



**State of New Jersey**

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES  
DIVISION OF MEDICAL ASSISTANCE AND HEALTH SERVICES

P.O. Box 712  
Trenton, NJ 08625-0712  
Telephone 1-800-356-1561

RICHARD J. CODEY  
*Acting Governor*

JAMES M. DAVY  
*Commissioner*

ANN CLEMENCY KOHLER  
*Director*

**MEDICAID COMMUNICATION NO: 05- 06**

**DATE: July 1, 2005**

**TO:** County Welfare Agency Directors  
Statewide Eligibility Determination Agency  
NJ FamilyCare Liaisons

**SUBJECT:** New One-Page NJ FamilyCare Application and Streamlined Eligibility Verification  
Requirements for the NJ FamilyCare Program

In an effort to simplify the NJ FamilyCare application process for our clients, and to increase the number of children enrolled in the program, effective July 1, 2005, you may begin to use the new one-page NJ FamilyCare application, which is attached for your review. Also included are the instructions for completing the application. Both documents are printed in English and Spanish.

In addition to the new one-page application, the Division of Medical Assistance and Health Services has streamlined the amount of verification documentation required when determining NJ FamilyCare eligibility. As of July 1, 2005, an applicant may self-declare the following:

- Full-time student status of children under the age of 21;
- Money paid for child support or alimony;
- Money received from child support or alimony;
- Money paid for childcare; and
- Support money received from parents/relatives/others.

Furthermore, a household will only be required to submit **one** pay stub from the most recent month for each working household member for every employer. For both initial or redetermination applications, income verification documentation may not be required if the agency is able to obtain sufficient wage information from New Jersey Department of Labor wage records which supports the information on the application.

In situations where it appears that the applicant may have provided incorrect information, or the information available through other sources is inconsistent with the information provided on the application, the agency may request verification documentation to confirm the accuracy of the information.

Also as a reminder, providing Social Security Numbers for parents and children not applying for NJ FamilyCare is at the option of the applicant.

You can expect to receive an initial supply of the new one-page NJ FamilyCare application kits in the beginning of July. Along with the initial supply will be an order form that you may use to request additional kits as needed. Your initial supply of kits will be mailed directly to the NJ FamilyCare Liaison in each county agency.

It is through your cooperation and contributions that NJ FamilyCare continues to be a remarkably successful program. If you have questions concerning this Communication, please contact the Division's Bureau of Eligibility Operations NJ FamilyCare field staff assigned to your county at (609) 588-2835.

Sincerely,

/S/

Ann Clemency Kohler  
Director

ACK:Ss

Enclosures

c: Fred M. Jacobs, M.D., J.D., Acting Commissioner  
Kathleen Mason, Acting Deputy Commissioner  
Department of Health and Senior Services

Jeanette Page-Hawkins, Director  
Division of Family Development

Edward Cotton, Assistant Commissioner  
Division of Youth and Family Services

Carol Grant, Director  
Division of Developmental Disabilities

1. LIST ALL PARENTS/GUARDIANS LIVING IN HOUSEHOLD										HOUSEHOLD INFORMATION									
First Name	Last Name	SS Number (optional)	Marital Status			Home Address:	Apt. #/Floor:	Home Phone: (    )											
			Single	Married	Separated					Divorced	Widowed/er								
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	City:	State:	Zip:	Cell Phone: (    )										
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	County:	Language spoken at home:												
LIST ALL CHILDREN UNDER THE AGE OF 21 LIVING IN YOUR HOUSEHOLD *										City		State		Zip					
First Name	Last Name	Do you want NJ FamilyCare for this Child ?	Sex		Social Security No. (Required for those applying)	Race/Ethnicity (Only for those applying) ** See codes below	Birth Date MM/DD/YYYY	US Citizen? If no, send immigration documents (see instructions)	Is this child a full time student?	Does child have other health insurance? (see instructions)	Did this child have other health ins. within the last 3 months? (see instructions)	How is this child related to the 1st parent/guardian listed above?	How is this child related to the 2nd parent/guardian listed above?						
			M	F															
		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- - - -		- / - / -	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Other							
		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- - - -		- / - / -	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Other							
		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- - - -		- / - / -	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Other							
		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- - - -		- / - / -	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Other							
		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- - - -		- / - / -	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Other							

