ABD MEDICAID - ESPAÑOL

BERGEN COUNTY BOARD OF SOCIAL SERVICES
218 STATE ROUTE 17 NORTH ROCHELLE PARK, NJ 07662-3300

ABD Medicaid

Verificaciones Requeridas

Para solicitor Medicaid como persona Anciana, Ciega o Discapacitada debe completer el Formulario de Información del Cliente y la aplicación (NJFC-ABD-AP-0718). Los formularios correctamente completados deben ser devueltos a la Junta de Servicios Sociales del Condado Bergen, junto con todas las siguientes verificaciones que sean aplicables a su caso:

POR FAVOR ENVÍON COPIAS SOLAMENTE (NO ORIGINALES).

Prueba de Estatus Legal- Certificado de Nacimiento, Pasaporte de Estados Unidos, Certificado de Naturalización, I-94, Visa de entrada a Estados Unidos o Carnet de Residencia (copia de ambos lados).

Prueba de Identidad- Licencia de Conducir, Tarjeta de Medicare, or Tarjeta de Seguro Social.

Prueba de Otro Seguro de Salud- Cualquier otra tarjeta de identificación de seguro de salud que tenga.

Prueba de Residencia- Cuentas Hipotecarias, Impuesto a la Propiedad, Recibos de Alquiler, Contrato de Arrendamiento, Estado de Cuenta de PSE&G, correo reciente dirigida a usted. Si usted vive en un hogar con otra persona, también debe proporcionar una carta firmada por esa persona indicando los arreglos de vivienda, incluyendo la contidad que paga de alquiler, servicios públicos y otros gastos.

Prueba de Estado Civil- Certificado de Matrimonio, Decreto de Divorcio, Certificado de Defunción.

Prueba de Ingresos- Recibos de Pago de las Últimas Ocho (8) Semanas (si trabaja), Prueba de Ingreso de: Seguro Social, discapacidad, pensión, pensión alimenticia, etc. (para solicitor una carta de Seguro Social detallando su ingreso llame al 1-800-772-1213). Prueba de cualquier otro tipo de ingreso.

Prueba de Recursos- Tres (3) estados de cuenta más recientes de sus cuentas bancarias de cheques/ahorros y cuentas financieros tales como acciones, bonos, anualidades, etc. (Favor de explicar y verificar todos los depósitos no reportados como ingresos), y las pólizas de seguro de vida con valor en efectivo (llame a la compañía de seguros de vida para que le envíe prueba del valor en efectivo).

Formulario PA1C- Si no tienes estatus legal y le aplica, el Formulario PA1C que le proporcionó el hospital.

Customer Information Sheet

W

Please complete the following information/Por favor, complete la siguiente información:

Last Name/Apellido_____ First Name/Nombre_____ MI/Inicial_____ Sex ☐-M ☐-F

Social Security Number/Número de Seguro Social _____ Date of Birth/ Fecha de Nacimiento _____

Email: _____ Marital Status/ Estado Civil _____ Race/Raza* _____

*I=American Indian/ Indio Americano, A=Asian/ Asiático, W=White/ Blanco, B=Black or African American/Negro o afroamericano, H=Native Hawaiian or other Pacific Islander/ Nativo de Hawai u otra isla del Pacifico, O=American Indian or Alaska Native and Asian/ Indio Americano o nativo de Alaska o Asia

Address/Dirección_____

City/Ciudad_____ Zip Code/Codigo Postal_____

ML= Married living together /Casados viven juntos
MS= Married Separated /Casados viven separados
S=Single/Soltero,
W=Widow/Viudo,
D=Divorced/Divorciado

Telephone/Teléfonos

Home/Casa_____ Cellular _____ Language Spoken/¿Qué idioma(s) habla?_____

US Citizen/Ciudadano EE. UU. ☐-Yes/Si ☐-No If no, date of entry/Si no eres ciudadano de EE. UU., fecha de entrada al país _____

Education Level/ Nivel de Educación _____ Homeless/ Sin Hogar? ☐-Yes/Si ☐-No

Family Composition - Please provide the information requested below for each person currently residing with you.

Composición Familiar - Por favor, proporcione la información solicitada a continuación para cada persona que reside con usted.

First Name/Nombre	Last Name/Apellido	DOB Fecha de Nacimento	Social Security Number Numero de Seguro Social	Realtionship Parentezco	Citizenship/Alien Status Estatus Legal	Include in application? Incluir en aplicación?
						☐-Yes/Si ☐-No
						☐-Yes/Si ☐-No
						☐-Yes/Si ☐-No
						☐-Yes/Si ☐-No
						☐-Yes/Si ☐-No
						☐-Yes/Si ☐-No

PLEASE COMPLETE REVERSE SIDE • POR FAVOR COMPLETE PAGÍNA DE ATRÁS

*** In order to be eligible for money (TANF), you must cooperate with the child support program. Unless domestic violence is involved, this agency will be seeking support from all parents that do not live in your home. If you are not interested in seeking support, please tell the receptionist immediately.

*** Para ser elegible para recibir dinero (TANF), usted debe cooperar con el programa de manutención de niños. A menos que se trata de la violencia doméstica, esta agencia buscará imponer el pago de manutención a todos los padres que no viven en su casa. Si usted no está interesado en imponer el pago de manutención, por favor, informe a la recepcionista inmediatamente.

Customer Information Sheet

Last Name/Apellido_____ First Name/Nombre_____ MI/Inicial_____

Income - For each household member included in this application please provide the information requested below regarding their **monthly** income. Income includes: wages, salary, Social Security, Disability, pension, retirement, alimony, unemployment, child support, veterans benefits and any other money your family receives.

Ingresos - Para cada miembro de su familia incluido en esta solicitud, por favor proporcione la información solicitada abajo con respecto a sus **ingresos mensuales**. Los ingresos incluyen: sueldos, salarios, Seguro Social, discapacidad, pensión, retiro, desempleo, manutención de hijos, beneficios de veteranos y cualquier otro dinero que su familia recibe.

	Household Member Miembro de la Familia	Type of Income Tipo de Ingreso	Monthly Amount Cantidad Mensual		Household Member Miembro de la Familia	Type of Income Tipo de Ingreso	Monthly Amount Cantidad Mensual
1				4			
2				5			
3				6			

Resources - For each household member included in this application please provide the information requested below regarding their resources. Resources include: cash, checking accounts, savings accounts, stocks, bonds, annuities, 401K, life insurance policies with cash-in value, etc.

Recursos - Para cada miembro de su familia incluido en esta solicitud, por favor proporcione la información solicitada abajo con respecto a sus recursos. Los recursos incluyen: dinero en efectivo, cuentas de cheques, cuentas de ahorro, acciones, bonos, anualidades, 401K, seguros de vida con valor en efectivo, etc.

	Household Member Miembro de la Familia	Type of Resource Tipo de Recurso	Amount Cantidad		Household Member Miembro de la Familia	Type of Resource Tipo de Recurso	Amount Cantidad
1				3			
2				4			

In the past year have you received Food Stamps, Welfare or Medicaid in any state? ☐-Yes/Si ☐-No
¿En el último año ha recibido Cupones para Alimentos, Welfare, o Medicaid en cualquier estado?

