

Solicitud para obtener cobertura de salud y ayuda para pagar los costos



Solicite más rápido por Internet en getcovered.nj.gov/espanol



Use esta solicitud para ver para qué tipo de cobertura es elegible

- Los planes del mercado de seguros de salud ofrecen cobertura integral, incluyendo las enfermedades preexistentes.
- La ayuda financiera puede ayudar inmediatamente a reducir sus cuotas de la cobertura de salud.
- Cobertura gratuita o de bajo costo a través de Medicaid de NJ FamilyCare o del Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP).



¿Quién puede usar esta solicitud?

- Use esta solicitud para cualquier persona en su hogar.
- Solicite aunque usted, su cónyuge o su niño ya tengan cobertura de salud. Usted podría ser elegible para obtener ayuda financiera.
- Los hogares que incluyen inmigrantes elegibles pueden solicitar. Puede solicitar para su niño aún si usted no es elegible para obtener cobertura. Solicitar no afecta su estatus migratorio ni las posibilidades de convertirse en residente permanente o ciudadano.



Qué necesita para solicitar

- Números de Seguro Social (SSN) (o números de documentos de cada inmigrante elegible que necesite cobertura).
- Información del empleador y de ingresos de las personas en su hogar fiscal (como talones de pago, formularios W-2 o declaraciones de salarios o fiscales).
- Información sobre cualquier seguro de salud actual.
- Información sobre cualquier seguro de salud de un empleador que se reciba en su hogar.



¿Qué pasará después?

- Imprima un formulario en blanco para llenar a mano usando tinta negra o azul oscuro.
- Firme el formulario completado y envíelo por correo junto con los documentos de respaldo a:

Get Covered New Jersey
Attn: Application
PO Box 55898
Trenton, NJ 08638



Obtener ayuda con esta solicitud

- **Por Internet:** getcovered.nj.gov/espanol.
- **Por teléfono:** **1-833-677-1010**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.
- **En persona:** Es posible que haya consejeros que le puedan ayudar en su área. Visite getcovered.nj.gov/espanol o llame al **1-833-677-1010** para obtener más información.
- **In English:** Call our toll-free help center at **1-833-677-1010**.
- **Otros idiomas:** Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al 1-833-677-1010 y dígame al representante de servicio al

Antes de comenzar:

Privacidad y uso de la información

Proteger su información personal es importante para Get Covered New Jersey y mantendremos su información privada, como lo exige la ley. Sus respuestas en este formulario solo se usarán para determinar la elegibilidad para la cobertura de salud. Verificaremos sus respuestas usando la información en nuestra base de datos electrónica y en las bases de datos de otras agencias estatales y federales. Si la información no coincide, podríamos pedirle que nos envíe pruebas. No le haremos ninguna pregunta sobre su historial médico. A los miembros del hogar que no quieran cobertura no se les hará preguntas sobre ciudadanía o estatus migratorio.

Importante:

Como parte del proceso de solicitud de GetCoveredNJ, podríamos divulgar y obtener su información mediante intercambios de datos electrónicos seguros con el Servicio de Impuestos Internos (IRS), la Administración del Seguro Social (SSA), el Departamento de Seguridad Nacional (DHS) o una agencia de informes del consumidor (tal como Equifax). La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio autoriza estos intercambios de datos. Necesitamos esta información para verificar su identidad, ingresos y otra información en su solicitud para determinar si es elegible para la cobertura de salud y la ayuda financiera a través de GetCoveredNJ. También podríamos verificar su información más tarde para asegurarnos de que su elegibilidad para el programa esté actualizada.

También nos comunicamos con usted o con el representante designado y proporcionamos la información a la compañía de seguros que usted elija para que lo puedan inscribir en el plan de salud. Si usted elige usar un representante designado, tal como un agente de seguro de salud o un asistente de inscripciones, este podrá ver la información de su solicitud.

La información en esta solicitud también se compartirá con Medicaid de NJ FamilyCare y el Programa de Seguro de Salud para Niños. NJ FamilyCare mantendrá su información privada, como lo exige la ley. Sus respuestas en esta solicitud y cualquier información adicional que usted proporcione a NJ FamilyCare se usarán para determinar la elegibilidad para los programas, para verificar la identidad e información financiera tal como los ingresos y la información de la cuenta bancaria, para determinar el monto para la ayuda o cobertura médica, para proporcionar beneficios, para pagar beneficios y para prevenir la duplicación o el pago incorrecto de beneficios, y para propósitos de recuperación de fondos.

La Política de privacidad puede consultarse en cualquier momento en www.getcovered.nj.gov/espanol donde dice "Privacy Notice." Usted puede pedir una copia impresa llamando al 1-833-677-1010 y proporcionando su dirección postal. Los Derechos y responsabilidades, la Política de privacidad y el Aviso de prácticas de privacidad de NJ FamilyCare pueden consultarse en cualquier momento en <http://www.njfamilycare.org/links.aspx> donde dice "Helpful Links" (Enlaces útiles), Usted puede pedir una copia impresa llamando al 1-800-356-1561.

Doy mi consentimiento para que la información se envíe, acceda y use según se indica anteriormente, para todas las personas que se incluirán en mi solicitud. He revisado las Políticas de privacidad del estado de Nueva Jersey mencionadas anteriormente y entiendo que estas políticas se aplican a GetCoveredNJ y NJ FamilyCare.

Todos los campos de esta solicitud marcados con un asterisco (*) son obligatorios a menos que se indique de otra manera.

Escriba en letra de imprenta mayúscula usando solo tinta negra o azul oscuro. Marque o llene claramente las casillas para indicar su respuesta.

Envíe solo COPIAS de toda la documentación oficial.

