: PERSONA 1

(Continuación)

Trabajo Actual e Información de Ingresos

Empleado Si actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 17.

Sin empleo: Vaya a la pregunta 27.

Por cuenta propia: Vaya a la pregunta 26.

TRABAJO ACTUAL 1:

17. Nombre y dirección del empleador	18. Número de teléfono del empleador () -
19. 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	20. Horas promedio trabajadas cada SEMANA

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

21. Nombre y dirección del empleador	22. Número de teléfono del empleador () -
23. 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	24. Horas promedio trabajadas cada SEMANA

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

26. 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? \$ _____

27. 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? _____ |

28. 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 |
| <input type="checkbox"/> Intereses por préstamo estudiantil | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ | Tipo: _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ |

29. 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.

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 Hombre Mujer

5. Estado de ciudadanía: Ciudadano o nacional de Estados Unidos Ciudadano naturalizado o derivado (nacido fuera de EE.UU.)

Si es ciudadano naturalizado o derivado, introduzca el núm. de USCIS _____ y el núm. de certificado _____

Tipo de certificado: Certificado de naturalización Certificado de ciudadanía

Si no es ciudadano, ¿la PERSONA 2 tiene un estatus migratorio elegible? Ejemplos de estatus migratorio elegible son:

- Menor de 21 años de edad o mujer embarazada: Vive legalmente en Estados Unidos.
- Adulto: Residente permanente legal durante 5 años o no ciudadano calificado, como refugiado o asilado.
 Sí, introduzca la información a continuación: No

Tipo de su documento de inmigración _____ Tipo de estatus (opcional) _____

Nombre de la PERSONA 2 como aparece en el documento de inmigración _____

Número de USCIS o I-94 _____ Número de tarjeta o pasaporte _____

Identificación de SEVIS o fecha de vencimiento (opcional) _____ Otro (código de categoría o país de origen) _____

a. ¿La PERSONA 2 ha vivido en Estados Unidos desde 1996? Sí No

b. ¿Es la PERSONA 2, o su cónyuge o padre o madre, veterano o miembro en activo de las fuerzas armadas de EE.UU.? Sí No

6. Número de seguro social (SSN) _____ **Necesitamos esto si la Persona 2 quiere la cobertura de salud y tiene número de seguro social.**

Si no tiene número de seguro social, ¿la PERSONA 2 ha solicitado uno? Sí No Introduzca la razón:

No lo necesita para trabajar Razones religiosas No es elegible

Si tiene un Número de Seguro Social (Social Security Number; SSN), proporcionar ese número y el de otros integrantes de su hogar puede acelerar el proceso de solicitud. Utilizamos el SSN para comprobar los ingresos y otra información para determinar quién en su hogar reúne los requisitos para obtener la cobertura de salud. Si alguien desea ayuda para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778) o visite socialsecurity.gov. Si usted no tiene un SSN, usaremos otros documentos para tramitar su solicitud.

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

8a. **Marque este recuadro si la PERSONA 2 piensa presentar una declaración federal de impuestos sobre el ingreso el PRÓXIMO AÑO.** (Usted puede solicitar el seguro de salud aún si no presenta una declaración del impuesto federal.)

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

Si la respuesta es sí, nombre del cónyuge: _____

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

Si la respuesta es sí, indique los nombres de los dependientes: _____

8b. **Marque este recuadro si la PERSONA 2 planea que otra persona le reclame como dependiente en la declaración federal de impuestos de esa persona.**



Si la respuesta es sí, indique el nombre del contribuyente? _____

¿Cuál es la relación de la PERSONA 2 con el contribuyente? _____

9. ¿Está la PERSONA 2 embarazada? Sí No

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

10. ¿Necesita la PERSONA 2 cobertura médica?

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.  Deje el resto de esta página en blanco.

11. ¿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

12. ¿Desea la PERSONA 2 ayuda para pagar sus facturas médicas de los últimos 3 meses? Sí No

13. ¿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

14. ¿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:

15. ¿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: _____

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

Sus respuestas a las preguntas sobre raza y etnicidad pueden ayudarnos a servir mejor a la comunidad. No afectarán su elegibilidad para obtener la cobertura ni los servicios que puede recibir.