**\*If you need to write about more children, use another sheet of paper**

Is anyone listed above pregnant? Yes ☐ No ☐ If yes, write name (s) and due date (s): \_\_\_\_\_

Does any child above have unpaid medical bills for the last three months? Yes ☐ No ☐ If yes, please write name (s): \_\_\_\_\_  
(See instructions)

2. INCOME INFORMATION FOR PARENTS/GUARDIANS AND CHILDREN UNDER 21 – see instructions												
Name of person receiving income, including children  (Proof is required. See Instructions)	Employer Name  (If self-employed write "self-employed") (If owner, write "owner")	Employer Telephone Number	Full-time or Part-time?		How Often Paid			Work Income before taxes per pay period	Non Work Income such as child support, alimony, cash support, social security benefits, unemployment, rental income, etc.		If this person PAYS for day care for a child or disabled adult, list monthly amount	If this person PAYS child support or alimony, list monthly amount
			FT	PT	Every Week	Every 2 Weeks	2 Times per Month		1 Time per Month	Amount		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		\$	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		\$	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		\$	\$

Do any of the employers listed above offer health insurance?    Yes ☐    No ☐    If yes, please list Employer Name: \_\_\_\_\_

Employer Address: \_\_\_\_\_

Has anyone listed changed jobs in the last six months? Yes ☐ No ☐ If yes, Name \_\_\_\_\_

Former employer: \_\_\_\_\_ Date job ended: \_\_\_\_\_

**Richard J. Codey**  
Acting Governor  
State of New Jersey

**James M. Davy**  
Commissioner  
Department of Human Services

Who is your child's doctor? \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_

Are any of the children listed above:    Taking prescription medicines? Yes ☐ No ☐    Receiving any medical treatment? Yes ☐ No ☐    Using any special medical equipment? Yes ☐ No ☐

By signing this form, I represent that I have read and understand the Privacy Notice and the NJ FamilyCare program "Rights and Responsibilities", and that I will obey the laws and regulations of the program. I understand that I am giving the NJ FamilyCare program permission to release my medical records and those of any of my family members who enroll in the program, to the program's HMOs and its providers. (I understand that I may be asked to verify the above information.) I certify under penalty of perjury that everything on this application is true.

Sign Your Name Here:  \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**For Official Use Only**

Enrollment Site#:

**Policy #:**

1. Mencione a todos los padres/tutores que viven en su hogar										Información del hogar				
Primer nombre	Apellido	N° Seguro Social (opcional)		Estado civil			Dirección domiciliaria:			Apt. #/piso:	N° Teléf: (    )			
				Soltero	Casado	Separado							Divorciado	Viuudo
1.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
2.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Mencione a todos los niños menores de 21 años de edad de su hogar*														
Primer nombre	Apellido	¿Desea NJ FamilyCare para este(a) niño(a)?	Sexo		N° Seguro Social (requerido a los solicitantes)	Raza/etnia (sólo para solicitantes) **Vea códigos abajo	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA)	¿Es Ciudadano Estadounidense? SI no, (vea instrucciones)	¿Estudiante de tiempo completo? (Vea instrucciones)	¿Tiene otro seguro médico? (Vea instrucciones)	¿Tuvo otro seguro médico en los últimos 3 meses? (Vea instrucciones)	¿Cuál es el parentesco de este(a) niño(a) con el 1er padre/tutor arriba mencionado?	¿Cuál es su parentesco con el 2do padre/tutor arriba mencionado?	
			M	F										
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- - -		/ / /	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro	
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- - -		/ / /	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro	
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- - -		/ / /	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro	
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- - -		/ / /	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro	
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- - -		/ / /	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro	
*Si necesita mencionar a más hijos, use otra hoja de papel														
¿Hay alguna embarazada entre los arriba mencionados? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si responde sí, escriba el nombre(s) y fecha(s) de parto(s): _____														
¿Tiene alguno de los niños facturas médicas pendientes de hace tres meses? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si responde sí, por favor escriba el nombre(s): _____ (vea instrucciones)														

2. INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS PARA PADRES/TUTORES E HIJOS MENORES DE 21 AÑOS DE EDAD – Vea instrucciones										
Nombre de quien recibe el ingreso, incluyendo niños  (Se requiere verificación. Vea instrucciones)	Nombre del Empleador  (Si trabaja por su cuenta, escriba "trabajo por mi cuenta"; si es el dueño, escriba "dueño")	N° de Teléfono del Empleador	¿Medio tiempo o tiempo completo?	Frecuencia de Pago			Ingreso laboral sin deducción de impuestos por periodo de pago	Ingreso no laboral tal como pensión infantil, pensión alimenticia, apoyo económico en efectivo, beneficios de seguro social, desempleo, ingresos por alquiler, etc.	Si esta persona PAGA servicios de guardería para un hijo o adulto discapacitado, mencione la cantidad mensual	Si esta persona PAGA pensión infantil o pensión alimenticia, mencione la cantidad mensual
				MT	TC	Semanal				
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$	\$

¿Ofrecen los empleadores arriba mencionados otro seguro médico? Si ☐ No ☐ Si responde sí, mencione el Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

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

**3. SELECCIÓN DE LA HMO:** Debe escoger una HMO para afiliarse

---

Escija una HMO: \_\_\_\_\_ (Vea las HMO disponibles en el folleto de HMO)

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

De los niños arriba mencionados: ¿Hay alguno tomando medicamentos recetados? Si ☐ No ☐ ¿Recibiendo tratamiento médico? Si ☐ No ☐ ¿Usando algún equipo médico especial? Si ☐ No ☐

Al firmar este formulario, manifiesto que he leído y entendido el aviso de privacidad y los “derechos y responsabilidades” del programa NJ FamilyCare, y que obedeceré las leyes y los reglamentos del programa.  
Entiendo que otorgo al programa NJ FamilyCare el permiso para divulgar mis archivos médicos y aquéllos de cualquiera de mi familia que se afilien al programa, a las HMO del programa, así como a sus proveedores (entendiendo que se me puede pedir que verifique la información arriba mencionada). Certifico bajo pena de perjurio que toda la información en esta solicitud es verdadera.

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

Complete ONE application per family.  
DO NOT LEAVE ANY SPACES BLANK.  
PRINT CLEARLY.

## Instructions for Completing the NJ FamilyCare Application

### Section 1

#### List all Parents/Guardians living in household:

- **Name:**  
It is important to list both parents, stepparents or guardians of the children, if they are living in the household. It is not necessary to list other adults who live in the household.

- **Social Security Number (SS#):**  
SS# is optional for parents and guardians. (Your application may be processed faster if your SS# is provided.)

#### Household Information:

- **Address:**  
List your home address.  
If your mailing address is different from your home address, also write your mailing address in the space provided.

- **Telephone Numbers:**  
Write your home telephone and cell phone numbers or another telephone number where we can reach you. Include area codes. **We must have a way to reach you.**

#### List all children under the age of 21 living in your household: Do not list parents/guardians again under the children section.

- **Social Security Number (SS#):**  
You must provide a SS# for every child applying for NJ FamilyCare. Parents of newborns must supply the SS# as soon as it is available.
- **Race/Ethnicity:**
  - If your child is a Native American Indian or Alaskan Native, please submit his/her tribal card.

- **Citizenship: To be eligible for NJ FamilyCare, a child(ren) must be a US citizen or qualified immigrant admitted for permanent residence.**
  - If you checked “no”, you must send copies of documentation which prove the child is a Qualified Immigrant. Examples of acceptable proof include a copy of:
    - The front and back of a Resident Alien Card
    - The Temporary I-551 stamp on a passport or Form I-94
    - Documentation indicating refugee or asylee status.
    - Documentation indicating a parent’s US military service.

- **Health Insurance:**
  - If you checked “yes”, you must send a copy of the front and back of the insurance card with the application. **Note: Some children with other insurance may still qualify for NJ FamilyCare.**
- **Health Insurance within the last 3-months:**
  - If you checked “yes”, you must send proof that the insurance was terminated.
- **Relationship:**  
List how each child is related to the 1st and 2nd parents/guardians listed in Section 1. An example of “Other” would be a niece, nephew or grandchild.
- **Unpaid medical bills:**
  - If you checked “yes”, submit proof of all household income for the last three months.