Documentos que se pueden proporcionar para probar la identidad:

* Su solicitud no se puede procesar hasta que se reciba toda la documentación **NECESARIA**. Se dispone de ayuda gratuita si es necesario. Usted puede encontrar ayuda local en el sitio web de GetCoveredNJ, haga clic en "Le podemos ayudar" y después en "Encuentre asistencia local", en www.getcovered.nj.gov/espanol, o puede llamar al 1-833-677-1010. **NO NECESITA ENVIAR TODOS LOS DOCUMENTOS**. GetCoveredNJ necesita solo los documentos que le corresponden a usted o a otras personas que estén solicitando. No envíe documentos originales; solo envíe copias.

Usted tiene que proporcionar prueba de identidad, ciudadanía estadounidense y/o estatus migratorio y fecha de nacimiento.

Puede proporcionar **UNO** de los siguientes documentos (solo copias) para demostrar tanto la ciudadanía estadounidense como la identidad y la fecha de nacimiento:

- Pasaporte (libreta o tarjeta) de EE. UU., O
- Certificado de naturalización (Formulario N-550 o N-570 del DHS), O
- Certificado de ciudadanía estadounidense (Formulario N-560 o N-561 del DHS), O

Cuando uno de los documentos mencionados anteriormente no está disponible, **UN** documento de **CADA UNA** de las listas a continuación puede usarse para probar la ciudadanía y/o identidad (solo copias, no enviar originales). Esta lista no incluye todos los documentos. Si usted no tiene uno de estos documentos, puede encontrar ayuda local para completar su solicitud en el sitio web de GetCoveredNJ, haga clic en "Le podemos ayudar" y después en "Encuentre asistencia local", en www.getcovered.nj.gov/espanol, o puede llamar al 1-833-677-1010.

Los documentos que tienen un asterisco (*) al lado también muestran la fecha de nacimiento

Ciudadanía estadounidense

- Certificado de nacimiento en EE. UU.*
- Certificación de declaración de nacimiento emitida por el Departamento de Estado (Formularios FS-545 o DS-1350)*
- Reporte consular de nacimiento en el extranjero (Formulario FS-240)
- Tarjeta de identificación de ciudadano de EE. UU. (Formularios I-197 o I-179)
- Documento tribal de indígena americano*
- Registros religiosos/escolares*
- Registro militar que muestre el lugar de nacimiento en EE. UU.
- Decreto final de adopción
- Prueba de que es elegible para la ciudadanía estadounidense según la Ley de Ciudadanía Infantil de 2000

Identidad

- Licencia de conducir o identificación con foto de un estado*
- Tarjeta de identificación emitida por una agencia del gobierno federal, del estado o local
- Tarjeta militar de EE. UU. o registro de reclutamiento o tarjeta de marino mercante del Servicio de Guardacostas de EE. UU.
- Tarjeta de identificación escolar con foto (también puede mostrar la fecha de nacimiento)
- Certificado de grado de sangre indígena u otro documento tribal de indígena americano/nativo de Alaska con foto
- Registros verificados de escuelas, guarderías para bebés y niños (para menores de 18 años) (también pueden mostrar la fecha de nacimiento)
- Registros de clínicas, médicos u hospitales (para menores de 18 años)*

I. Información del contacto principal:

| | | | | | | | |
|---|--|-----------------------|-----------------------|--|-----------------|-----------------------------|--|
| Nombre* | | Segundo nombre | | Apellido* | | Sufijo | |
| Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): | | | | Correo electrónico: | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> <i>Envíenme alertas importantes a este correo electrónico</i> | | | |
| Dirección del hogar (Deje este espacio en blanco si no tiene una). * | | | | Dirección del hogar 2 | | | |
| Ciudad* | | Estado* | Código postal* | | Condado* | | |
| Dirección postal del contacto principal | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Marque si es la misma que la dirección del hogar del contacto principal | | | | | | | |
| <i>Si no es la misma, llene la dirección del hogar del contacto principal a continuación. Si responde Sí, vaya a Número de teléfono</i> | | | | | | | |
| Dirección postal del contacto principal (Deje en blanco si no tiene una). * | | | | Dirección postal 2 | | | |
| Ciudad* | | Estado* | Código postal* | | Condado* | | |
| Número de teléfono móvil | | | | Número de teléfono del hogar | | Extensión telefónica | |
| <input type="checkbox"/> <i>Envíenme alertas importantes a este número de teléfono. Podrían aplicarse tarifas de mensajes estándar.</i> | | | | | | | |

Preferencias del contacto principal:

| |
|---|
| Idioma hablado preferido (llene): |
| Idioma escrito preferido (llene): |
| Método de comunicación preferido* <input type="checkbox"/> Electrónico / Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal |
| ¿Cómo le gustaría recibir su formulario 1095-A* <input type="checkbox"/> Electrónico / Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal |

II. Ayuda para solicitar cobertura:

¿Alguien le está ayudando con esta solicitud? *

- Un amigo o familiar me está ayudando
- Un agente/corredor de seguros de salud o asistente de inscripción certificado me está ayudando
- Yo estoy llenando esta solicitud para mí y/o para mi familia

Si en la actualidad usted no recibe ayuda y quiere obtenerla, vaya a getcovered.nj.gov/espanol.

*Si alguien le está ayudando, llene la información a continuación. **SI NO, vaya a la Sección III "Ayuda para pagar la cobertura".***

Información del agente / asistente / corredor/Navegador

Información de contacto del agente / asistente / corredor

| | | | |
|----------------|-----------------------|------------------|---------------|
| Nombre* | Segundo nombre | Apellido* | Sufijo |
| | | | |

Dirección del agente / asistente / corredor

| | | | |
|---------------------------------|---|-----------------------------|-----------------|
| Dirección* | | | |
| | | | |
| Ciudad* | Estado* | Código postal* | Condado* |
| | | | |
| Número de teléfono móvil | Número de teléfono de la oficina | Extensión telefónica | |
| | | | |

Representante autorizado

Si alguien le está ayudando a completar su solicitud, puede designar a esa persona como su representante autorizado.

