

[MEMBER NAME]
[STREET ADDRESS 1]
[STREET ADDRESS 2]
[CITY, STATE, ZIP]

[TODAY'S DATE]
Medicaid ID [MEDICAID ID]

إشعار عام

متطلبات المشاركة المجتمعية/العمل المجتمعي للتأهل للحصول على تغطية NJ FamilyCare/Medicaid

عزيزي [MEMBER NAME]،

يحتوي هذا الخطاب على معلومات مهمة بشأن تغطيتك الصحية من خلال برنامج NJ FamilyCare/Medicaid. غيّرت إدارة ترامب شروط الأهلية لبرنامج NJ FamilyCare، كما غيّرت ما يجب على بعض الأعضاء البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين 19 و 64 عامًا القيام به للحفاظ على تغطيتهم.

ما سبب تلقي هذا الخطاب؟

اعتبارًا من 1 يناير 2027، قد تؤثر قاعدتان جديدتان على تغطيتك من خلال برنامج NJ FamilyCare:

1. **شروط المشاركة المجتمعية/العمل المجتمعي.** ما لم تنطبق عليك إحدى الحالات المذكورة في الملحق (أ)، يجب عليك العمل أو الذهاب إلى المدرسة أو التطوع أو المشاركة في برنامج للتدريب على العمل حتى تكون مؤهلاً للحصول على تغطية NJ FamilyCare أو للاحتفاظ بها. يُطلق على هذه الشروط رسميًا اسم "شروط المشاركة المجتمعية"، ولكن قد يُشار إليها أيضًا باسم "شروط العمل".
2. **زيادة وتيرة تجديد الأهلية.** سيتعين عليك تجديد تغطيتك كل ستة (6) أشهر بدلاً من مرة واحدة سنويًا.

تشير سجلاتنا إلى أنك قد تتأثر بهذه التغييرات. لن تتأثر تغطيتك اليوم، ولكن يجب عليك الرد بسرعة على أي بريد تتلقاه من NJ FamilyCare للمساعدة في الحفاظ على تغطيتك.

تأكد من تحديث عنوانك البريدي ورقم هاتفك وعنوان بريدك الإلكتروني حتى لا تفوتك أي إشعارات مهمة. انتقل إلى موقع <https://dmahs-nj.my.site.com/addressupdate>، أو اتصل على الرقم 1-833-409-2370.

هل تنطبق على متطلبات العمل؟

لا يتعين عليك استيفاء المتطلبات إذا انطبقت عليك أي من الحالات المذكورة في الملحق (أ): من لا يتعين عليهم استيفاء متطلبات العمل؟ تنطبق عليك. وبخلاف ذلك، يجب عليك استيفاء المتطلبات إذا كنت مسجلًا في خطة NJ FamilyCare من نوع ABP (خطة المزايا البديلة). راجع الملحق (ب): كيف أحدد نوع خطتي؟

كيف أستوفي متطلبات العمل؟

يمكنك استيفاء متطلبات العمل من خلال القيام بأحد الأنشطة التالية:

- تحصل أسرتك على دخل شهري لا يقل عن 580 دولارًا أمريكيًا. إذا تغيّر دخلك خلال العام بسبب العمل الموسمي، مثل التدريس أو تنسيق الحدائق، فاستخدم متوسط دخلك الشهري خلال الأشهر الستة (6) الماضية.
- الالتحاق بالدراسة بما لا يقل عن نصف الوقت. وتحدد مدرستك المقصود بـ "نصف الوقت".

- قضاء ما لا يقل عن ثمانين (80) ساعة شهرياً في القيام بنشاط واحد أو أكثر من الأنشطة التالية:

- العمل
- الدراسة إذا كنت مسجلاً بأقل من نصف الوقت
- المشاركة في برنامج للتدريب المهني
- العمل التطوعي أو الخدمة المجتمعية

للحفاظ على تغطيتك، يجب أن تكون قد أتممت أيًا من الأنشطة المطلوبة لمدة شهر واحد (1) على الأقل منذ آخر تجديد لتغطيتك. واعتبارًا من 1 يناير 2027، سيتحقق برنامج NJ FamilyCare كل ستة (6) أشهر من استيفائك للمتطلبات. سيتحقق برنامج NJ FamilyCare أولاً من المعلومات المتوفرة لديه بالفعل. وإذا احتاج NJ FamilyCare إلى معلومات إضافية، فسيتواصل معك لطلبها. راجع الملحق (ج): كيف سيتحقق برنامج NJ FamilyCare من حالة استيفائي لمتطلبات العمل؟ للحصول على مزيد من المعلومات.