### Section 2

#### Income Information for parents/guardians and children under 21:

- **Name of person receiving income:**  
It is important to include the names of all parents, stepparents, guardians and children between the ages of 16-20 in the household who are working.
- **Employer Name:**  
List **all** jobs and employers for each working person in the household.
  - If you are self-employed or the owner of a business, you must submit a **signed** copy of your last 1040 (including Schedule C, Form S1120, Form 1065, Schedule E, and all the other related schedules) or your last profit and loss statement.

- **Full-time or Part-time:**  
Part-time employment is less than 30 hours per week.
- **Work income per pay period before deductions:**
  - Send in one check stub or other proof showing gross income (before deductions) from the most recent month. **Be sure to send a copy of a check stub from every job listed for each working person.**
- **Other Income (not from work):**
  - Indicate the **type** of other income such as:
  - Supplemental Security Income (SSI);
  - Social Security survivors/retirement;
  - Social Security disability benefits;

#### Other income types continued:

- Veteran’s benefits;
- Unemployment;
- State disability;
- Workers’ compensation;
- Pension or annuity;
- Interest or dividends;
- Alimony you receive\*;
- Child support you receive\*;
- Cash from friends or family;
- Income from rent (not what you pay); and
- All other income.
- Send in copies of check stubs from the most recent month, award letters, or some proof of each kind of income received.

\*No proof required

### Section 3

#### HMO Selection: For your child(ren) to be enrolled in NJ FamilyCare, you must pick an HMO

- **Choose an HMO:**  
See the HMO brochure in the application packet for the HMOs in your county.
- **Who is your child’s Doctor?**  
If your child(ren) has a doctor, please list his or her name and address.

#### Signature:

- Read the Privacy Notice and the NJ FamilyCare Rights and Responsibilities prior to signing the application. Make sure you **SIGN** and **DATE** the application before sending it to NJ FamilyCare.

### Remember to:

1. **Sign** the application.
2. **Send** proof of income (the most recent month) for each job and for all other income, including self-employment and rental income.
3. **Send** a copy of the Resident Alien Card, other immigration documentation, or proof of parent’s US military service for children applying for NJ FamilyCare who are not US citizens.
4. **Send** proof of any other health insurance, or the letter you received if your health insurance ended.

#### If you wish to contact NJ FamilyCare:

✓ Visit us online at: [www.njfamilycare.org](http://www.njfamilycare.org)



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

## Instrucciones para Completar la Solicitud de NJ FamilyCare

### Sección 1

#### Liste a todos los Padres/Tutores que viven en el hogar:

- Nombre:**  
Es importante que liste a ambos padres, padrastros o tutores de los niños, si viven en el hogar. No es necesario que liste a otros adultos que viven allí.
  - Número de Seguro Social (# de SS):**  
El # de SS es opcional para los padres y tutores. (Su solicitud puede procesarse más rápido si proporciona su # de SS.)

#### Información del Hogar:

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

#### Liste a todos los hijos menores de 21 años de edad que vivan en su hogar:

No liste nuevamente a los padres/tutores bajo la sección hijos.

- Número de Seguro Social (# de SS):**  
Usted deberá proporcionar el # de SS de cada niño(a) que solicite beneficios de NJ FamilyCare. Los padres de hijos recién nacidos deberán proporcionar el # de SS tan pronto como dispongan de él.
  - Raza/Etnia:**
    - Si su hijo es natural de Alaska o amerindio autóctono, por favor envíe su tarjeta tribal.
  - Ciudadanía: Para ser elegible para obtener beneficios de NJ FamilyCare, el/la niño(a) deberá ser ciudadano americano o inmigrante que califica y que haya sido admitido para obtener la residencia permanente.**
    - Si marcó “no”, usted deberá enviar copias de la documentación que prueben que el/la niño(a) es un(a) inmigrante que califica. Entre los ejemplos de pruebas aceptables se incluyen copias de:
      - La cara frontal y posterior de la tarjeta de residencia para extranjeros.
      - El sello temporal I-551 en el pasaporte o el formulario I-94.
      - Documentos que indiquen estatus de refugiado o asilado.
      - Documentos que indiquen que uno de los padres se encuentra realizando el servicio militar estadounidense.
- Seguro Médico:**
    - Si marcó “si”, usted deberá enviar una copia de la cara frontal y posterior de su tarjeta de seguro junto con la solicitud. **Aviso: Si algunos de los niños tienen otro seguro médico, es posible que todavía puedan calificar para obtener beneficios de NJ FamilyCare.**
  - Seguro Médico dentro de los últimos tres meses:**
    - Si marcó “si”, usted deberá enviar pruebas de que su seguro ha vencido.
  - Parentesco:**  
Mencione la manera en que cada niño(a) se emparenta con los padres/tutores 1 y 2 listados en la Sección 1. Un ejemplo de “Otro” sería una sobrina, un sobrino o un nieto.
  - Facturas médicas adeudadas:**
    - Si marcó “si”, envíe pruebas de todos los ingresos de su hogar pertenecientes a los últimos tres meses.