Un representante autorizado es cualquier adulto, frecuentemente, un miembro de la familia o cónyuge, que sabe lo suficiente sobre la situación en el hogar y está autorizado para actuar en nombre del hogar para propósitos de elegibilidad. Al designar a un representante autorizado, usted está dando permiso para que su representante autorizado:

- Firme la solicitud en su nombre
- Actúe en su nombre en cuanto a todos los asuntos relacionados con la solicitud y la cuenta

Tenga en cuenta: Un representante autorizado no está certificado por GetCoveredNJ. Esto es diferente a designar a un agente o un asistente certificado que ha completado la capacitación y está certificado por GetCoveredNJ.

¿Quiere nombrar a alguien como su representante autorizado? *

- Sí
 No

Información de contacto del representante autorizado

| | | | |
|---------|----------------|-----------|--------|
| Nombre* | Segundo nombre | Apellido* | Sufijo |
|---------|----------------|-----------|--------|

Dirección del hogar del representante autorizado

| | | | |
|---|---------|------------------------------|----------------------|
| Dirección del hogar (Deje en blanco si no tiene una). * | | | |
| Ciudad* | Estado* | Código postal* | Condado* |
| Número de teléfono móvil | | Número de teléfono del hogar | Extensión telefónica |

¿Es esta persona parte de una organización que le está ayudando a solicitar seguro de salud? *

- Sí
 No

Al marcar esta casilla y firmar mi nombre a continuación, permito que el representante autorizado tenga acceso a mi solicitud e información de inscripción y haga cambios por mí.

Nombre completo aquí (letra de imprenta):

Firme el nombre completo aquí:

III. Ayuda para pagar la cobertura:

Usted podría ser elegible para un plan gratuito o de bajo costo, o un crédito fiscal o subsidio del estado para ayudar a pagar sus cuotas mensuales.

¿Quiere averiguar si puede obtener ayuda para pagar la cobertura de salud? *

- Sí (Tendrá que proporcionar información de ingresos para ver para qué podría ser elegible).
- No (Usted pagará el costo total de la cobertura de salud del mercado de seguros de salud).

IV. Sobre su hogar:

| | | | |
|--|-----------------------|------------------|---------------|
| <p>¿Está buscando cobertura? * <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si es así, llene su información a continuación. Si no, vaya a Solicitante 2.</i></p> | | | |
| Nombre* | Segundo nombre | Apellido* | Sufijo |
| <p>Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):</p> | | | |
| <p>Sexo*: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> | | | |
| <p>Número de Seguro Social:</p> <p>Si no se proporciona ningún número de Seguro Social, se le pedirá que proporcione documentación adicional con esta solicitud. Proporcionar un número de Seguro Social puede ayudar a verificar su elegibilidad para inscribirse en cobertura de salud. Si usted no tiene un número de Seguro Social, visite www.ssa.gov/ssnumber para pedir uno.</p> | | | |
| <p>¿Es usted ciudadano de EE. UU. o nacional de EE. UU.? * <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es usted ciudadano naturalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, la persona 1 es ciudadano naturalizado, seleccione el tipo de documento:</p> <p><input type="checkbox"/> Certificado de naturalización: Número de extranjero: Número de naturalización:</p> <p><input type="checkbox"/> Certificado de ciudadanía: Número de extranjero: Número de certificado de ciudadanía:</p> <p>Si responde sí en cuanto a la ciudadanía, pase a las preguntas relacionadas con la demografía.</p> <p>Si usted no es ciudadano o nacional, proporcione documentación de su estatus migratorio: *</p> <p>Seleccione un tipo de documento que se envía con esta solicitud (solo copia)</p> <p><input type="checkbox"/> Tarjeta de Residente Permanente (Tarjeta verde, I-551) <input type="checkbox"/> Sello Temporal I-551 (en el pasaporte o I-94, I-94A) <input type="checkbox"/> Visa de inmigrante legible por máquina (con texto relacionado con el Sello Temporal I-551) <input type="checkbox"/> Tarjeta de Autorización de Empleo (EAD, I-766) <input type="checkbox"/> Registro de Llegada/salida (I-94, I-94A) <input type="checkbox"/> Registro de Llegada/salida en pasaporte extranjero (I-94) <input type="checkbox"/> Pasaporte extranjero <input type="checkbox"/> Permiso de reingreso (I-327) <input type="checkbox"/> Documento de Viaje para Refugiados (I-571) <input type="checkbox"/> Certificado de elegibilidad para el estatus de estudiante (I-20) no inmigrante (F-1) <input type="checkbox"/> Certificado de elegibilidad para el estatus de visitante de intercambio (J-1) (DS2019) <input type="checkbox"/> Notificación de acción, I-797 <input type="checkbox"/> Otro estatus <input type="checkbox"/> Ninguno de estos</p> | | | |

¿El Solicitante 1 también tiene alguno de estos documentos?

- Certificación de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS)
- Carta de elegibilidad de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR) (si es menor de 18 años)
- Participante cubano/haitiano
- Residente de Samoa Americana
- Cónyuge, niño o padre/madre víctima de violencia doméstica según la Ley de Violencia contra la Mujer
- Documento que indica que es miembro de una tribu indígena reconocida por el gobierno federal o indígena americano nacido en Canadá
- Documento que indica suspensión de la deportación
- Ninguno de estos

¿Es el nombre del Solicitante 1 que se proporciona en esta solicitud el mismo nombre que aparece en el documento?

- Sí
- No

Si responde **NO**, ingrese el nombre completo:

| Nombre* | Segundo nombre | Apellido* | Sufijo |
|---------|----------------|-----------|--------|
| | | | |

¿La residencia principal del Solicitante 1 ha sido en EE.UU. desde 1996?

- Sí
- No

Si responde **NO**:

¿Ha tenido el **Solicitante 1** su estatus migratorio actual durante los últimos 5 años?