17. **Raza (Marque todas las que correspondan)** Prefiero no contestar

<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> India asiática	<input type="checkbox"/> Coreana	<input type="checkbox"/> Guameña o chamorra	<input type="checkbox"/> Otra: _____
<input type="checkbox"/> Indígena americana o Nativa de Alaska (Complete el Apéndice B)	<input type="checkbox"/> China	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Nativa de Hawái	
<input type="checkbox"/> Negra o afroamericana	<input type="checkbox"/> Filipina	<input type="checkbox"/> Otra asiática:	<input type="checkbox"/> Samoana	
	<input type="checkbox"/> Japonesa	<input type="checkbox"/> De otra Isla del Pacífico: _____		

18. **Etnicidad (Marque todas las que correspondan)** Prefiero no contestar

<input type="checkbox"/> Mexicana, mexicana americana, Chicana	<input type="checkbox"/> Puertorriqueña	<input type="checkbox"/> Cubana	<input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino o español	<input type="checkbox"/> No soy de origen hispano, latino o español
--	---	---------------------------------	--	---

PASO 2: PERSONA 2 (Continuación)

Trabajo Actual e Información de Ingresos

Empleado Si actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 19.

Sin empleo: Vaya a la pregunta 29.

Por cuenta propia: Vaya a la pregunta 28.

TRABAJO ACTUAL 1:

19. Nombre y dirección del empleador		20. Número de teléfono del empleador () -
21. 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	22. Horas promedio trabajadas cada SEMANA

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

23. Nombre y dirección del empleador		24. Número de teléfono del empleador () -
25. 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	26. Horas promedio trabajadas cada SEMANA

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

28. 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? \$ _____

29. **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? _____		

30. **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? _____			

31. **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.

PASO 3 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?

- 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). **NO.**
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medicaid _____ | <input type="checkbox"/> Seguro por el empleador _____ |
| <input type="checkbox"/> NJ FamilyCare _____ | Nombre del seguro de salud: _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicare _____ | Número de la póliza: _____ |
| <input type="checkbox"/> TRICARE (No la marque si tiene atención médica directa o en Cumplimiento de su Deber) | ¿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"/> Programas de atención de la salud VA | <input type="checkbox"/> Otro |
| _____ | Nombre del seguro de salud: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cuerpo de Paz | Número de la póliza: _____ |
| _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Plan First (planificación familiar) | ¿Es esta un plan de beneficios limitados (como una póliza de accidentes escolares)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| _____ | _____ |

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 4.

PASO 4 Elija su plan de salud

Si necesita ayuda para seleccionar su Plan de salud, comuníquese con un Coordinador de Beneficios de Salud llamando al 1-800-701-0710, TTY 711.

Elija uno:

- Aetna Better Health® of New Jersey** (disponible en TODOS los condados)
- Amerigroup New Jersey, Inc.** (disponible en TODOS los condados)
- Horizon NJ Health** (disponible en TODOS los condados)
- UnitedHealthcare Community Plan** (disponible en TODOS los condados)
- WellCare Health Plans of New Jersey** (disponible en TODOS los condados excepto el condado de Hunterdon)

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.

FOR OFFICE USE ONLY

Name _____ Policy # _____

PASO 5 Lea y firme esta solicitud.

Los derechos y las responsabilidades de solicitantes y beneficiarios

Antes de firmar este documento, por favor lea los derechos y las responsabilidades que se describen abajo. Si hay algo que no entiende o sobre lo cual tiene dudas, por favor solicite que se lo aclaren.