Health Insurance/Seguro de Salud ☐-Yes/Si ☐-No (Includes Medicare, Hospital, Medicaid, Dental, Prescription Drug Insurance/Incluye Medicare, Hospital, Medicaid, Dental, Seguro de Medicamentos) If yes/Si la respuesta es sí:

Company Name/Nombre de la Compañia: _____ Policy Number/Número de Póliza:_____

Is anyone included on this application pregnant?/¿Está embarazada alguna persona incluida en esta aplicación? ☐-Yes/Si ☐-No

If you answered yes, provide name and due date/ Si la respuesta es sí, indique el nombre y la fecha del parto _____

_____ Signature/Firma

_____ Date/Fecha

For Office Use Only/Sólo Para Uso Interno

ABD FS GA MED TANF

NJ FamilyCare Programas para Personas de Edad Avanzada, Ciegas, Discapacitadas

FAMILYCARE
Cobertura médica económica. Atención médica de calidad.

ESTADO DE NEW JERSEY
Departamento de Servicios Humanos
División de Asistencia Médica y Servicios de Salud

SOLICITUD

SECCIÓN 1 Solicitante

Nombre del solicitante: _____ _____ _____ _____
Apellido | Nombre | Segundo nombre | Nombre de soltera

Dirección particular: _____ _____ _____ _____
Calle | Ciudad | Estado | Código postal

Dirección postal actual (si es diferente de la de arriba):

_____ _____ _____ _____
Calle | Ciudad | Estado | Código postal

¿El solicitante vive en un centro de enfermería? ❑ Sí ❑ No

Si el solicitante no ha vivido en su dirección particular por 5 años, anote su dirección anterior: (Adjunte información adicional, si es necesario)

_____ _____ _____ _____
Calle | Ciudad | Estado | Código postal

Número telefónico del solicitante: (___ ___ ___) ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___

Dirección de correo electrónico del solicitante: _____

¿El solicitante es ciego o discapacitado? ❑ Sí Si contesta sí, en qué fecha: _____ ❑ No

¿El solicitante solicitó Ingreso Suplementario de Seguridad (Supplemental Security Income; SSI)?
❑ Sí Si contesta sí, cuándo ___ ___ - ___ ___ ___ ___ ❑ No
Mes | Año

¿El solicitante tiene historial de tener una discapacidad intelectual o del desarrollo severa o crónica que se le presentó antes de los 22 años y está indicada por una discapacidad intelectual, autismo, parálisis cerebral, epilepsia, espina bífida u otros trastornos neurológicos? ❑ Sí ❑ No

¿El solicitante necesita servicios "similares a los de un centro de cuidados", servicios y apoyos de largo plazo, como para vestirse, bañarse o asistencia con la movilidad? Consulte el folleto. ❑ Sí ❑ No

¿El solicitante ya ha solicitado estos beneficios antes alguna vez?
❑ Sí Si contesta sí, en cuál condado _____ ❑ No

SÓLO PARA USO DE OFICINA
HMO choice _____
Date Applied _____
Case # _____

NJFC-ABD-AP-S-1019

SECCIÓN 2 Información demográfica del solicitante

Fecha de nacimiento: ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___ (Mes / Día / Año) Sexo: ❑ Hombre ❑ Mujer

Estado de ciudadanía: ❑ Ciudadano de EE. UU. ❑ Residente legal permanente ❑ Refugiado ❑ Asilado ❑ Sin admisión legal ❑ Inmigrante legal _____ *Fecha de entrada*

Núm. de USCIS/Extranjero_____ Núm. de tarjeta de migración_____

Nombre oficial de documento/tarjeta de migrante (alias) _____

Número de Seguro social: ___ ___ ___ - ___ ___ -___ ___ ___ ___ Número de identificación Medicare: _____

Estado civil: ❑ Soltero ❑ Casado, fecha_____ ❑ Divorciado, fecha_____
❑ Viudo, fecha de fallecimiento de su cónyuge_____ ❑ Separado, fecha_____ ❑ Hijo (menor de 19)

SECCIÓN 3 Nombre del cónyuge También incluya si se divorció, separó o enviudó.

Nombre del cónyuge:_____ _____ _____ _____
Apellido / Nombre / Segundo nombre / Nombre de soltera

Fecha de nacimiento del cónyuge: ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___ (Mes / Día / Año)

Número de seguro social del cónyuge: ___ ___ ___ - ___ ___ -___ ___ ___ ___

Dirección del cónyuge (última conocida) _____ _____ _____ _____
Calle / Ciudad / Estado / Código postal

¿Esta persona también está solicitando participar en Programas para Personas de Edad Avanzada, Ciegas, Discapacitadas? ❑ No ❑ Sí; por favor llene el formulario Información del cónyuge.

SECCIÓN 4 Asistencia con la solicitud

El solicitante puede elegir a una persona para que le ayude a completar su solicitud. Podemos comunicarnos con esta persona para obtener más información. Seleccione abajo:

❑ Representante autorizado - Llene el Formulario Designación de Representante Autorizado (incluido).

❑ Apoderado legal ❑ Tutor legal ❑ Abogado ❑ Cónyuge

❑ Otro, por favor identifique su relación _____

Proporcione la información siguiente de esta persona:

Nombre _____

Dirección _____ _____ _____ _____
Calle / Ciudad / Estado / Código postal

Número telefónico: (___ ___ ___) ___ ___ ___-___ ___ ___ ___ Correo electrónico: _____

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Date Applied _____

Case # _____

NJFC-ABD-AP-S-1019

SECCIÓN 5 Información de seguro de salud

❑ **Medicare Parte A** Fecha de elegibilidad _____

¿El solicitante paga una prima? ❑ Sí, ¿monto mensual? _____ ❑ No

❑ **Medicare Parte B** Fecha de elegibilidad _____

¿El solicitante paga una prima? ❑ Sí, ¿monto mensual? _____ ❑ No

❑ **Medicare Parte C** Fecha de elegibilidad _____

¿El solicitante paga una prima? ❑ Sí, ¿monto mensual? _____ ❑ No

❑ **Medicare Parte D** Fecha de elegibilidad _____

¿El solicitante paga una prima? ❑ Sí, ¿monto mensual? _____ ❑ No

¿El solicitante tiene cualquier otra cobertura de seguro de salud? ❑ Sí ❑ No

Si contesta sí, anote abajo el nombre de la cobertura de salud, el número de póliza y todo costo de primas.

Nombre de póliza	Número de póliza	Prima de la póliza

¿El solicitante tiene seguro de atención de largo plazo? ❑ Sí ❑ No

¿El solicitante tiene una Póliza de Sociedad para Atención de Largo Plazo aprobada por el Departamento de Banca y Seguros de New Jersey? ❑ Sí ❑ No

Si el solicitante contestó sí a cualquiera de estas preguntas, proporcione una copia de la(s) póliza(s).

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Date Applied _____

Case # _____

NJFC-ABD-AP-S-1019

SECCIÓN 6 Situación de vivienda

Situación de vivienda actual del solicitante, marque todo lo que corresponda.