- Sí
- No

Opcional: Estas preguntas son opcionales y usted no necesita responderlas para solicitar un seguro de salud. Si decide responderlas, GetCoveredNJ usará esta información para entender mejor las necesidades demográficas y de salud de los residentes de Nueva Jersey. Esta información también se compartirá con el Departamento de Salud y Servicios Humanos para ayudar a entender mejor las necesidades de salud en toda la población de EE. UU.

¿Es usted de origen hispano, latino o español?

- Sí Si responde Sí: Cubano Mexicano, mexicanoamericano o chicano/na Puertorriqueño Otro
- No

Raza (Marque todas las opciones que correspondan):

- Indígena americano o nativo de Alaska
- Indio asiático
- Afroamericano
- Chino
- Filipino
- Guameña o chamorro
- Japonés
- Coreano
- Nativo de Hawái
- Otro asiático
- Otra de las islas del Pacífico
- Samoano
- Vietnamita
- Blanco o caucásico
- Otra

Pregunta obligatoria a continuación, responda en la medida de su capacidad.

¿Está usted casado actualmente? *

- Sí
- No

Si responde Sí, ¿en qué estado estuvo usted en cuidado temporal?

¿Recibía cuidados de salud a través de Medicaid? * Sí No
¿Cuántos años tenía cuando dejó el sistema de cuidado temporal?

Información actual sobre empleo e ingresos:

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Empleado: Si actualmente tiene trabajo, cuéntenos sobre sus ingresos. Comience con la siguiente línea a continuación. | <input type="checkbox"/> Desempleado: Vaya a la sección que comienza con "Otros ingresos" | <input type="checkbox"/> Empleado autónomo (trabajo por cuenta propia): Vaya a la sección que comienza con "Si es empleado autónomo" |
|---|--|---|

Trabajo actual 1:
Nombre del empleador:

| | |
|--|---|
| Salarios/propinas (antes de impuestos): \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año | Promedio de horas que trabaja cada SEMANA: |
|--|---|

Trabajo actual 2: (si tiene trabajos adicionales y necesita más espacio, adjunte otra hoja a su solicitud).
Nombre del empleador:

| | |
|--|---|
| Salarios/propinas (antes de impuestos): \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año | Promedio de horas que trabaja cada SEMANA: |
|--|---|

En el último año, usted:
 Cambió de trabajo Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas Ninguna de estas opciones

Si es empleado autónomo, responda a y b:
 a. Tipo de trabajo:
 b. ¿Qué ingreso neto (ganancias luego de que se paguen los gastos comerciales) obtendrá de su empleo autónomo este mes?

Otros ingresos que obtiene este mes: Llene todas las opciones que correspondan y proporcione la cantidad y con qué frecuencia los obtiene.
 Llene aquí si no hay ninguno
Nota: No necesita informarnos sobre los ingresos provenientes de pensiones infantiles, pagos a veteranos o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Desempleo: \$ ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año | <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia que se recibe: \$ ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año |
|--|--|

¿Ha reconciliado los créditos fiscales para las cuotas en su declaración de impuestos de años anteriores?

- Sí, recibí ayuda financiera en años anteriores, y lo reporté
 No, recibí ayuda financiera en años anteriores, pero no lo reporté
 No he recibido ayuda financiera antes o solo recibí ayuda financiera en 2025

¿Se le ofrecerá cobertura de salud a través de un trabajo (incluido el trabajo de otra persona, como un cónyuge u otra persona del mismo hogar fiscal)? *

- Sí No

Si responde Sí, indique:

Nombre del empleador:

Número de teléfono del empleador:

¿Ofrece su empleador un plan de salud que cumple con el estándar de valor mínimo?

Un plan de salud cumple con el estándar de valor mínimo si está diseñado para pagar al menos el 60% del costo total de los servicios médicos para una población estándar, y los beneficios que ofrece incluyen una cobertura considerable de servicios de médicos y hospitalarios.

Si se le ofrece una cobertura de bajo costo que cumpla con los estándares de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal para las cuotas. La mayoría de los planes ofrecidos en un trabajo cumplen con este estándar.

- Sí
 No

Si responde Sí, ¿cuál es el monto de la cuota del plan de menor costo disponible que cumple con el estándar de valor mínimo?

Monto total:

¿Con qué frecuencia?

¿Le han ofrecido un acuerdo de reembolso de salud (ICHRA o QSEHRA) de cobertura individual a través de su trabajo o del trabajo de otra persona, como de un cónyuge o padre/madre? Solo díganos las ofertas con una fecha de inicio entre 60 días antes de la fecha de hoy y 60 días después de la fecha de hoy.*

- Sí No

Si responde Sí, indique:

Nombre del empleador:

Número de teléfono del empleador:

¿Se ha inscrito o planea inscribirse en el HRA que se le ofreció? *

- Sí No

¿Qué tipo de HRA se ofrece? *

Si se le ofrece un HRA, podría ser un acuerdo de reembolso de salud de cobertura individual (ICHRA) o un acuerdo de reembolso de salud para pequeños empleadores calificados (QSEHRA). Usted puede verificar qué tipo de HRA se le ofreció en el aviso que le envió su empleador.

Si su empleador le ofreció un QSEHRA, es posible que su empleador llame a este programa de otra manera. Solo los empleadores con menos de 50 empleados a tiempo completo pueden proporcionar los QSEHRA. Si no sabe qué programa le están ofreciendo, consulte con su empleador.

- Acuerdo de reembolso de salud de cobertura individual (ICHRA)
 Acuerdo de reembolso de salud para pequeños empleadores calificados (QSEHRA)

¿Cuánto es el máximo de reembolso que le ofrece su HRA?

Monto mensual del HRA*:

¿En qué fecha comienza el HRA que le ofrecen?

Fecha de inicio del HRA*: / /

¿Se le ofrece el plan de beneficios de salud para empleados del estado de Nueva Jersey a través de un trabajo o del trabajo de un miembro de la familia? *

- Sí No

¿Quiere ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? *

Nota: La cobertura de GetCoveredNJ no es retroactiva. Si usted es elegible para Medicaid, puede recibir ayuda financiera para facturas pasadas.