للمساعدة في معرفة مدى تأثير هذه المتطلبات عليك، استخدم أداة التحقق من متطلبات الأنشطة في NJ FamilyCare المتاحة على موقع www.njfcchecker.nj.gov.

ماذا يحدث إذا لم أستوفِ متطلبات العمل؟

إذا كانت متطلبات العمل تنطبق عليك ولم تستوفها، فستفقد تغطيتك من خلال برنامج NJ FamilyCare عند انتهاء فترة تغطيتك الحالية. وقد تكون مؤهلاً للحصول على تغطية من خلال GetCoveredNJ، ولكنك لن تحصل على مساعدة مالية. وإذا فقدت تغطيتك من خلال برنامج NJ FamilyCare، يمكنك دائمًا التقدم بطلب جديد إذا تغيرت ظروفك.

ماذا يجب أن أفعل الآن؟

- **حدّث معلومات الاتصال الخاصة بك:** حدّث عنوانك ورقم هاتفك وعنوان بريدك الإلكتروني حتى لا تفوتك أي إشعارات مهمة. يمكنك تحديث بياناتك عبر الإنترنت من خلال موقع <https://dmahs-nj.my.site.com/addressupdate>، أو عن طريق الاتصال على الرقم 1-833-409-2370.
- **ترقّب الخطابات أو رسائل البريد الإلكتروني أو الرسائل النصية من برنامج NJ FamilyCare أو من خطتك الصحية:** بادر بالرد على خطابات برنامج NJ FamilyCare في أقرب وقت ممكن إذا طُلب منك تقديم معلومات.
- **تحقق مما إذا كانت هذه المتطلبات تنطبق عليك:** استخدم أداة التحقق من متطلبات الأنشطة في برنامج NJ FamilyCare لمعرفة ما إذا كانت متطلبات العمل تنطبق عليك. يمكنك الوصول إلى هذه الأداة عن طريق زيارة موقع www.njfcchecker.nj.gov.
- **اجمع مستنداتك واحتفظ بها:** ابدأ في الاحتفاظ بالسجلات التي تثبت استيفائك لشروط العمل، مثل قسائم الأجور أو السجلات المدرسية. ولا ترسل هذه المستندات الآن. سيرسل إليك برنامج NJ FamilyCare خطاباً إذا كان يتعين عليك تقديم مستندات.

وفيما يلي موارد لمساعدتك على فهم التغييرات:

- زر موقع MedicaidWorkRules.nj.gov للحصول على مزيد من المعلومات.
- اطرح أسئلتك أو اطلب المساعدة: اتصل ببرنامج NJ FamilyCare على الرقم 1-833-409-2370.

الملحق (أ): من هم الأشخاص الذين لا يتعين عليهم استيفاء متطلبات العمل؟

قد لا يتعين عليك استيفاء متطلبات العمل إذا كانت لديك ظروف صحية أو أسرية أو حياتية معينة. قد تكون "مستثنى" أو "معفى".

المجموعة 1 – مستثنى

لا يتعين عليك استيفاء متطلبات العمل إذا انطبقت عليك أي من الحالات التالية في الوقت الحالي. عندما تكون:

- أقل من 19 عامًا أو أن تبلغ 65 عامًا أو أكثر
 - فردًا في أسرة تحصل حاليًا على مزايا برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)، ويلزمك SNAP باستيفاء متطلبات العمل.
 - تستوفي حاليًا متطلبات العمل الخاصة ببرنامج WorkFirst NJ أو برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)
 - مسجلًا في Medicare أو تتلقى دخل الضمان التكميلي (SSI)
 - حاملًا حاليًا أو انتهى حملك خلال الاثني عشر (12) شهرًا الماضية أثناء تسجيلك في برنامج NJ FamilyCare/Medicaid
 - والداً أو وصياً أو مقدّم رعاية لطفل دون سن الرابعة عشرة (14) أو لشخص من ذوي الإعاقة
 - محتجزاً حاليًا في سجن أو منشأة إصلاحية
 - فردًا في قبيلة معترف بها اتحادياً من قبائل الهنود الأمريكيين أو سكان ألاسكا الأصليين
 - محارباً قديماً مصاباً بإعاقة كلية وفقاً لما تحدده U.S. Department of Veterans Affairs [وزارة شؤون المحاربين القدامى الأمريكية] (VA)
 - دون سن السادسة والعشرين (26) وخرجت من نظام الرعاية البديلة بسبب بلوغ السن المحددة
 - تشارك حاليًا في برنامج لعلاج تعاطي المواد المخدرة أو إدمان الكحول
 - واهن صحياً. وهذا يعني أنك تعاني من حالة صحية تجعل من الصعب عليك استيفاء متطلبات العمل. يجب أن تدرج حالتك ضمن إحدى الفئات التالية:
- كفيفاً أو من ذوي الإعاقة وفقاً لما تحدده Social Security Administration [إدارة الضمان الاجتماعي]
 - تعاني من اضطراب تعاطي المواد. لا ينطبق هذا عليك إذا كنت في مرحلة التعافي منذ 5 سنوات أو أكثر
 - تعاني من اضطراب في الصحة النفسية مُسبب للإعاقة
 - مصاباً بحالة مرضية خطيرة أو معقدة أو أكثر
 - تعاني من إعاقة جسدية أو ذهنية أو نمائية شديدة

المجموعة 2 – مستبعد

قد لا يُطلب منك استيفاء شروط العمل إذا أفرج عنك مؤخراً من السجن أو الحبس

لست ملزماً باستيفاء شروط العمل إذا واجهت إحدى هذه الظروف المؤقتة لمدة شهر واحد (1) على الأقل منذ آخر تجديد لك:

- تلقيت خدمات رعاية حادة أثناء الإقامة في إحدى المنشآت، مثل مستشفى أو منشأة ترميزية أو منشأة للرعاية المتوسطة أو مستشفى للأمراض النفسية
- سافرت خارج مجتمعك المحلي للحصول على خدمات الرعاية الصحية لنفسك أو لأحد الأشخاص الذين تعولهم. وكان السبب في ذلك عدم توافر هذه الرعاية في المنطقة التي تقيم فيها
- أقيمت في مقاطعة ترتفع فيها معدلات البطالة وفقاً لما تحدده الحكومة الفيدرالية
- أقيمت في منطقة أعلن فيها الرئيس حالة طوارئ أو كارثة

يتعين عليك استيفاء متطلبات العمل في الحالات التالية:

- تم تسجيلك في خطة برنامج NJ FamilyCare من نوع ABP (خطة المزايا البديلة)، و
- لا تنطبق عليك أي من الحالات المذكورة في الملحق (أ)

الملحق (ب): كيف أحدّد نوع خطتي؟

لتحديد نوع خطتك، يمكنك:

- اتصل برقم خدمات الأعضاء الموجود على ظهر بطاقة تعريف خطتك الصحية الحالية
- تحقّق من الوجه الأمامي لبطاقة تعريف خطتك الصحية – راجع التعليمات أدناه:
 - إذا كنت مسجلاً في خطة Aetna، فلن تتمكن من استخدام هذه الطريقة. يُرجى الاتصال برقم خدمات الأعضاء المدوّن على بطاقة تعريف خطتك الصحية
 - إذا كنت مسجلاً في Fidelis Care أو United Healthcare أو Horizon أو Wellpoint، يُرجى مراجعة نماذج بطاقات تعريف خطة المزايا البديلة (ABP) أدناه. إذا كانت بطاقتك تحمل عبارة ABP أو Alternative Benefit Plan [خطة المزايا البديلة] كما هو موضح في المربعات في الأمثلة، فأنت مسجّل في خطة ABP

Fidelis

	NJ FamilyCare
NAME: JANE DOE	Plan: ABP
MEMBER ID NO: YHZ00000000	Dental benefit: YES
PCP: DOE, MARIA G.	Emergency: \$0.00
PHONE: 973-000-0000	PCP Copay: \$0.00
ISSUE DATE: 02/28/2024	Dental Copay: \$0.00
EFFECTIVE: 01/01/2020	Specialist Copay: \$0.00
BC/BS Plan Codes 280/780	Rx Generic: \$0.00
horizonNJhealth.com	Rx Brand: \$0.00
	Pharmacies Group: HORIZON, BIN 610606, ProCet MMC
	086-19-153