❑ Casa: Propia ❑ Renta ❑ ❑ Vive con el cónyuge ❑ Centro de enfermería

❑ Centro de vida asistida ❑ Centro residencial de atención

❑ Renta una(s) habitación(es) en el hogar de otra persona ❑ Vive con un familiar o amistad

❑ Otra: Situación de vivienda: _____

Enumere las demás personas que viven con el solicitante; incluya el nombre, la edad y su relación

_____

_____

SECCIÓN 7 Información de Ingresos

Esta sección trata sobre el ingreso que recibe el solicitante. Ingreso es cualquier efectivo o apoyo en especie que pueda usarse para alimentos o vivienda.

Ingreso puede ser salario, propinas y comisiones. Ingreso también pueden ser beneficios gubernamentales (como beneficio del Seguro Social), intereses o dividendos.

❑ No tengo nada de ingreso. Si no tiene, ¿cómo paga sus cuentas? _____

_____

Trabajo Actual e Información de Ingresos

¿El solicitante tiene algo de ingreso de un empleo? ❑ Sí ❑ No

❑ **Empleado**
Si el solicitante está empleado actualmente, infórmenos el ingreso del solicitante. Empiece con la pregunta 1.

❑ **Por cuenta propia**
Vaya a la pregunta 10.

❑ **Sin empleo**
Vaya a la pregunta 11.

TRABAJO ACTUAL 1:

1. Nombre y dirección del empleador _____

   _____ _____ _____ _____

2. Número de teléfono del empleador (___ ___ ___) ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___

3. Empleo/salario (antes de impuestos) ❑ Por hora ❑ Semanalmente ❑ Cada 2 semanas
   ❑ Dos veces al mes ❑ Mensualmente ❑ Anualmente $ _____

4. Horas promedio trabajadas cada SEMANA _____

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Date Applied _____

Case # _____

NJFC-ABD-AP-S-1019

TRABAJO ACTUAL 2:

(Si el solicitante tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

5. Nombre y dirección del empleador _____

   _____

6. Número de teléfono del empleador (___ ___ ___) ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___

7. Empleo/salario (antes de impuestos) ❑ Por hora ❑ Semanalmente ❑ Cada 2 semanas ❑ Dos veces al mes ❑ Mensualmente ❑ Anualmente $ _____

8. Horas promedio trabajadas cada SEMANA _____

9. **En el último año, el solicitante:** ❑ Cambió de trabajo ❑ Dejó de trabajar ❑ Comenzó a trabajar menos horas ❑ Ninguno de estos

10. **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 el solicitante recibirá por trabajar por cuenta propia este mes? $_____

11. **OTRO INGRESO:**
    Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia el solicitante la recibe.

    ❑ Ninguno
    ❑ Desempleo $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
    ❑ Pensiones $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
    ❑ Seguro Social $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
    ❑ Cuentas de jubilación $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
    ❑ Pensión conyugal recibida $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
    ❑ Pensión infantil $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
    ❑ Compensación a los trabajadores/discapacidad $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
    ❑ Apoyo en efectivo $_____ ¿Con qué frecuencia? _____ ¿De quién?_____
    ❑ Neto por rentas/regalías $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
    ❑ Anualidad $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
    ❑ Otros ingresos $_____ ¿Con qué frecuencia? _____

12. **INGRESO ANUAL: Completar solamente si su ingreso cambia de mes a mes. Si no espera cambios en su ingreso mensual, pase a la página siguiente.**
    Su ingreso total **este año** **$** _____
    Su ingreso total **el próximo** año (si considera que será diferente) **$** _____

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Date Applied _____

Case # _____

NJFC-ABD-AP-S-1019

SECCIÓN 7a Ingreso del cónyuge

Por favor llene la sección siguiente con toda la información del ingreso del cónyuge

Trabajo Actual e Información de Ingresos

❑ **Empleado**
Si actualmente su cónyuge está empleado(a), díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 13.

❑ **Por cuenta propia**
Vaya a la pregunta 22.

❑ **Sin empleo**
Vaya a la pregunta 23.

TRABAJO ACTUAL 1:

13. Nombre y dirección del empleador _____

_____

14. Número de teléfono del empleador (___ ___ ___) ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___

15. Empleo/salario (antes de impuestos) ❑ Por hora ❑ Semanalmente ❑ Cada dos semanas ❑ Dos veces al mes ❑ Mensualmente ❑ Anualmente
$ _____

16. Horas promedio trabajadas cada SEMANA _____

TRABAJO ACTUAL 2:

(Si su cónyuge tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

17. Nombre y dirección del empleador _____

_____

18. Número de teléfono del empleador (___ ___ ___) ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___

19. Empleo/salario (antes de impuestos) ❑ Por hora ❑ Semanalmente ❑ Cada dos semanas ❑ Dos veces al mes ❑ Mensualmente ❑ Anualmente
$ _____

20. Horas promedio trabajadas cada SEMANA _____

21. **En el último año, su cónyuge:** ❑ Cambió de trabajo ❑ Dejó de trabajar ❑ Comenzó a trabajar menos horas ❑ Ninguno de estos

22. **Si su cónyuge 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 su cónyuge por trabajar por cuenta propia este mes)? $_____

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Date Applied _____

Case # _____

NJFC-ABD-AP-S-1019

23. **OTRO INGRESO:**
Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia el solicitante la recibe.

- ❑ Ninguno
- ❑ Desempleo $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
- ❑ Pensiones $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
- ❑ Seguro Social $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
- ❑ Cuentas de jubilación $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
- ❑ Pensión conyugal recibida $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
- ❑ Pensión infantil $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
- ❑ Compensación a los trabajadores/ discapacidad $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
- ❑ Apoyo en efectivo $_____ ¿Con qué frecuencia? _____ ¿De quién?_____
- ❑ Neto por rentas/regalías $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
- ❑ Anualidad $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
- ❑ Otros ingresos $_____ ¿Con qué frecuencia? _____

24. **INGRESO ANUAL:**
Completar solamente si el ingreso de su cónyuge cambia de mes a mes.
Si no espera cambios en el ingreso de su cónyuge, pase a la siguiente página

Ingreso total de su cónyuge **este año** **$** _____

Ingreso total de su cónyuge **el próximo** año (si considera que será diferente) **$** _____

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Date Applied _____

Case # _____

NJFC-ABD-AP-S-1019

SECCIÓN 8 Recursos del solicitante y su cónyuge

Por favor anote en detalle todos los recursos que pertenezcan, en parte o totalmente, al solicitante y/o al cónyuge del solicitante. ❑ Efectivo en mano $ _____

CUENTAS: Esto incluye, entre otros, cuentas de cheques, de ahorros, de cheques de negocios, cuentas ABLE, certificados de depósito, cuentas de clubes navideños/de vacaciones, cuentas en cooperativas de ahorro y crédito, cuentas para entierro/fideicomisos para gastos funerarios propiedad del solicitante o su cónyuge o cerrados por ellos en un plazo de 60 meses de la fecha de solicitud.