- Sí No

¿Hay un padre/una madre que no viva en el hogar?

- Sí No

Solicitante 2: Si tiene más de dos solicitantes, imprima un formulario adicional para adjuntar a la solicitud.

| Nombre* | Segundo nombre | Apellido* | Sufijo |
|--|----------------|-----------|--------|
| Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): | | | |
| Sexo*: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | | |
| Defina la relación con este solicitante*: | | | |
| ¿El Solicitante 2 vive con la persona que solicita? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no es así, indique la dirección | | | |
| <p>Número de Seguro Social:</p> <p>Si no se proporciona ningún número de Seguro Social, se le pedirá que proporcione documentación adicional con esta solicitud. Proporcionar un número de Seguro Social puede ayudar a verificar su elegibilidad para inscribirse en cobertura de salud. Si usted no tiene un número de Seguro Social, visite www.ssa.gov/ssnumber para pedir uno.</p> | | | |
| <p>¿Es usted ciudadano de EE. UU. o nacional de EE. UU.? * <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Es usted ciudadano naturalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si responde SÍ, seleccione el tipo de documento:</p> <p><input type="checkbox"/> Certificado de naturalización: Número de extranjero: Número de naturalización:</p> <p><input type="checkbox"/> Certificado de ciudadanía: Número de extranjero: Número de certificado de ciudadanía:</p> <p>Si responde sí en cuanto a la ciudadanía, pase a las preguntas relacionadas con la demografía.</p> <p>Si usted no es ciudadano o nacional, proporcione documentación de su estatus migratorio: *</p> <p>Compruebe si el Solicitante 2 tiene estatus migratorio elegible</p> <p>Seleccione un tipo de documento</p> <p><input type="checkbox"/> Tarjeta de Residente Permanente (Tarjeta verde, I-551)</p> <p><input type="checkbox"/> Sello Temporal I-551 (en el pasaporte o I-94, I-94A)</p> <p><input type="checkbox"/> Visa de inmigrante legible por máquina (con texto relacionado con el Sello Temporal I-551)</p> <p><input type="checkbox"/> Tarjeta de Autorización de Empleo (EAD, I-766)</p> <p><input type="checkbox"/> Registro de Llegada/salida (I-94, I-94A)</p> <p><input type="checkbox"/> Registro de Llegada/salida en pasaporte extranjero (I-94)</p> <p><input type="checkbox"/> Pasaporte extranjero</p> <p><input type="checkbox"/> Permiso de reingreso (I-327)</p> <p><input type="checkbox"/> Documento de Viaje para Refugiados (I-571)</p> <p><input type="checkbox"/> Certificado de elegibilidad para el estatus de estudiante (I-20) no inmigrante (F-1)</p> <p><input type="checkbox"/> Certificado de elegibilidad para el estatus de visitante de intercambio (J-1) (DS2019)</p> <p><input type="checkbox"/> Notificación de acción, I-797</p> <p><input type="checkbox"/> Otro estatus</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno de estos</p> | | | |

¿El Solicitante 2 también tiene alguno de estos documentos? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Certificación de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS)
- Carta de elegibilidad de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR) (si es menor de 18 años)
- Participante cubano/haitiano
- Residente de Samoa Americana
- Cónyuge, niño o padre/madre víctima de violencia doméstica según la Ley de Violencia contra la Mujer
- Documento que indica que es miembro de una tribu indígena reconocida por el gobierno federal o indígena americano nacido en Canadá
- Documento que indica suspensión de la deportación
- Ninguno de estos

¿Es el nombre del Solicitante 2 que se proporciona en esta solicitud el mismo nombre que aparece en el documento?

- Sí
- No

Si responde **NO**, ingrese el nombre completo:

| Nombre* | Segundo nombre | Apellido* | Sufijo |
|---------|----------------|-----------|--------|
| | | | |

¿La residencia principal del **Solicitante 2** ha sido en EE.UU. desde 1996?

- Sí
- No

Si responde **NO**:

¿Ha tenido el **Solicitante 2** su estatus migratorio actual durante los últimos 5 años?

- Sí
- No

Opcional: Estas preguntas son opcionales y usted no necesita responderlas para solicitar un seguro de salud. Si decide responderlas, GetCoveredNJ usará esta información para entender mejor las necesidades demográficas y de salud de los residentes de Nueva Jersey. Esta información también se compartirá con el Departamento de Salud y Servicios Humanos para ayudar a entender mejor las necesidades de salud en toda la población de EE. UU.

¿Es usted de origen hispano, latino o español? Sí No

Raza (Marque todas las opciones que correspondan):

- Indígena americano o nativo de Alaska
- Guameña o chamorro
- Otra de las islas del Pacífico
- Indio asiático
- Japonés
- Samoano
- Afroamericano
- Coreano
- Vietnamita
- Chino
- Nativo de Hawái
- Blanco o caucásico
- Filipino
- Otro asiático
- Otra

Pregunta obligatoria a continuación, responda en la medida de su capacidad.

¿Está usted casado actualmente? * Sí No

Si es así, ¿quién es su cónyuge? *

- Alguien que ya está en la solicitud. Nombre del solicitante:
- Alguien más que no está solicitando cobertura de salud

¿Es usted un veterano dado de baja honorablemente o un miembro del ejército en servicio activo?

- Sí No

¿Presentará usted la declaración de impuestos federales de su familia para 2026? *

- Sí No

Si responde SÍ, ¿presentará usted una declaración conjuntamente? (con el cónyuge que aparece en esta solicitud)

- Sí No

No tiene que presentar impuestos para solicitar cobertura, pero tendrá que presentar la declaración el próximo año si desea obtener un crédito fiscal para las cuotas para ayudar a pagar la cobertura ahora.

Si responde SÍ, indique el contribuyente principal y los dependientes que el contribuyente reclamará en su declaración de impuestos?