- Si soy una tercera persona que hago esta solicitud en representación de otra persona, según queda evidenciado en el formulario Designación de Representante Autorizado debidamente llenado, mi firma abajo indica que el o la solicitante ha examinado esta solicitud o que se le ha leído y que, a mi mejor saber y entender, los datos son verdaderos y completos. Entiendo que, como tercero, se me podría sancionar penalmente por proporcionar información falsa a sabiendas.
- Entiendo que toda información que proporcione está sujeta a que la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud (Division of Medical Assistance and Health Services; DMAHS) para el programa Medicaid/NJ FamilyCare —llamado en esta solicitud “NJ FamilyCare”— del Departamento de Servicios Humanos (DHS) de New Jersey la verifique. Entiendo que mis beneficios médicos podrían reducirse, negarse o cancelarse debido a la información que se obtenga mediante esta verificación.
- Entiendo que mi situación está sujeta a verificación por parte de empleadores, fuentes financieras y otros terceros. Por la presente autorizo a NJ FamilyCare a comunicarse con cualquier persona u otra fuente que pudiera tener conocimientos sobre mis circunstancias, o las circunstancias de las personas según se requiera para esta solicitud, con el fin de verificar las declaraciones que he realizado. Autorizo a terceros a que compartan información sobre mí con el Estado, los contratistas estatales y el personal del condado que realicen las investigaciones. Estos terceros incluyen, entre otros, instituciones financieras, entidades de informes de crédito, arrendadores, entidades de vivienda pública, escuelas, compañías de servicios públicos, agencias aseguradoras, empleadores, otras agencias gubernamentales y otros, según sea necesario. Además, autorizo a las autoridades de impuestos a que den a conocer la información de mis impuestos y copias de mis declaraciones de impuestos.
- Entiendo que el DHS, incluidas sus Divisiones operativas, agencias que determinan la elegibilidad, los contratistas gubernamentales y otras agencias estatales apropiadas de New Jersey pueden intercambiar información relacionada con la cobertura para asistir con esta solicitud, la inscripción, la administración y la facturación de los servicios.
- Entiendo que DMAHS tiene la autoridad para presentar una reclamación y gravamen contra el caudal hereditario de un beneficiario de Medicaid fallecido, o de un ex-beneficiario, para recuperar todos los pagos realizados por NJ FamilyCare en representación de un beneficiario para pagar la cobertura de atención de la salud a los 55 años de edad o posteriormente, independientemente de si esos servicios se recibieron. Al caudal hereditario de un beneficiario de NJ FamilyCare podría requerírsele pagar dichos beneficios al DMAHS. Esto incluye pagos mensuales a, por ejemplo, una entidad de atención administrada para obtener cobertura de salud que usted no haya podido usar en cualquier mes. Puede encontrar más información sobre Recuperación de caudales hereditarios en línea en: www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/The_NJ_Medicaid_Program_and_Estate_Recovery_What_You_Should_Know.pdf
- Acepto informar a la agencia de determinación de elegibilidad inmediatamente de todo cambio en la información proporcionada en esta solicitud, incluida, entre otra, la siguiente:
 - 1) Si cualquier persona que recibe beneficios de salud se muda fuera de New Jersey;
 - 2) Cambios en donde vivimos, en donde recibimos nuestra correspondencia o en cualquier otra información de contacto;
 - 3) Cambios en otra cobertura de seguro de salud;
 - 4) Cambios en ingresos y/o recursos;
 - 5) Mejoramiento en el padecimiento médico, si tiene discapacidad;
 - 6) Matrimonio, divorcio o fallecimiento de un cónyuge;
 - 7) Adición o pérdida de un integrante de su hogar, incluido el embarazo;
 - 8) Venta o transferencia de mi hogar u otra propiedad; o,
 - 9) Demandas y herencias.

Entiendo que, de no informar de cambios en la información establecida en la solicitud, incluidos los indicados arriba, la cobertura/los beneficios se podrían pagar incorrectamente y podría tener que reembolsar al Estado de New Jersey por esa cobertura/esos beneficios.

- Entiendo que el resultado de esta solicitud puede darse a conocer a cualquier proveedor que haya proporcionado servicios al o la solicitante/beneficiario durante el periodo cubierto por la solicitud.
- Entiendo que, como condición de tener cobertura bajo Medicaid/NJ FamilyCare, he asignado al Comisionado del Departamento de Servicios Humanos todo derecho al apoyo que reciba con fines de atención médica según lo determine un tribunal u orden administrativa y todo derecho a los pagos para atención médica provenientes de cualquier tercero, incluidos, entre otros, otros seguros de salud, acuerdos extrajudiciales u otros terceros. Acepto dar a conocer toda información médica que el programa NJ FamilyCare, u otros, necesiten con fines de pagar o recibir pago de cobros médicos. Acuerdo a ayudar a obtener apoyo y pagos médicos de cualquiera que sea responsable legalmente.
- Entiendo que puedo solicitar una audiencia de justicia si no quedo conforme con la determinación que se haya tomado acerca de mi solicitud.
- Yo podría ser elegible para obtener cobertura retroactiva de NJ FamilyCare por servicios médicos cubiertos no pagados que haya recibido de proveedores en el plan Honorarios-por-Servicio de Medicaid durante los tres (3) meses anteriores a esta solicitud. Además, entiendo que estos beneficios retroactivos sólo se aplicarán al mes o meses en que cumpla con los requisitos de elegibilidad.
- Entiendo que a una persona sólo se le permite retener cierta cantidad en recursos, dependiendo de los requisitos de elegibilidad del programa. Entiendo que, si estoy solicitando servicios y apoyos de largo plazo o servicios basados en un