Tipo de cuenta _____
Nombre y dirección del banco _____
Nombre(s) en la cuenta _____
Núm. de cuenta o certificado _____ Valor actual _____
Si está cerrada, valor y fecha de cierre _____

Tipo de cuenta _____
Nombre y dirección del banco _____
Nombre(s) en la cuenta _____
Núm. de cuenta o certificado _____ Valor actual _____
Si está cerrada, valor y fecha de cierre _____

Tipo de cuenta _____
Nombre y dirección del banco _____
Nombre(s) en la cuenta _____
Núm. de cuenta o certificado _____ Valor actual _____
Si está cerrada, valor y fecha de cierre _____

Tipo de cuenta _____
Nombre y dirección del banco _____
Nombre(s) en la cuenta _____
Núm. de cuenta o certificado _____ Valor actual _____
Si está cerrada, valor y fecha de cierre _____

SÓLO PARA USO DE OFICINA
Date Applied _____
Case # _____

NJFC-ABD-AP-S-1019

INVERSIONES: Incluyendo, entre otros: cuentas personales para la jubilación, cuentas Keogh (401K), planes de jubilación (403B), derechos sobre la tierra/minerales, equipo e inventario de negocios, contratos y pagarés, acciones, bonos pertenecientes al solicitante y/o su cónyuge o negociadas/cerradas por el solicitante o su cónyuge en un plazo de 60 meses de la fecha de solicitud.

No tiene inversiones ❑

Tipo de inversión _____
Compañía _____
Núm. de cuenta _____ Valor actual _____
Si está cerrada, valor y fecha de cierre _____

Tipo de inversión _____
Compañía _____
Núm. de cuenta _____ Valor actual _____
Si está cerrada, valor y fecha de cierre _____

Tipo de inversión _____
Compañía _____
Núm. de cuenta _____ Valor actual _____
Si está cerrada, valor y fecha de cierre _____

PROPIEDAD: Propiedades pertenecientes únicamente al solicitante, con su cónyuge y/o con otros (incluidos, entre otros, otros hogares, tierra, edificios, tiempos compartidos, derecho de por vida sobre inmuebles o que se hayan vendido en los últimos 60 meses).

No tiene propiedades ❑

Tipo de bienes inmuebles _____
Dirección _____
Derechos de retención, hipotecas o gravámenes _____ Valor de Mercado justo_____
Propietarios _____ Si se vendió, fecha _____

Tipo de bienes inmuebles _____
Dirección _____
Derechos de retención, hipotecas o gravámenes _____ Valor de Mercado justo_____
Propietarios _____ Si se vendió, fecha _____

Tipo de bienes inmuebles _____
Dirección _____
Derechos de retención, hipotecas o gravámenes _____ Valor de Mercado justo_____
Propietarios _____ Si se vendió, fecha _____

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Date Applied _____
Case # _____

NJFC-ABD-AP-S-1019

PÓLIZAS DE SEGURO DE VIDA

Enumere todas las pólizas de seguro de vida pertenecientes al solicitante y/o al cónyuge del solicitante o en las que el (los) solicitante(s) sea(n) el (los) asegurado(s) nombrado(s).

No tiene seguro de vida ❑

Propietario _____
Asegurado _____
Compañía de seguro _____
Núm. de póliza _____ Valor nominal _____ Valor en efectivo _____ De vida a término o total _____

Propietario _____
Asegurado _____
Compañía de seguro _____
Núm. de póliza _____ Valor nominal _____ Valor en efectivo _____ De vida a término o total _____

Propietario _____
Asegurado _____
Compañía de seguro _____
Núm. de póliza _____ Valor nominal _____ Valor en efectivo _____ De vida a término o total _____

¿El solicitante y/o su cónyuge tienen algún conocimiento de haber sido nombrados beneficiarios en la póliza de otra persona? ❑ Sí ❑ No

VEHÍCULOS: Enumere todos los vehículos pertenecientes al solicitante y/o su cónyuge que estén solicitando beneficios. Enumere todos los tipos de vehículos, incluidos, entre otros, carros, vanes, camionetas, casas rodantes, motocicletas, botes, etc.

No tiene vehículos ❑

Propietario _____
Año/Marca _____ Modelo/Estilo _____
Uso primario _____ Cantidad adeudada _____

Propietario _____
Año/Marca _____ Modelo/Estilo _____
Uso primario _____ Cantidad adeudada _____

Propietario _____
Año/Marca _____ Modelo/Estilo _____
Uso primario _____ Cantidad adeudada _____

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Date Applied _____
Case # _____

NJFC-ABD-AP-S-1019

FIDEICOMISOS

Fideicomiso testamentario ❑ Fideicomisos para necesidades especiales ❑
Fideicomiso de Ingresos que Califican ❑

Otorgante _____

Fideicomisario _____

Beneficiario _____

El fideicomiso se fundó por ❑ Solicitante ❑ Herencia ❑ Testamento ❑ Demanda ❑ Otro

Núm. de identificación de impuestos _____

Fecha en que el fideicomiso se fundó inicialmente _____

Arreglos funerarios

¿El solicitante es dueño de algún contrato de entierro pre-pagado irrevocable o revocable?
❑ Sí Si contesta sí, envíe el contrato. ❑ No

❑ Parcelas de sepultura

❑ Cuenta reservada para entierro Núm. de cuenta _____ Valor _____

Funeraria identificada (nombre y dirección) _____

¿El solicitante o cualquier otra persona estableció un arreglo de entierro o contrato mediante una póliza de seguro de vida? ❑ Sí Si contesta sí, envíe la póliza. ❑ No

OTHER RESOURCES NOT LISTED _____

¿El solicitante ha establecido un Plan de Liquidación para cualquiera de los recursos enumerados en la Sección 8? ❑ Sí ❑ No

SECCIÓN 9 Transferenciass

¿El solicitante y/o su cónyuge comerció, dio o vendió recursos en los que el solicitante y/o su cónyuge tuvieron alguna participación en los últimos 60 meses, incluidos, entre otros, efectivo, bienes inmuebles, vehículos, negocios, acciones, cuentas bancarias?

❑ Sí Si contesta sí, llene la información siguiente para cada transferencia. ❑ No

Artículo transferido_____ Fecha de transferencia_____
Valor de mercado _____ Monto recibido _____

Artículo transferido_____ Fecha de transferencia_____
Valor de mercado _____ Monto recibido _____

Artículo transferido_____ Fecha de transferencia_____
Valor de mercado _____ Monto recibido _____

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Date Applied _____

Case # _____

NJFC-ABD-AP-S-1019

SECCIÓN 10 Temas legales

¿Hay algunas reclamaciones pendientes, como demandas, liquidaciones de divorcio, herencias, reclamaciones de accidentes, de mala práctica médica u otras reclamaciones? ❑ Sí ❑ No

Si contesta Sí, proporcione los detalles de las reclamaciones, incluyendo, entre otros, las fechas en que recibió el dinero y el tipo de reclamación.

_____

_____

_____

_____

_____

Nombre del abogado _____

Número telefónico del abogado (___ ___ ___) ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___

Dirección del abogado _____

¿El solicitante y/o su cónyuge entablará una demanda en el futuro? ❑ Sí ❑ No

¿Alguien debe al solicitante y/o su cónyuge dinero, por ejemplo, préstamos, pagarés y/o hipotecas? ❑ Sí ❑ No

Si contesta Sí, proporcione los detalles sobre estos arreglos. _____

_____

_____

_____

¿El solicitante recibió servicios médicos en los últimos 3 meses?