Declarante de impuestos principal:

Dependientes:

¿Se le considera indígena americano/nativo de Alaska reconocido por el gobierno federal? *

- Sí No

Si responde SÍ, indique el estado y el nombre de la tribu de la cual es miembro?

¿Se determinó que usted no es elegible para Medicaid o NJ FamilyCare en los últimos 90 días? *

- Sí No

Si responde SÍ, proporcione la fecha de rechazo:

¿Está embarazada actualmente o estuvo embarazada en los últimos 60 días?

- Sí No

Si responde SÍ, indique cuántos bebés está esperando

¿Cuándo es su fecha esperada de parto?

¿Tiene alguna discapacidad física o enfermedad de salud mental que limite su capacidad para trabajar, asistir a la escuela u ocuparse de sus necesidades diarias? Según su respuesta, su información podría enviarse a NJ FamilyCare para determinar si usted reúne los requisitos para ciertos programas de Medicaid. *

Sí No

¿Necesita ayuda con las actividades de la vida diaria (por ejemplo, bañarse, vestirse y usar el baño) o vive en un hogar de ancianos u otro centro médico? Según su respuesta, su información podría enviarse a NJ FamilyCare para determinar si usted reúne los requisitos para ciertos programas de Medicaid. *

Sí No

¿Estuvo usted alguna vez en cuidado temporal? *

Sí No

Si respondió "Sí": ¿En qué estado estuvo usted en cuidado temporal?

¿Recibía cuidados de salud a través de Medicaid? * Sí No

¿Cuántos años tenía cuando dejó de estar en sistema de cuidado temporal?

Información actual sobre empleo e ingresos:

Empleado: Si actualmente tiene trabajo, cuéntenos sobre sus ingresos. Comience con la siguiente línea a continuación.

Desempleado: Vaya a la sección que comienza con "Otros ingresos"

Empleado autónomo (trabajo por cuenta propia): Vaya a la sección que comienza con "Si es empleado autónomo"

Trabajo actual 1:

Nombre del empleador:

Dirección del empleador (opcional):

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número de teléfono del empleador:

Salarios/propinas (antes de impuestos): \$

Por hora Por semana Dos veces al mes Por mes Por año

Promedio de horas que trabaja cada SEMANA:

Trabajo actual 2: (si tiene trabajos adicionales y necesita más espacio, adjunte otra hoja a su solicitud).

Nombre del empleador:

Dirección del empleador (opcional):

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número de teléfono del empleador:

| | |
|--|---|
| Promedio de horas que trabaja cada SEMANA: | |
| En el último año, usted: | |
| <input type="checkbox"/> ¿Cambió de trabajo? <input type="checkbox"/> Dejó de trabajar <input type="checkbox"/> Comenzó a trabajar menos horas <input type="checkbox"/> Ninguna de estas opciones | |
| Si es empleado autónomo, responda a y b: | |
| a. Tipo de trabajo: | |
| b. ¿Cuánto ingreso neto (ganancias luego de que se paguen los gastos comerciales) obtendrá de su empleo autónomo este mes? | |
| Otros ingresos que obtiene este mes: Llene todas las opciones que correspondan y proporcione la cantidad y con qué frecuencia los obtiene. Llene aquí si no hay ninguno <input type="checkbox"/> Nota: No necesita informarnos sobre los ingresos provenientes de pensiones infantiles, pagos a veteranos o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI). | |
| <input type="checkbox"/> Desempleo: \$ ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año | <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia que se recibe: \$ ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año |
| <input type="checkbox"/> Pensión: \$ ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año | <input type="checkbox"/> Ingresos netos de granja/pesca: \$ ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año |
| <input type="checkbox"/> Seguro social: \$ ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año | <input type="checkbox"/> Alquiler/regalías netos: \$ ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación: \$ ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año | <input type="checkbox"/> Otros ingresos: \$ ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año |
| Deducciones: Llene todas las opciones que correspondan y proporcione la cantidad y con qué frecuencia las obtiene el SOLICITANTE 2. Si el SOLICITANTE 2 tiene ciertos gastos que se pueden deducir en una declaración de impuestos federales, informarnos sobre ellos podría hacer que el costo de la cobertura de salud sea un poco más bajo. | |
| Nota: Usted no debe incluir la pensión infantil que paga el SOLICITANTE 2 o un costo que ya se tuvo en cuenta en la respuesta a los ingresos netos del empleo autónomo. | |

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia que se recibe: \$ ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año | <input type="checkbox"/> Otras deducciones: \$ ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año |
| <input type="checkbox"/> Interés sobre préstamos estudiantiles: \$ ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año | |
| <p>Complete solo si los ingresos del SOLICITANTE 2 cambian durante el año; es decir, si el SOLICITANTE 2 solo tiene un trabajo durante parte del año o recibe un beneficio durante ciertos meses. Si no espera cambios en los ingresos mensuales del SOLICITANTE 2, pase a la siguiente persona.</p> | |
| Ingresos totales de este año correspondientes al Solicitante 2: \$ | Ingresos totales del próximo año correspondientes al Solicitante 2: \$ <input type="checkbox"/> Llene si cree que sus ingresos serán difíciles de predecir. |
| <p>Información adicional:</p> <p>¿Está actualmente inscrito en alguna de las opciones de cobertura de salud mencionadas a continuación que se extenderán más allá de los 60 días a partir de hoy? Si la cobertura actual es cobertura del mercado de seguros de salud a través de GetCoveredNJ, responda No.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si responde SÍ, ¿qué tipo de cobertura tiene?</p> <p><input type="checkbox"/> NJ FamilyCare- Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP) o CHIP de otro estado</p> <p><input type="checkbox"/> Cobertura COBRA</p> <p><input type="checkbox"/> NJ FamilyCare – Medicaid o Medicaid de otro estado</p> <p><input type="checkbox"/> Medicare (Parte A o Parte B)</p> <p><input type="checkbox"/> Peace Corps</p> <p><input type="checkbox"/> Beneficios de salud para jubilados</p> <p><input type="checkbox"/> TRICARE</p> <p><input type="checkbox"/> Programa de cuidados de salud de Asuntos de los Veteranos (VA)</p> <p><input type="checkbox"/> Otra cobertura (No incluye la cobertura del mercado de seguros de salud, GetCoveredNJ)</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores</p> | |
| <p>¿Ha conciliado los créditos fiscales para las cuotas en su declaración de impuestos de años anteriores?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, recibí ayuda financiera en años anteriores, y lo reporté</p> <p><input type="checkbox"/> No, recibí ayuda financiera en años anteriores, pero no lo reporté</p> <p><input type="checkbox"/> No he recibido ayuda financiera antes o solo recibí ayuda financiera en 2025</p> | |