Paso 5 - Los derechos y las responsabilidades de solicitantes y beneficiarios

- nivel de atención institucional, NJ FamilyCare examinará las transferencias de recursos que se produjeron dentro del período retrospectivo de 5 años antes, y en cualquier momento después, de la primera fecha en que solicité beneficios.
- Para re-determinar mi elegibilidad en NJ FamilyCare en el futuro, acuerdo autorizar a NJ FamilyCare a que use mis datos de ingreso, incluida la información de impuestos. En el momento de la renovación, NJ FamilyCare me enviará un aviso de renovación y me permitirá indicar todo cambio en la información de elegibilidad de mi hogar o la mía, y puedo retirar mi petición de beneficios por escrito en cualquier momento.
 - Entiendo que, si algunas o todas las personas que solicitan beneficios no califican para la cobertura de atención de la salud de NJ FamilyCare, podrían ser elegibles para recibir beneficios federales y/o pueden explorar las opciones de cobertura de atención de la salud privadas mediante el Mercado de Seguros de Salud de New Jersey (New Jersey's Health Insurance Marketplace; Marketplace) en **GetCovered.NJ.gov**. Si éste es el caso, autorizo a NJ FamilyCare y a sus contratistas a que proporcionen al Marketplace la información contenida en esta solicitud.
 - Confirmando que he leído y entendido la NJ FamilyCare Privacy Policy (Política de privacidad de NJ FamilyCare) disponible en línea en: <https://njfc.force.com/familycare/NJPrivacyNotice> y el Notice of Privacy Practices (Aviso de prácticas de privacidad) disponible en línea en: www.njfamilycare.org/docs/NJFC-HIPAA.pdf
 - Entiendo que NJ FamilyCare puede usar o dar a conocer la información de salud protegida sobre mí o mis hijos, si las leyes federales o estatales de privacidad lo requieren o lo permiten.
 - Autorizo a mi empleador a que dé a conocer la información de beneficios de salud a la Oficina de Apoyos para Primas de NJ FamilyCare.
 - Obedeceré la ley y los reglamentos de NJ FamilyCare.
 - Sé que, en virtud de la ley federal, no se permite discriminar con base en la raza, el color, el país de procedencia, el sexo, la edad o la discapacidad. Puedo obtener más información, incluida la correspondiente a cómo presentar una queja de discriminación, leyendo NJ FamilyCare Non-Discrimination Statement (Declaración de no discriminación de NJ FamilyCare) disponible en línea en: www.njfamilycare.org/docs/ndc_english.pdf

NOTA: De conformidad con 42 U.S.C.1320b-7, presentar un número de seguro social (Social Security Number; SSN) es obligatorio. Los números de seguro social proporcionados (incluidos los del esposo o esposa, familiares o dependientes) se usarán para asociar los registros correspondientes a los solicitantes y a otras personas según sea necesario para determinar la elegibilidad, para verificar la identidad y el ingreso y para verificar otros registros financieros como información de cuentas bancarias, hasta donde sirvan para verificar la elegibilidad o el monto de los pagos de asistencia médica en virtud de 42 CFR 435.940 a 435.960, así como para prevenir la doble participación o que se paguen beneficios incorrectamente, ya sea los suyos o los de otras personas en su hogar. Los números de seguro social se usarán para la verificación asistida por computadora y en revisiones y auditorías de programas. Estos procedimientos están diseñados para determinar la elegibilidad y para identificar a personas que participan en forma fraudulenta o ilícita en los programas de Medicaid y DHS. Dichas personas pueden quedar sujetas a acción penal, reclamaciones administrativas y/o posible pérdida de todos los beneficios. El no solicitar un número de seguro social puede ocasionar la descalificación de Medicaid.