❑ Sí ❑ No

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Date Applied _____

Case # _____

NJFC-ABD-AP-S-1019

SECCIÓN 11 Seleccione el plan de salud del solicitante

Elija un plan de salud de la lista de abajo. Si el solicitante no elige un plan de salud ahora, tendrá la oportunidad de seleccionar uno antes de inscribirse. El solicitante debe estar inscrito en un plan de salud para poder recibir todos los servicios que se ofrecen mediante NJ FamilyCare. El plan de salud únicamente se aplica si el (los) solicitante(s) es (son) elegible(s) para NJ FamilyCare. Si el solicitante necesita ayuda para seleccionar su Plan de salud, comuníquese con un Coordinador de Beneficios de Salud llamando al 1-800-701-0710, TTY 1-800-701-0720.

☞ 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.

En ciertos condados, los participantes elegibles de 55 años de edad y mayores que viven en la comunidad y que necesitan Servicios y Apoyos de Largo Plazo, en su lugar tendrían que recibir su atención mediante PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly). Llame al 1-800-792-8820 para obtener más información sobre PACE en su comunidad.

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Date Applied _____

Case # _____

NJFC-ABD-AP-S-1019

SECCIÓN 12 Derechos y 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 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 los contratistas gubernamentales y las agencias que determinan la elegibilidad en DMAHS pueden intercambiar información relacionada con la cobertura para asistir con esta solicitud, la inscripción, la administración y los servicios de facturación.
- 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 a 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 recibió los servicios. 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 usado en cualquier mes.

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Date Applied _____

Case # _____

NJFC-ABD-AP-S 1019

SECCIÓN 7 - DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE SOLICITANTES Y BENEFICIARIOS - continuación

Para obtener más información sobre Estate Recovery (Recuperación de caudales hereditarios por parte del Estado), visite www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/e_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 del estado;
    2) Cambios en donde vive, en donde recibe nuestra correspondencia o en cualquier otra información de contacto;
    3) Cambios en otra cobertura de seguro de salud;
    4) Cambios en el ingreso 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;
    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 de 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 que cumpla con los requisitos de elegibilidad.

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Date Applied _____

Case # _____

SECTION 7 - APPLICANT AND BENEFICIARY RIGHTS AND RESPONSIBILITIES - continued

- Entiendo que a una persona únicamente se le permite retener $2,000 ó $4,000 en recursos, dependiendo del programa. Entiendo que, si estoy intentando obtener Servicios y Apoyos de Largo Plazo o servicios con base en un nivel de atención institucional, NJ FamilyCare examinará las transferencias de recursos que hayan ocurrido durante el periodo de examen retroactivo antes, y en cualquier momento después, de la primera fecha en que solicite los 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 salud de NJ FamilyCare, podrían ser elegibles para recibir beneficios federales y/o pueden explorar las opciones de cobertura de salud privadas mediante el Mercado Federal de Seguros de Salud (Federal Health Insurance Marketplace; Marketplace). Si éste es el caso, autorizo a NJ FamilyCare y a sus contratistas a que proporcionen al Marketplace la información contenida en esta solicitud.
- Confirmo que he leído y que entiendo la NJ FamilyCare Privacy Policy (Política de privacidad de NJ FamilyCare) publicada en línea en: https://njfc.force.com/familycare/NJPrivacyNotice y el Notice of Privacy Practices (Aviso de prácticas de privacidad) publicado en línea en: www.njfamilycare.org/docs/NJFC-HIPAA.pdf
- Entiendo que el programa de NJ FamilyCare puede usar o dar a conocer la información de salud protegida sobre mí o mis hijos, si las leyes federales de privacidad o si la ley estatal 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 del programa.
- 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) publicada en línea en: www.njfamilycare.org/docs/ndc_english.pdf

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Date Applied _____

Case # _____

NJFC-ABD-AP-S-1019

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 (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, 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 que haya recibido usted u otros 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 de DMAHS. 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 al1-800-701-0710 (TTY: 1-800-701-0720).

SECTION 13 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.

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Date Applied _____

Case # _____

NJFC-ABD-AP-S-1019

FIRME la solicitud y ENVÍELA a su AGENCIA LOCAL DE BIENESTAR DEL CONDADO a la dirección apropiada según aparece abajo.

AGENCIAS DE BIENESTAR DE CONDADOS DE NEW JERSEY

ATLANTIC COUNTY DIVISION OF INTERGENERATIONAL SERVICES - ABD MEDICAID 101 SOUTH SHORE RD NORTHFIELD, NJ 08225 609-645-7700	**MIDDLESEX** COUNTY BOARD OF SOCIAL SERVICES 181 HOW LANE, P.O. BOX 509 NEW BRUNSWICK, NJ 08903 732-745-3500
BERGEN COUNTY BOARD OF SOCIAL SERVICES 218 ROUTE 17 NORTH ROCHELLE PARK, NJ 07662-3300 201-368-4200	**MONMOUTH** COUNTY DIVISION OF SOCIAL SERVICES 3000 KOZLOSKI RD., P.O. BOX 3000 FREEHOLD, NJ 07728 732-431-6000
BURLINGTON COUNTY BOARD OF SOCIAL SERVICES HUMAN SERVICES FACILITY 795 WOODLANE RD. MOUNT HOLLY, NJ 08060-3335 609-261-1000	**MORRIS** COUNTY OFFICE OF TEMPORARY ASSISTANCE 340 W. HANOVER, P.O. BOX 900 MORRISTOWN, NJ 07963-0900 973-326-7800
CAMDEN COUNTY BOARD OF SOCIAL SERVICES ALETHA R. WRIGHT ADMINISTRATION BLDG. 600 MARKET ST. CAMDEN, NJ 08102-1255 856-225-8800	**OCEAN** COUNTY BOARD OF SOCIAL SERVICES 1027 HOOPER AVE., P.O. BOX 547 TOMS RIVER, NJ 08754-0547 732-349-1500
CAPE MAY COUNTY BOARD OF SOCIAL SERVICES SOCIAL SERVICES BLDG. 4005 ROUTE 9 SOUTH RIO GRANDE, NJ 08242-1911 609-886-6200	**PASSAIC** COUNTY BOARD OF SOCIAL SERVICES 80 HAMILTON ST. PATERSON, NJ 07505-2057 973-881-0100
CUMBERLAND COUNTY BOARD OF SOCIAL SERVICES 275 NORTH DELSEA DR. VINELAND, NJ 08360-3607 856-691-4600	**SALEM** COUNTY BOARD OF SOCIAL SERVICES 147 S. VIRGINIA AVE. PENNS GROVE, NJ 08069-1797 856-299-7200
ESSEX COUNTY DEPARTMENT OF CITIZEN SERVICES DIVISION OF FAMILY ASSISTANCE & BENEFITS 18 RECTOR ST, 5TH FL. NEWARK, NJ 07102 973-733-3000	**SOMERSET** COUNTY BOARD OF SOCIAL SERVICES 73 E. HIGH ST., P.O. BOX 936 SOMERVILLE, NJ 08876-0936 908-526-8800
GLOUCESTER COUNTY DIVISION OF SOCIAL SERVICES 400 HOLLYDELL DR. SEWELL, NJ 08080 856-582-9200	**SUSSEX** COUNTY DIVISION OF SOCIAL SERVICES 83 SPRING ST., STE. 203. P. O. BOX 218 NEWTON, NJ 07860 973-383-3600
HUDSON COUNTY DEPARTMENT OF FAMILY SERVICES WELFARE DIVISION 257 CORNELISON AVENUE JERSEY CITY, NJ 07302 201-420-3000	**UNION** COUNTY DIVISION OF SOCIAL SERVICES 342 WESTMINSTER AVE. ELIZABETH, NJ 07208-3290 908-965-2700
HUNTERDON COUNTY DEPT OF HUMAN SERVICES DIVISION OF SOCIAL SERVICES 6 GAUNTT PLACE, P.O. BOX 2900 FLEMINGTON, NJ 08822-2900 908-788-1300	**WARREN** COUNTY DIVISION OF TEMPORARY ASSISTANCE AND SOCIAL SERVICES 1 SHOTWELL DRIVE BELVIDERE, NJ 07823 908-475-6301
MERCER COUNTY BOARD OF SOCIAL SERVICES 200 WOOLVERTON ST., P.O. BOX 1450 TRENTON, NJ 08650-2099 609-989-4320	