¿Se le ofrecerá cobertura de salud a través de un trabajo (incluido el trabajo de otra persona, como un cónyuge o padre)? *

Sí No

Si responde Sí, indique:

Nombre del empleador:

Número de teléfono del empleador:

¿Ofrece su empleador un plan de salud que cumple con el estándar de valor mínimo?

Un plan de salud cumple con el estándar de valor mínimo si está diseñado para pagar al menos el 60% del costo total de los servicios médicos para una población estándar, y los beneficios que ofrece incluyen una cobertura considerable de servicios de médicos y hospitalarios.

Si se le ofrece una cobertura de bajo costo que cumpla con los estándares de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal para las cuotas. La mayoría de los planes ofrecidos en un trabajo cumplen con este estándar

Sí

No

Si responde **SÍ**, ¿cuál es el monto de la cuota del plan de menor costo disponible que cumple con el estándar de valor mínimo?

Monto total:

¿Con qué frecuencia?

¿Le han ofrecido un acuerdo de reembolso de salud (ICHRA o QSEHRA) de cobertura individual a través de su trabajo o del trabajo de otra persona, como de un cónyuge o padre/madre? Solo díganos las ofertas con una fecha de inicio entre 60 días antes de la fecha de hoy y 60 días después de la fecha de hoy.*

Sí No

Si responde Sí, indique:

Nombre del empleador:

Número de teléfono del empleador:

¿Se ha inscrito o planea inscribirse en el HRA que se le ofreció? *

Sí No

¿Qué tipo de HRA se ofrece? *

Si se le ofrece un HRA, podría ser un acuerdo de reembolso de salud de cobertura individual (ICHRA) o un acuerdo de reembolso de salud para pequeños empleadores calificados (QSEHRA). Usted puede verificar qué tipo de HRA se le ofreció en el aviso que le envió su empleador.

Si su empleador le ofreció un QSEHRA, es posible que su empleador llame a este programa de otra manera. Solo los empleadores con menos de 50 empleados a tiempo completo pueden proporcionar los QSEHRA. Si no sabe qué programa le están ofreciendo, consulte con su empleador.

- Acuerdo de reembolso de salud de cobertura individual (ICHRA)
- Acuerdo de reembolso de salud para pequeños empleadores calificados (QSEHRA)

¿Cuánto es el máximo de reembolso que le ofrece su HRA?

Monto mensual del HRA*:

¿En qué fecha comienza el HRA que le ofrecen?

Fecha de inicio del HRA*: / /

¿Se le ofrece el plan de beneficios de salud para empleados del estado de Nueva Jersey a través de un trabajo o del trabajo de un miembro de la familia? *

- Sí
- No

¿Quiere ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? *

Nota: La cobertura de GetCoveredNJ no es retroactiva. Si usted es elegible para Medicaid, puede recibir ayuda financiera para facturas pasadas.

- Sí
- No

Si está solicitando para personas adicionales, vuelva a imprimir esta página y adjúntela a su solicitud.

V. Su acuerdo y firma

Lea y marque la casilla junto a cada oración si está de acuerdo

¿Hay algún solicitante que esté encarcelado (en prisión o cárcel)?*

- No. Nadie que aparece en esta solicitud de seguro de salud está encarcelado (en prisión o cárcel).
 Sí. Llene los nombres de los solicitantes.

Si es así, ¿tiene esta persona una resolución pendiente?

- Sí
 No

Para que sea más fácil reducir el costo de mi cobertura de seguro de salud en años futuros, acepto permitir que GetCoveredNJ use fuentes, como el Servicio de Impuestos Internos (IRS), para verificar mis ingresos y usar esos datos, incluida la información de declaraciones de impuestos, para determinar si soy elegible para continuar recibiendo ayuda financiera. Si esas fuentes indican que todavía soy elegible para seguir recibiendo ayuda financiera, mi cobertura de seguro y ayuda financiera se renovarán por otros 12 meses. Entiendo que GetCoveredNJ me enviará un aviso que explicará que mi cobertura ha sido renovada y me permitirá hacer los cambios necesarios. Reconozco que si elijo no dar este consentimiento, mi seguro será sin ayuda financiera para el año siguiente. También reconozco que puedo descontinuar, cambiar o excluirme en cualquier momento. *

- Estoy de acuerdo
 No estoy de acuerdo

Si no está de acuerdo,

Sí, permito que GetCoveredNJ verifique mi información y la use para*:

- 5 años (el número máximo de años permitido)
 4 años
 3 años
 2 años
 1 año
 No doy consentimiento a GetCoveredNJ para usar mis datos de ingresos durante la renovación y entiendo que mi seguro se renovará sin ayuda financiera.

Entiendo que si alguien en mi solicitud se inscribe en un plan de salud del mercado de seguros de salud y más tarde se descubre que tiene otra cobertura de salud calificada (incluido Medicare, Medicaid o CHIP), el mercado cancelará automáticamente su plan de salud del mercado. *

Entiendo que cualquier ayuda financiera que recibo del gobierno federal a través de créditos fiscales anticipados para las cuotas está relacionada con mis impuestos. Entiendo que podría deber impuestos o recibir más crédito fiscal si mis ingresos para el año son diferentes de lo que estimé. Acepto declarar impuestos federales (conjuntamente, si estoy casado) y declarar la cantidad de créditos fiscales anticipados para las cuotas en mi declaración de impuestos recibidos en cualquier año que tenga ayuda financiera federal para reducir los costos de las cuotas.