NJ FamilyCare cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina en base a raza, color, país de procedencia, sexo, edad o discapacidad. **Si usted habla cualquier otro idioma que no es el inglés, tiene a su disposición los servicios de asistencia con el idioma sin costo alguno.** Llame al 1-800-701-0710 (TTY: 711).

Firma del solicitante

La persona que llenó esta solicitud debe firmarla. Si es usted un representante autorizado, puede firmar aquí, siempre y cuando haya proporcionado el formulario de Designación de Representante Autorizado.

Al firmar abajo, certifico bajo pena de perjurio y juramento falso, que mis respuestas en esta solicitud son verdaderas, correctas y completas a mi mejor saber y entender. También certifico que:

- Comprendo las preguntas y declaraciones de esta solicitud.
- Comprendo que puedo quedar sujeto o sujeta a sanciones en virtud de la ley federal y estatal si proporciono información falsa o incorrecta.

Al firmar abajo, también certifico que he leído y que comprendo los derechos y las responsabilidades de los solicitantes y beneficiarios, incluidos.

Firma del solicitante

Fecha (mm/dd/aaaa)

Nombre del representante autorizado

Relación

Firma del representante autorizado

Fecha (mm/dd/aaaa)

Esta solicitud no puede considerarse hasta que la reciba la Agencia de Determinación de Elegibilidad.

PASO 6 Envíe por correo su solicitud completada.

Envíe por correo su solicitud firmada a:

**NJ FamilyCare
PO BOX 8367
TRENTON, NJ 08650-9802**

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 4 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 **711**.

APÉNDICE B

Miembro de una familia indígena americana o nativa 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 su 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 costos compartidos y puedan tener períodos especiales mensuales de 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 Apellido	Primer nombre Segundo nombre 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Declaración de no discriminación

Discriminar es contra la ley

NJ FamilyCare cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina con base en la raza, el color, la nacionalidad, el sexo, la edad o la discapacidad. NJ FamilyCare no excluye a las personas ni las trata en forma distinta debido a su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

NJ FamilyCare:

- Proporciona, sin cargo alguno, ayudas y servicios a las personas con discapacidades para que se comuniquen en forma eficaz con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Proporciona, sin cargo alguno, servicios de idiomas a las personas cuyo idioma primario no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, por favor comuníquese al 1-800-701-0710 (TTY: 711).

Si considera que NJ FamilyCare no ha proporcionado estos servicios o que ha discriminado de otra manera con base en la raza, el color, la nacionalidad, el sexo, la edad o la discapacidad, puede presentar una queja formal ante el Coordinador de Derechos Civiles de NJ mediante: NJ Civil Rights Coordinator, NJ Department of Human Services, Office of Legal and Regulatory Affairs, P.O. Box 700, Trenton, NJ 08625-0700, 1-888-347-5345 o correo electrónico: DHS-CO.OLRA@dhs.state.nj.us. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Coordinador de Derechos Civiles está disponible para asistirle.

También puede presentar una queja formal de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos mediante el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos para presentar quejas formales se encuentran en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Si usted habla cualquier otro idioma, tiene a su disposición sin costo alguno los servicios de asistencia con el idioma. Llame al 1-800-701-0710 (TTY: 711).

New Jersey Non-Discrimination Statement

NJ FamilyCare complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability. If you speak **any other language**, language assistance services are available at no cost to you. Call 1-800-701-0710 (TTY: 711).

Spanish. NJ FamilyCare cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina con base en la raza, el color, la nacionalidad, el sexo, la edad o la discapacidad. Si usted habla **español**, tiene a su disposición los servicios de asistencia con el idioma sin costo alguno. Llame al 1-800-701-0710 (TTY: 711).

Chinese. NJ FamilyCare 遵守适用的联邦人权法律，不会因为种族、肤色、原国籍、性别、年龄或残障而进行歧视。如果您讲中文，您可免费获得语言协助服务。请致电 1-800-701-0710 (TTY: 711)。

Korean. NJ FamilyCare는 적용되는 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 성별, 나이 또는 장애 여부에 따라 차별을 하지 않습니다. **한국어**를 쓰시는 경우, 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. 1-800-701-0710 (TTY: 711)으로 문의해 주십시오.

Portuguese. O NJ FamilyCare cumpre as leis federais aplicáveis de direitos civis e não discrimina com base em raça, cor, origem nacional, sexo, idade ou deficiência. Se você fala **português**, serviços linguísticos gratuitos estão à sua disposição. Ligue para 1-800-701-0710 (TTY: 711).