INFORMACIÓN SUPLEMENTARIA

Formulario de Designación de Representante Autorizado

FAMILYCARE
Cobertura médica económica. Atención médica de calidad.

ESTADO DE NEW JERSEY
Departamento de Servicios Humanos
División de Asistencia Médica y Servicios de Salud

FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Yo, _____ por la presente autorizo a la siguiente persona o
(Nombre del solicitante)
compañía para que sea mi Representante Autorizado en mi solicitud para recibir beneficios de Medicaid que presenté ante la Agencia de Determinación de Elegibilidad (Eligibility Determining Agency; EDA) o la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud de New Jersey (New Jersey Division of Medical Assistance and Health Services; DMAHS) y en todas las revisiones de mi elegibilidad. Autorizo a mi representante a que tome cualquier acción que pueda ser necesaria para establecer mi elegibilidad para inscribirme en NJ FamilyCare.

Nombre del representante: _____

Compañía: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Número telefónico: (___ ___ ___) ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___

_____ inicial — Mi decisión de designar un Representante Autorizado es voluntaria y tomada libremente. Entiendo que firmar este documento no me libera de mi responsabilidad de participar en el proceso de elegibilidad de NJ FamilyCare, lo que incluye proporcionar información y documentos.

_____ inicial — Entiendo que, como consecuencia de esta autorización, la DMAHS y la EDA correspondiente pueden dar a conocer información al Representante Autorizado, incluido mi número de Seguro Social, estados de cuenta financieros, información médica y las razones para la denegación.

_____ inicial — El Representante Autorizado me ha informado completamente por escrito de conflictos de interés reales o potenciales que pueden existir entre la entidad arriba nombrada y yo. Por la presente, renuncio a los posibles conflictos de interés. Si no hay ningún conflicto de interés, el Representante Autorizado tiene que poner ese hecho por escrito.

_____ inicial — Entiendo que la información compartida con el Representante Autorizado podría afectar mi responsabilidad ante un tercero, incluir al Representante Autorizado y darse a conocer a otras personas. Por la presente libero de toda responsabilidad a la DMAHS y EDA por cualquier reclamación o acción que surja de que mi Representante Autorizado use o dé a conocer la información.

FIRME AL DORSO

NJFC-AUTH-S-1019

Signatures

_____ inicial — Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando al Representante Autorizado y la EDA por escrito..

_____ inicial — Entiendo que, mientras esta autorización esté vigente, todos los avisos/toda la correspondencia que envíe la DMAHS y la EDA correspondiente sólo se enviará al Representante Autorizado.

_____ inicial — Entiendo que ni el Estado de New Jersey ni la EDA cobran de forma alguna para presentar la solicitud para la inscripción en NJ FamilyCare.

_____ Firma del solicitante en NJ FamilyCare o de la persona que otorga la autoridad

_____ Fecha (mm/dd/aaaa)

_____ Relación (la persona en sí, tutor, etc.)

_____ Testigo

_____ Fecha (mm/dd/aaaa)

_____ Nombre con letra de molde

_____ Firma del representante autorizado

_____ Título (si es empleado de una compañía autorizada)

_____ Nombre con letra de molde

_____ Fecha (mm/dd/aaaa)

_____ Testigo

_____ Fecha (mm/dd/aaaa)

_____ Nombre con letra de molde

Este formulario no tiene efecto alguno a menos que esté presenciado ante testigo y firmado por la persona que otorga la autoridad y el Representante Autorizado o agente de la compañía designada para ser el Representante Autorizado.

NJFC-AUTH-S-1019

INFORMACIÓN SUPLEMENTARIA

Formulario de Información del Cónyuge

NJ FamilyCare Programas para Personas de Edad Avanzada, Ciegas, Discapacitadas

FAMILYCARE
Cobertura médica económica. Atención médica de calidad

ESTADO DE NEW JERSEY
Departamento de Servicios Humanos
División de Asistencia Médica y Servicios de Salud

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Complete sólo si el cónyuge solicita la inscripción

SECCIÓN 1 Solicitante 2 (Cónyuge)

Nombre del solicitante 1:

_____ Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Nombre del solicitante 2 (cónyuge):

_____ Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____ Nombre de soltera

Si el solicitante no ha vivido en su dirección particular por 5 años, anote su dirección anterior: (Adjunte información adicional, si es necesario)

_____ Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal

Dirección postal actual (si es diferente de la de arriba):

_____ Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal

Número telefónico del solicitante: (___ ___ ___) ___ ___ ___- ___ ___ ___ ___

Dirección de correo electrónico del solicitante: _____

¿El solicitante es ciego o discapacitado? ❑ Sí Si contesta sí, en qué fecha: _____ ❑ No

¿El solicitante solicitó Ingreso Suplementario de Seguridad (Supplemental Security Income; SSI)?
❑ Sí Si contesta sí, cuándo ___ ___ - ___ ___ ___ ___ (Mes / Año) ❑ No

¿El solicitante tiene historial de tener una discapacidad intelectual o del desarrollo severa o crónica que se le presentó antes de los 22 años y está indicada por una discapacidad intelectual, autismo, parálisis cerebral, epilepsia, espina bífida u otros trastornos neurológicos? ❑ Sí ❑ No

¿El solicitante necesita servicios "similares a los de un centro de cuidados", servicios y apoyos de largo plazo, como para vestirse, bañarse o asistencia con la movilidad? Consulte el folleto. ❑ Sí ❑ No

¿Alguna vez ha solicitado la inscripción? ❑ Sí Si contesta sí, en cuál condado _____ ❑ No

SECCIÓN 2 Información demográfica del solicitante 2 (cónyuge)

Fecha de nacimiento: ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___ (Mes / Día / Año) Sexo: ❑ Hombre ❑ Mujer

Estado de ciudadanía: ❑ Ciudadano de EE. UU. ❑ Residente legal permanente ❑ Refugiado
❑ Asilado ❑ Sin admisión legal ❑ Inmigrante legal _____ *Fecha de entrada*