Si un niño en esta solicitud tiene un padre o una madre que no viva en el hogar, sé que se me pedirá que coopere con la agencia que recupera los pagos por asistencia médica de un padre/una madre ausente. Si creo que tal cooperación para recuperar los pagos por asistencia médica me perjudicará a mí o a mis hijos, se lo informaré a la agencia para que yo no tenga que cooperar. *

Entiendo que tengo 30 días para avisarle al mercado de seguros de salud sobre cualquier cambio de información en esta solicitud. Informaré de cualquier cambio dentro de este período de tiempo. Entiendo que cambios en mis ingresos, número de personas en el hogar, dirección u otros detalles podrían afectar mi elegibilidad o la de los miembros de mi hogar para beneficios específicos. Entiendo y avisaré al mercado de seguros de salud si cambia la información de mi solicitud. *

Entiendo que mi solicitud se usará para evaluar la elegibilidad para la cobertura de salud a través de los programas de Medicaid y de Seguro de Salud para Niños de GetCoveredNJ o NJ FamilyCare. Si me inscribo en NJ FamilyCare-Medicaid, reconozco que la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud de Nueva Jersey que maneja el programa NJ FamilyCare puede presentar una reclamación y una retención contra la herencia de un beneficiario de Medicaid que ha fallecido, para recuperar todos los pagos de Medicaid por servicios prestados mientras la persona tenía 55 años o más [Recuperación del patrimonio - Lo que usted debe saber](#). Entiendo que la recuperación del patrimonio solo se aplica a NJ FamilyCare-Medicaid y no es aplicable a la inscripción en un plan de salud a través de GetCoveredNJ. Si alguien en esta solicitud se inscribe en NJ FamilyCare-Medicaid, cedo a la agencia de Medicaid el derecho a procurar reembolsos y efectuar cobranzas de otros seguros de salud, liquidaciones judiciales o de terceros adicionales. Asimismo, cedo a la agencia NJ FamilyCare-Medicaid todo derecho a procurar o recibir el pago de asistencia médica de parte de un cónyuge o padre/madre.*

Si usted no está registrado para votar donde vive ahora y le gustaría pedir registrarse para votar, visite el enlace a continuación:
<https://www.state.nj.us/state/elections/voter-registration.shtml>

Al firmar mi nombre en la casilla a continuación, firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas a mi mejor saber y entender. Sé que podría estar sujeto a sanciones según la ley estatal y federal si doy información falsa intencionalmente.

Firma:

Fecha:

VI. Envíe por correo la solicitud completada



Envíe su solicitud firmada a:

Get Covered New Jersey Consumer Assistance Center
PO Box 55898 Trenton, NJ 08638

Obtenga ayuda en un idioma que no sea inglés

Esta es una lista de los idiomas disponibles:

| | |
|--|---|
| <p>English If you, or someone you're helping, has questions about Get Covered New Jersey, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 1-833-677-1010.</p> | <p>Arabic إن كان لديك أو لدى شخص تساعدته أسئلة بخصوص Get Covered New Jersey فلدليك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-833-677-1010</p> |
| <p>Spanish Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Get Covered New Jersey Español, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-833-677-1010.</p> | <p>Russian Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Get Covered New Jersey, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1-800-446-7467.</p> |
| <p>Chinese 如果您，或您正在幫助的人，有關於 Get Covered New Jersey 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。想要跟一位翻譯員通話，請致電 1-833-677-1010。</p> | <p>Tagalog Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa Get Covered New Jersey, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-833-677-1010.</p> |
| <p>Korean 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Get Covered New Jersey 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-833-677-1010 로 전화하십시오</p> | <p>French Creole Si oumenm oswa yon moun w ap ede gen kesyon konsènan Get Covered New Jersey, se dwa w pou resewva asistans ak enfòmasyon nan lang ou pale a, san ou pa gen pou peye pou sa. Pou pale avèk yon entèprèt, rele nan 1-833-677-1010.</p> |
| <p>Portuguese Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre o Get Covered New Jersey, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-833-677-1010.</p> | <p>Hindi यदि आपको, या आप जिस व्यक्ति की सहायिा कर रहे हैं, उन्हें इस विषय Get Covered New Jersey के बारे में सवाल हैं, तो आपको मुफ़्ि में अपनी भाषा में सहायिा िथा िानकारी लेने का अधिकार है। 1-833-677-1010 पर फ़ोन करें।</p> |
| <p>Gujarati જો તમે અથવા તમે કોઇને મદદ કરી રહ્યાં છો તે માંથી કોઇને Get Covered New Jersey વવશે પ્રશ્નો હોય તો તમને મદદ અને માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. તેખર્યવવા તમારી ભાષામાં પ્રાપ્ત કરી શકાય છે. દુભાવષયો વાત કરવા માટે, આ 1-833-677-1010 પર કોલ કરો.</p> | <p>Vietnamese Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Get Covered New Jersey, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình hoàn toàn miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-833-677-1010</p> |
| <p>Polish Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania odnośnie Get Covered New Jersey, masz prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 1-833-677-1010</p> | <p>French Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de Get Covered New Jersey, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 1-833-677-1010</p> |
| <p>Italian Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande su Get Covered New Jersey, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare 1-833-677-1010</p> | <p>Urdu اگر آپ کسی کو مدد دے رہے ہیں اور آپ دونوں کو سوال اگر آپ کسی کو مدد دے رہے ہیں، تو آپ دونوں Get Covered New Jersey میں، تو آپ دونوں کو سوال ہے۔ ترجمان سے بات کرنے کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ (0101776338) فون کریں۔</p> |