Gujarati. NJ FamilyCare, લાગુ પડતી ફેડરલ નાગરિક અધિકાર કાયદાઓનું પાલન કરે છે અને જાતિ, રંગ, રાષ્ટ્રીય મૂળ, લિંગ, વય અથવા અપંગતાને આધારે ભેદભાવ કરતું નથી. જો તમે ગુજરાતી બોલતા હોવ તો ભાષા સહાય સેવાઓ તમારે માટે ભિ:શુલ્ક ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-701-0710 (TTY: 711).

Polish. NJ FamilyCare przestrzega wszelkich obowiązujących przepisów federalnych dotyczących praw człowieka i nie dopuszcza się dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, płeć, wiek lub niepełnosprawność. Dla osób mówiących po **polsku** dostępna jest bezpłatna pomoc językowa. Prosimy zadzwonić pod numer 1-800-701-0710 (TTY: 711).

Italian. NJ FamilyCare si attiene a tutte le leggi federali per i diritti civili e non discrimina sulla base di etnia, colore, nazionalità, genere, età o disabilità. Se lei parla **Italiano**, sono a sua disposizione servizi gratuiti nella sua lingua. Chiami il numero 1-800-701-0710 (TTY: 711).

Arabic. تتلزم NJ FamilyCare بحقوق المدنية السارية ولا تميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو السن أو الإعاقة. إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية دون تحميلك أي تكلفة. اتصل بالرقم 1-800-701-0710 (TTY: 711).

Tagalog. Ang NJ FamilyCare ay tumutupad sa mga angkop na Pederal na batas ukol sa mga sibil na karapatan at hindi ito nagdidiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinanggalingan, kasarian, edad, o kapansanan. Kung nagsasalita ka ng **Tagalog**, makakakuha ka ng walang bayad na serbisyo ng tulong sa wika. Tumawag sa 1-800-701-0710 (TTY: 711).

Russian. Программа NJ FamilyCare действует в соответствии с федеральным законодательством о гражданских правах и не дискриминирует на основе расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, пола, возраста или инвалидности. Если вы говорите **по-русски**, то можете получить бесплатную языковую поддержку. Позвоните по номеру телефона 1-800-701-0710 (TTY: 711).

French Creole (Haitian Creole). NJ FamilyCare obeyi lwa federal konsènan dwa sivil e li pa diskrimine nonplis selon ras yo, koulè po yo, peyi kote yo sot, sèks, laj, oswa poutèt yo endikape. Si w pale **kreyòl**, gen sèvis asistans lang disponib pou w gratis. Rele nan 1-800-701-0710 (TTY : 711).

Hindi. NJ FamilyCare, लागू संधीय मानव अधिकार कानूनों का अनुपालन करता है और जाति, रंग, राष्ट्रीय मूल, लिंग, उम्र या विकलांगता के आधार पर भेदभाव नहीं करता है। यदि आप हिन्दी बोलते हैं तो, आपको भाषा सहायता सेवाएँ नि: शुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-701-0710 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Vietnamese. NJ FamilyCare tuân thủ theo luật dân quyền Liên Bang hiện hành và không kỳ thị dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, độ tuổi hoặc khuyết tật. Nếu quý vị nói **Tiếng Việt**, hiện có các dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Gọi số 1-800-701-0710 (TTY: 711).

French. NJ FamilyCare respecte les lois applicables aux États-Unis en matière de droits civiques et ne pratique aucune discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, le sexe, l'âge ou le handicap. Si vous parlez le **français**, vous pouvez bénéficier de services d'assistance linguistique gratuits. Appelez le 1-800-701-0710 (TTY : 711).

قومی اور نسل، رنگ، قومی نژاد، جنس، عمر یا معذوری کی بنیاد پر امتیاز نہیں کرتا۔ اگر آپ اردو بولتے ہیں تو زبان سے متعلق مدد کی خدمات آپ کے لیے مفت دستیاب ہیں۔ کال کیجیے 1-800-701-0710 (TTY: 711)۔



Oportunidad de Registro de Votantes

El Acta Nacional de Registro de Votantes de 1993 requiere que el Estado le dé la oportunidad de registrarse para votar como un servicio adicional ofrecido por esta oficina. Por favor complete el formulario siguiente para notificarle al agente si tiene interés o no de registrarse para votar en este momento.