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Date Applied _____

Case # _____

NJFC-ABD-SP-S-1019

SECTION 2 - DEMOGRAPHIC INFORMATION FOR THE APPLICANT 2 (SPOUSE) - continued

Núm. de USCIS/Extranjero _____ Núm. de tarjeta de migración_____

Nombre oficial de documento/tarjeta de migrante (alias) _____

Número de Seguro social: ___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___ Número de identificación de Medicare: _____

Estado civil: ❑ Soltero ❑ Casado, fecha _____ ❑ Divorciado, fecha _____
❑ Viudo, fecha de fallecimiento de su cónyuge____ ❑ Separado, fecha____ ❑ Hijo (menor de 19)

SECCIÓN 3 Se dejó en blanco intencionalmente

SECCIÓN 4 Asistencia con la solicitud

El solicitante puede elegir a una persona para que le ayude a completar su solicitud. Podemos comunicarnos con esta persona para obtener más información. Seleccione abajo:

❑ Representante autorizado - Llene el Formulario Designación de Representante Autorizado (incluido).
❑ Apoderado legal ❑ Tutor legal ❑ Abogado ❑ Cónyuge
❑ Otro, por favor identifique su relación _____

Proporcione la información siguiente de esta persona:

Nombre _____

Dirección _____ _____ _____ _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Número telefónico: (_ _ _) _ _ _ -_ _ _ _ Correo electrónico: _____

SECCIÓN 5 Información de seguro de salud - Solicitante 2 (Cónyuge)

❑ **Medicare Parte A** Fecha de elegibilidad _____

¿El solicitante paga una prima? ❑ Sí, ¿monto mensual? _____ ❑ No

❑ **Medicare Parte B** Fecha de elegibilidad _____

¿El solicitante paga una prima? ❑ Sí, ¿monto mensual? _____ ❑ No

❑ **Medicare Parte C** Fecha de elegibilidad _____

¿El solicitante paga una prima? ❑ Sí, ¿monto mensual? _____ ❑ No

❑ **Medicare Parte D** Fecha de elegibilidad _____

¿El solicitante paga una prima? ❑ Sí, ¿monto mensual? _____ ❑ No

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Date Applied _____

Case # _____

NJFC-ABD-SP-S-1019

SECCIÓN 5 - INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUD - continuación

¿El solicitante tiene cualquier otra cobertura de seguro de salud? ❑ Sí ❑ No

Si contesta sí, anote abajo el nombre de la cobertura de salud, el número de póliza y todo costo de primas.

Nombre de póliza	Número de póliza	Prima de la póliza

¿El solicitante tiene seguro de atención de largo plazo? ❑ Sí ❑ No

¿El solicitante tiene una Póliza de Sociedad para Atención de Largo Plazo aprobada por el Departamento de Banca y Seguros de New Jersey? ❑ Sí ❑ No

Si el solicitante contestó sí a cualquiera de estas preguntas, proporcione una copia de la(s) póliza(s).

SECCIÓN 6 Situación de vivienda - Solicitante 2 (Cónyuge)

Situación de vivienda actual del solicitante, marque todo lo que corresponda.

❑ Casa: Propia ❑ Renta ❑ ❑ Vive con el cónyuge ❑ Centro de enfermería

❑ Centro de vida asistida ❑ Centro residencial de atención

❑ Renta una(s) habitación(es) en el hogar de otra persona ❑ Vive con un familiar o amistad

❑ Otra: Situación de vivienda: _____

Enumere las demás personas que viven con el solicitante; incluya el nombre, la edad y su relación

_____

_____

_____

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Date Applied _____

Case # _____

NJFC-ABD-SP-S-1019

¿El solicitante 2 (cónyuge) ha recibido cobros médicos no pagados en los últimos 3 meses? ❑ Sí ❑ No

SECCIÓN 7 Derechos y 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 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 los contratistas gubernamentales y las agencias que determinan la elegibilidad en DMAHS pueden intercambiar información relacionada con la cobertura para asistir con esta solicitud, la inscripción, la administración y los servicios de facturación.

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Date Applied _____

Case # _____

NJFC-ABD-SP-S-1019

SECCIÓN 7 - DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE SOLICITANTES Y BENEFICIARIOS - continuación

- 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 a 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 recibió los servicios. 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 usado en cualquier mes.

  Para obtener más información sobre Estate Recovery (Recuperación de caudales hereditarios por parte del Estado), visite 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 del estado;
  2) Cambios en donde vive, en donde recibe nuestra correspondencia o en cualquier otra información de contacto;
  3) Cambios en otra cobertura de seguro de salud;
  4) Cambios en el ingreso 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;
  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 de 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.

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Date Applied _____

Case # _____

NJFC-ABD-SP-S-1019

SECCIÓN 7 - DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE SOLICITANTES Y BENEFICIARIOS - continuación

- 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 que cumpla con los requisitos de elegibilidad.
- Entiendo que a una persona únicamente se le permite retener $2,000 ó $4,000 en recursos, dependiendo del programa. Entiendo que, si estoy intentando obtener Servicios y Apoyos de Largo Plazo o servicios con base en un nivel de atención institucional, NJ FamilyCare examinará las transferencias de recursos que hayan ocurrido durante el periodo de examen retroactivo antes, y en cualquier momento después, de la primera fecha en que solicite los 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 salud de NJ FamilyCare, podrían ser elegibles para recibir beneficios federales y/o pueden explorar las opciones de cobertura de salud privadas mediante el Mercado Federal de Seguros de Salud (Federal Health Insurance Marketplace; Marketplace). Si éste es el caso, autorizo a NJ FamilyCare y a sus contratistas a que proporcionen al Marketplace la información contenida en esta solicitud.
- Confirmo que he leído y que entiendo la NJ FamilyCare Privacy Policy (Política de privacidad de NJ FamilyCare) publicada en línea en: https://njfc.force.com/familycare/NJPrivacyNotice y el Notice of Privacy Practices (Aviso de prácticas de privacidad) publicado en línea en: www.njfamilycare.org/docs/NJFC-HIPAA.pdf
- Entiendo que el programa de NJ FamilyCare puede usar o dar a conocer la información de salud protegida sobre mí o mis hijos, si las leyes federales de privacidad o si la ley estatal 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 del programa.
- 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) publicada en línea en: www.njfamilycare.org/docs/ndc_english.pdf

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Date Applied _____

Case # _____

NJFC-ABD-SP-S-1019

SECCIÓN 7 - DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE SOLICITANTES Y BENEFICIARIOS - continuación

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 (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, 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 que haya recibido usted u otros 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 de DMAHS. 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: 1-800-701-0720).

SECCIÓN 8 Firma - Solicitante 2 (Cónyuge)

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 2 (cónyuge) _____ 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.

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Date Applied _____

Case # _____

NJFC-ABD-SP-S-1019

NJ FAMILYCARE
Affordable health coverage. Quality care.

STATE OF NEW JERSEY
Department of Human Services
Division of Medical Assistance and Health Services

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: 1-800-701-0720).

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: NJ Civil Rights Coordinator, NJ Department of Human Services, Office of Legal and Regulatory Affairs, 222 South Warren Street, P.O. Box 700, Trenton, New Jersey 08625-0700, 1-888-347-5345 (teléfono), (609) 633-9610 (fax) o correo electrónico: DHS-CO.OLRA@dhs.state.nj.us. Puede presentar una queja formal en persona o por correo, fax o correo electrónico.