Horizon

	Issue Date: 02/10/2025
Member: SAMPLE A SAMPLE	Member ID: 123456789
Member ID: 123456789	Medicaid #: 1234567890
Plan Name: NJ FamilyCare A/ABP	Co-Pay Information
Effective Date: MM/DD/YYYY	Dental: \$0
Primary Care Provider (PCP)	Emergency: \$0
[PCP Name]	PCP: \$0
PCP Phone: 1-XXX-XXX-XXXX	Pharmacy: \$0
Dental: 1-888-442-2375	Specialist: \$0

United Healthcare

	Effective Date:
	Date of Birth:
	Subscriber #: 123456789
	RxBIN: 020107
	RxPCN: WP
	RxGRP: WKPA
NJ FamilyCare ABP	
wellpoint.com/nj/medicaid	
Member Name: JOHN Q SAMPLE	
Primary Care Provider (PCP):	
PCP Address:	
PCP Telephone #:	
Co-pays: Office Visits: \$0	Emergency Room Visits: \$0
Pharmacy: \$0 FOR GENERIC / \$0 FOR BRAND NAME	
Dental: 1-833-276-0848	Vision: 1-800-879-6901
Wellpoint Member Services/BH: 1-833-731-2147	24/7 BH Crisis: 1-877-842-7187
Pharmacy Member Services: 1-833-207-3115	

Wellpoint

	Health Plan (80840) 911-86047-08
Member ID: 000300112	Group Number: NJFAMCAR
Member: REISSUE ENGLISH	Payer ID: 86047
PCP Name: DOUGLAS GETWELL	Optum Rx®
PCP Phone: (201)792-3022	Rx Bin: 610494
Issue Date: 06/22/23	Rx Grp: AMNJ
	Rx PCN: 4343
Copy: No Copays	
See reverse for dental/vision benefits	
DOI -0501	NJ Alternative Benefit Plan
	Underwritten by AmeriChoice of New Jersey, Inc.

الملحق (ج): كيف سيتحقق برنامج NJ FamilyCare من حالة استيفائك لمتطلبات العمل؟

سيتحقق برنامج NJ FamilyCare كل ستة (6) أشهر مما إذا كانت أنشطتك تستوفي المتطلبات أو كنت ضمن فئة مستثناة أو معفاة منها. أولاً، سيتحقق برنامج NJ FamilyCare من المعلومات المتوفرة لديه بالفعل.

في بعض الأحيان، يحتاج برنامج NJ FamilyCare إلى مزيد من المعلومات لتحديد حالتك. إذا حدث ذلك، فسيرسل إليك برنامج NJ FamilyCare خطاباً يوضح ما يلي:

- نوع المستندات التي سيتعين عليك تقديمها
- الموعد النهائي لإرسال معلوماتك

سيراجع برنامج NJ FamilyCare مستنداتك ويحدد ما إذا كنت تستوفي متطلبات العمل أو ما إذا كانت هذه المتطلبات لا تنطبق عليك. بعد ذلك، سيرسل إليك برنامج NJ FamilyCare خطاباً آخر يتضمن قراره بشأن تغطيتك.

إذا طرأ تغيير على حالتك المتعلقة بالعمل أو الدراسة أو التطوع أو الاستثناء أو الإعفاء، يمكنك الإبلاغ عنه عند التجديد التالي. لا يتعين عليك الإبلاغ عن هذه التغييرات على الفور. ويشمل ذلك إذا :

- بدأت العمل أو الدراسة أو التطوع أو توقفت عن أيٍّ منها.
- أصبحت تنتمي إلى إحدى الفئات المستثناة أو المعفاة المذكورة في الملحق (أ)، أو لم تعد تنتمي إلى أيٍّ منها

إذا طرأ أي تغيير آخر قد يؤثر على أهليتك لبرنامج Medicaid، مثل دخلك أو عدد أفراد أسرتك، فيجب عليك إبلاغ برنامج NJ FamilyCare في غضون عشرة (10) أيام من حدوث التغيير.