### Sección 2

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

- Nombre de la persona que recibe el ingreso:**  
Es importante que incluya los nombres de todos los padres o padrastros o tutores legales e hijos cuyas edades estén comprendidas entre los 16 y 20 años que vivan en el hogar y que se encuentren trabajando.
  - Nombre del Empleador:**  
Liste **todos** los trabajos y empleadores para cada trabajador miembro de su hogar.
    - Si usted trabaja del manera independiente o es dueño de una empresa, deberá enviar una copia **firmada** de su último formulario 1040 (incluyendo el programa C, el formulario S1120, el formulario 1065, el programa E y todos los demás programas relacionados) o su última declaración de pérdidas y ganancias.
  - Tiempo completo o Medio tiempo:**  
El trabajo de medio tiempo es menos de 30 horas a la semana.
  - Ingreso laboral diario por periodo remunerado antes de deducir impuestos:**
    - Envíe un talón de cheque u otro documento probatorio que muestre su ingreso bruto (antes de deducir impuestos) del mes más reciente. **Asegúrese de enviar una copia de un talón de cheque de cada trabajo mencionado de cada trabajador.**
  - Otros ingresos (no de trabajo):**
    - Indique el **tipo** de ingreso, tal como:
      - Ingreso suplementario de seguridad (SSI, siglas en inglés);
      - Sobrevivientes/retirados beneficiarios del Seguro Social;
      - Beneficios por discapacidad del Seguro Social;
      - Beneficios para veteranos;

#### Otros tipos de ingresos:

- Desempleo;
- Discapacidad del Estado;
- Compensación a trabajadores;
- Pensión o anualidad;
- Intereses o dividendos;
- Pensión alimenticia que recibe\*;
- Pensión infantil que recibe\*;
- Dinero en efectivo de sus amigos o familiares;
- Ingreso por renta (no la renta que usted paga);
- Cualquier otro ingreso.
- Envíe copias de sus talones de cheques del mes más reciente, comunicados sobre fallos o algún tipo de prueba para cada tipo de ingreso recibido.

\*No se requieren documentos de prueba.

### Sección 3

#### Selección de una HMO: Para que su(s) hijo(s) se afilie(n) a NJ FamilyCare, usted deberá escoger una HMO

- Escoja una HMO:**  
Vea el folleto de la HMO que viene en el paquete de solicitud para que obtenga una relación de las HMO de su condado.
  - ¿Quién es el doctor de su hijo?**  
Si su(s) hijo(s) tiene(n) un doctor, por favor mencione su nombre y dirección.

#### Firma:

- Lea la Notificación sobre Privacidad, así como los Derechos y Responsabilidades de NJ FamilyCare antes de firmar la solicitud. Asegúrese de **FIRMAR** y **FECHAR** la solicitud antes de mandarla a NJ FamilyCare.

### Recuerde hacer lo siguiente:

- Firmar** la solicitud.
- Enviar** pruebas de su ingreso (del mes más reciente) para cada trabajo y para cualquier otro tipo de ingreso, incluyendo el ingreso por renta y trabajo independiente.
- Enviar** una copia de su tarjeta de residencia para extranjeros, otro documento relacionado con su estatus de inmigrante o prueba de que uno de los padres se encuentra realizando el servicio militar estadounidense para los menores que no sean ciudadanos americanos y estén solicitando beneficios de NJ FamilyCare.
- Enviar** pruebas de cualquier tipo de seguro médico o de la carta que recibió si su seguro médico ha vencido.

- La documentación se debe mandar.

### Si desea comunicarse con NJ FamilyCare:

- ✓ **O visite nuestro sitio de Internet en:**  
[www.njfamilycare.org](http://www.njfamilycare.org)