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: 1-800-701-0720).

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: 1-800-701-0720).

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: 1-800-701-0720).

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，您可以免费获得语言协助服务。致电 1-800-701-0710 (TTY: 1-800-701-0720)。

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: 1-800-701-0720) 번으로 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: 1-800-701-0720).

Gujarati. NJ FamilyCare, લાગુ પડતા 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 નિઃશુલ્ક ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-701-0710 (TTY: 1-800-701-0720).

Polish. NJ FamilyCare przestrzega wszelkich odnośnych przepisów federalnych dotyczących praw obywatelskich i nie dopuszcza się dyskryminacji z powodu rasy, koloru skóry, pochodzenia narodowego, płci, pochodzenia, wieku lub inwalidztwa. Dla osób mówiących po **polsku** dostępna jest bezpłatna pomoc językowa. Proszę zadzwonić pod numer 1-800-701-0710 (TTY: 1-800-701-0720).

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: 1-800-701-0720).

Arabic. تلتزم NJ FamilyCare بقوانين الحقوق 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 تحملك أي تكلفة. اتصل بالرقم 1-800-701-0710 (TTY: 1-800-701-0720).

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**, may makukuha kang tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-701-0710 (TTY: 1-800-701-0720).

Russian. Программа NJ FamilyCare действует в соответствии с федеральным законодательством о гражданских правах и запрещает дискриминацию на основе расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, пола, возраста или инвалидности. Если вы говорите **по-русски,** то можете бесплатно получить услуги по переводу. Позвоните по номеру телефона 1-800-701-0710 (номер телефона / телетайпа для слабослышащих: 1-800-701-0720).

French Creole (Haitian Creole). NJ FamilyCare obeyi lwa federal konsenan dwa sivil yo e li pa diskrimine nonplis sou ras, koulè po, peyi natif natal, sèks, laj, ak enfimite. Si w pale **kreyòl**, gen yon sèvis tradiksyon disponib san w pa peye anyen pou li. Sonnen 1-800-701-0710 (TTY : 1-800-701-0720).

Hindi. NJ FamilyCare, लागू संघीय नागरिक 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 सेवायें नि: शुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-701-0710 (TTY: 1-800-701-0720) पर फोन करें।

Vietnamese. NJ FamilyCare tuân thủ theo luật dân quyền Liên Bang hiện hành và không kỳ thị dựa vào chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, 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: 1-800-701-0720).

French. NJ FamilyCare respecte les lois applicables des États-Unis en matière de droits civils et ne pratique aucune discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, le sexe, l'âge ou un handicap. Si vous parlez le **français,** vous bénéficiez de services d'assistance linguistique gratuits. Appelez le 1-800-701-0710 (TTY : 1-800-701-0720).

Urdu. NJ FamilyCare قابل اطلاق وفاقی شہری حقوق کے قوانین کی پابندی کرتا ہے اور نسل، رنگ، قومی نژاد، جنس، عمر یا معذوری کی بنیاد پر امتیاز نہیں برتتا۔ اگر آپ **اردو** بولتے ہیں تو زبان سے متعلق مدد کی خدمات آپ کے لیے مفت دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-701-0710 (TTY: 1-800-701-0720)۔

Estado de Nueva Jersey
Secretar□a del Estado
Division de Elecciones

Oportunidad de Registro de Votantes

El Acta Nacional de Registro de Votantes de 1993 requiere que el Estado le dØ 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 interØs o no de registrarse para votar en este momento.

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

Si se niega a registrarse para votar en este momento, su decisi□n serÆ confidencial y se usarÆ s□lo para fines del registro de votantes. Si se registra para votar, la forma en que lo haga serÆ confidencial y serÆ usada s□lo para fines del registro de votantes.

Usted se puede registrar para votar en los siguientes casos:

- Es ciudadano(a) de Estados Unidos.
- TendrÆ los 18 aæos cumplidos a mÆs tardar en la fecha de las pr□ximas elecciones.
- SerÆ residente del Estado y el condado 30 d□as antes de las elecciones.
- NO estÆ 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 votaci□n, o su derecho a elegir su propio partido pol□tico u otra preferencia pol□tica, puede presentar una queja en NJ Division of Elections, (direcci□n postal) P.O. Box 304, Trenton, NJ 08625-0304; (ubicaci□n 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 decisi□n de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede completar el formulario de solicitud en privado.

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

Si no estÆ registrado(a) para votar en donde vive actualmente, ¿le gustar□a solicitar el registro de votaci□n aqu□ y ahora?

❑ Si ❑ No ❑ Ya estoy inscrito

SI NO MARCA UNA OPCI□N, SE CONSIDERAR` QUE DECIDI□ 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

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

1 Marque las casillas que correspondan: ☐ Inscripción nueva ☐ Cambio de nombre ☐ Cambio de dirección ☐ Actualización de firma o cambio a no afiliación ☐ Afiliación a partido politico

2 ¿Es ciudadano estadounidense.? ☐ Sí ☐ No *(Si responde No, NO llene este formulario)* | ¿Tiene 17 años de edad como mínimo? ☐ Sí ☐ No *(Si responde No, NO complete este formulario)*

3 Apellido | Primer nombre | Segundo nombre o inicial | Sufijo *(Jr., Sr., III)*

4 Fecha de nacimiento (Mes/Dia/Año)

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 ___ ___ ___ ___

___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

☐ "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

PARA USO OFICIAL EXCLUSIVO

Secretario

Nro. de inscripción:

Sello de hora de oficina

☐ por correo
☐ en persona

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)* ☐ Sí, el nombre del partido es _____.
☐ No, no deseo afiliarme a ningún partido político.

11 Sexo
☐ Femenino
☐ 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
☐ cómo ser auxiliar electoral
☐ acceso al centro de votación
☐ cómo votar si tiene una discapacidad, incluso impedimento visual
☐ material electoral disponible en este otro idioma: _____

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

NJ Division of Elections 03/02/16

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

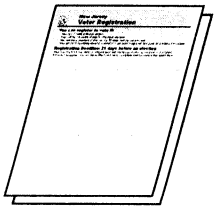
BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 206 TRENTON, NJ

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

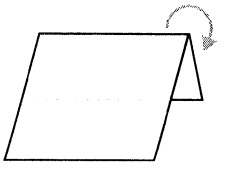
DIVISION OF ELECTIONS
PO BOX 304
TRENTON NJ 08625-9983

2 PLIEGUE

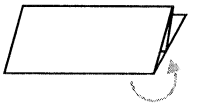
Importante: Imprima al 100%. NO HAGA REDUCCIONES. Pliegue como se ilustra para asegurar que se envíe correctamente.



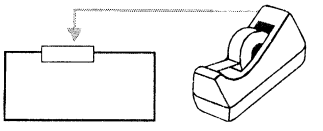
Coloque ambas hojas juntas como se muestra



1 Pliegue la parte superior hacia abajo



2 Pliegue la parte inferior hacia arriba



3 Selle la parte superior con cinta adhesiva

3 SELLE CON CINTA ADHESIVA AQUÍ