Solicitar el registro o negarse a registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que le suministre esta agencia.

Si se niega a registrarse para votar en este momento, su decisión será confidencial y se usará sólo para fines del registro de votantes. Si se registra para votar, la forma en que lo haga será confidencial y será usada sólo para fines del registro de votantes.

Usted se puede registrar para votar en los siguientes casos:

- Es ciudadano(a) de Estados Unidos.
- Tendrá los 18 años cumplidos a más tardar en la fecha de las próximas elecciones.
- Será residente del Estado y el condado 30 días antes de las elecciones.
- NO está cumpliendo actualmente ninguna condena, libertad condicional ni libertad bajo fianza debido a una sentencia.

Si usted considera que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o no registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si debe registrarse o no, o al solicitar el registro de votación, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja en: NJ Division of Elections, (dirección postal) P.O. Box 304, Trenton, NJ 08625-0304; (ubicación de la oficina) 225 West State Street, 5th Floor, Trenton, NJ 08608, Tel: 609-292-3760, Fax: 609-777-1280, TTY: 1-800-292-0034, Elections.NJ.gov.

Si desea ayuda para llenar el formulario de solicitud de registro de votantes, con gusto le ayudaremos. Puede llamar a NJ FamilyCare al 1-800-356-1561. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede completar el formulario de solicitud en privado.

Puede enviar esta sección a NJ FamilyCare a: NVRA Liaison, PO 712, Trenton, NJ 08625-0712

Si no está registrado(a) para votar en donde vive actualmente, ¿le gustaría solicitar el registro de votación aquí y ahora?

Si

No

Ya estoy inscrito

SI NO MARCA UNA OPCIÓN, SE CONSIDERARÁ QUE DECIDIÓ NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

For Official Use

RTS

Initial



Nueva Jersey Solicitud de Inscripción de Votantes

33

Escriba en imprenta con tinta y letra clara. Toda la información es obligatoria a menos que esté marcada como opcional.

1 Marque las casillas <input type="checkbox"/> Inscripción nueva <input type="checkbox"/> Cambio de dirección <input type="checkbox"/> Afiliación a partido político que correspondan: <input type="checkbox"/> Cambio de nombre <input type="checkbox"/> Actualización de firma o cambio a no afiliación						PARA USO OFICIAL EXCLUSIVO
2 ¿Es ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si responde No, NO llene este formulario)		¿Tiene 17 años de edad como mínimo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si responde No, NO complete este formulario)				
3 Apellido		Primer nombre	Segundo nombre o inicial	Sufijo (Jr., Sr., III)		Nro. de inscripción:
4 Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)						Sello de hora de oficina
5 Número de licencia de conducir de NJ o Número de tarjeta de identificación para no conductores de MVC			Si usted NO tiene licencia de conducir de NJ o tarjeta de identificación para no conductores de MVC, indique los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social _____			
<input type="checkbox"/> "Juro o declaro que NO tengo licencia de conducir de NJ, tarjeta de identificación para no conductores de MVC ni número de Seguro Social".						
6 Domicilio (NO use Apartado Postal)		Apto.	Municipalidad	Condado	Estado	Código Postal
7 Dirección de envío, si es diferente a la anterior		Apto.	Municipalidad	Condado	Estado	Código Postal
8 Última dirección donde está inscrito para votar (NO use Apartado Postal)		Apto.	Municipalidad	Condado	Estado	Código Postal
9 Nombre anterior si efectúa cambio de nombre		a. Número de teléfono durante el día (opcional) _____ b. Dirección de correo electrónico (opcional) _____				
10 ¿Desea declarar la afiliación a un partido político? (opcional) <input type="checkbox"/> Sí, el nombre del partido es _____. <input type="checkbox"/> No, no deseo afiliarme a ningún partido político.						
11 Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Declaración -Juro o declaro que: ● Soy ciudadano de los EE.UU. ● Vivo en el domicilio indicado arriba ● Tengo al menos 17 años de edad y entiendo que no puedo votar hasta que haya cumplido 18 años de edad. ● Habré residido en el Estado y condado al menos 30 días antes de las próximas elecciones ● No estoy en libertad condicional, vigilada o cumpliendo una condena debido a un delito grave conforme a una ley federal o estatal ● Entiendo que toda inscripción falsa o fraudulenta puede someterme a una multa de hasta \$15.000, prisión de hasta 5 años o ambas, conforme a R.S. 19:34-1				
Firma: Firme o coloque una marca e indique la fecha en la línea a continuación X _____ Fecha _____				Si el solicitante no puede llenar este formulario, escriba el nombre y dirección de la persona que lo completó. Nombre _____ Fecha _____ Domicilio _____		

Instrucciones importantes para las secciones 5, 6 y 10

- 5) Solicitantes que envíen este formulario por correo y se inscriban para votar por primera vez: Si no tiene la información que se requiere en la sección 5 o la información que usted suministra no se puede verificar, se le pedirá que proporcione una COPIA de un documento de identidad con fotografía válido y vigente o un documento con su nombre y domicilio actual para evitar tener que presentar el documento de identidad en el centro de votación.
- Nota:** Los números de identidad son confidenciales y ningún organismo de gobierno los divulgará. Toda persona que utilice dichos números ilegalmente estará sujeta a sanciones penales.
- 6) Si usted está desamparado, puede completar la sección 6 e indicar un punto de contacto o el lugar donde pasa la mayor parte del tiempo.
- 10) Usted puede declarar una afiliación a un partido político o declarar no estar afiliado a ninguno, independientemente de cualquier afiliación partidaria anterior. Si usted es un votante que anteriormente se había afiliado a un partido y ahora desea cambiar de afiliación partidaria o anular la afiliación, debe presentar este formulario antes de los 55 días previos a las elecciones primarias a fin de votar en dichas elecciones. La sección 10 es OPCIONAL y no afectará la aceptación de su solicitud de inscripción de votante.

¿Necesita más información? Marque las casillas a continuación si desea recibir más información acerca de:

- votación por correo
 acceso al centro de votación
 material electoral disponible en este otro idioma: _____
 cómo ser auxiliar electoral
 cómo votar si tiene una discapacidad, incluso impedimento visual

Para obtener más información, visite Elections.NJ.gov o llame a la línea gratuita 1-877-NJVOTER (1-877-658-6837)



New Jersey Información de Inscripción de Votantes

Usted puede inscribirse para votar si:

- Es ciudadano de los Estados Unidos.
- Tiene 17 años de edad como mínimo.*
- Habrá residido en el Estado y condado al menos 30 días antes de las próximas elecciones.
- Actualmente **NO** está en libertad condicional o vigilada ni cumpliendo una condena debido a un delito grave.

*Puede inscribirse para votar si tiene 17 años de edad como mínimo pero no podrá votar hasta cumplir 18 años.

Plazo de Inscripción: Hasta 21 días antes de las elecciones

Su Comisionado de Inscripciones del Condado le notificará si su solicitud fue aceptada.

Si no fue aceptada, se le avisará cómo completar y/o corregir la solicitud.

¿Tiene alguna pregunta? Visite Elections.NJ.gov o llame a la línea gratuita

1-877-NJVOTER (1-877-658-6837)

1 PLIEGUE

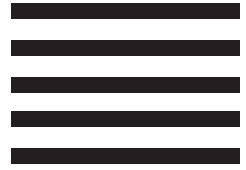


NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES

BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 206 TRENTON, NJ

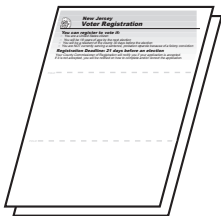
POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

DIVISION OF ELECTIONS
PO BOX 304
TRENTON NJ 08625-9983

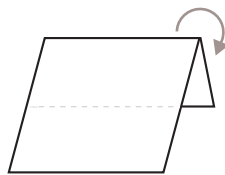


2 PLIEGUE

Importante: Imprima al 100%. NO HAGA REDUCCIONES. Pliegue como se ilustra para asegurar que se envíe correctamente.



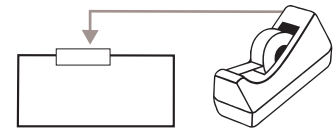
Coloque ambas
hojas juntas como
se muestra



1 Pliegue la parte
superior hacia
abajo



2 Pliegue la parte
inferior hacia arriba



3 Selle la parte superior
con cinta adhesiva

SELLE CON CINTA ADHESIVA AQUÍ **3**