

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

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

一般通知

满足社区参与/工作要求以符合 NJ FamilyCare/Medicaid 资格

尊敬的 [MEMBER NAME],

这封信包含关于您的 NJ FamilyCare/Medicaid 医疗保险的重要信息。Trump 政府更改了 NJ FamilyCare 的资格认定标准，并对部分 19 至 64 岁成年参保成员为维持其承保资格而必须履行的义务进行了调整。

为什么我会收到这封信？

从 2027 年 1 月 1 日开始，两项新规定可能会影响您的 NJ FamilyCare 保险：

- 1. 社区参与/工作要求。** 除非您符合附件 A 中列出的任一情况，否则您必须工作、上学、从事志愿服务或参加职业培训项目，才有资格获得或维持您的 NJ FamilyCare 承保。这些规定在官方上被称为社区参与要求，但您也可能听到它们被称为工作要求。
- 2. 更频繁的资格续保。** 您将需要每六 (6) 个月续保您的保险，而不是每年一次。

我们的记录显示您可能会受到这些变化的影响。您的保险目前不受影响，但请务必及时回复 NJ FamilyCare 寄给您的任何信件，以帮助维持您的保险。

请确保您的邮件地址、电话号码和电子邮件地址是最新的，这样您就不会错过重要通知。请前往 <https://dmahs-nj.my.site.com/addressupdate>，或致电 1-833-409-2370。

工作要求是否适用于我？

您**无需**满足这些要求，如果**附件 A：「谁不需要满足工作要求？」**中列出的任何情况适用于您。

否则，如果您加入了 NJ FamilyCare ABP 计划类型（替代福利计划），您必须满足这些要求。

参见**附件 B：我如何确定我的计划类型？**

我如何满足工作要求？

您可以通过完成以下**活动**之一来满足工作要求：

- 您的家庭每月收入至少 580 美元。如果您的收入在一年中因为季节性工作而发生变化，如教学工作或景观美化工作，则请使用您过去 6 个月的平均月收入。
- 至少一半的时间上学。您的学校决定一半时间的具体含义。
- 每月至少花 80 个小时做以下一项或多项活动：
 - 工作
 - 上学，如果您注册的学业不到一半的时间
 - 参加职业培训计划
 - 志愿服务或社区服务

要保持您的**保险**，您必须在上次续保后至少一(1)个月内完成任何要求的活动。从 2027 年 1 月 1 日开始，NJ FamilyCare 将每 6 个月检查一次您是否符合要求。NJ FamilyCare 将首先检查其已有的信息。如果需要更多信息，NJ FamilyCare 将联系您索取。参见**附件 C：NJ FamilyCare 将如何检查我的工作要求状态？**了解更多详情。

要了解这些要求对您的影响，请访问www.njfcchecker.nj.gov上的 *NJ FamilyCare 活动要求检查工具*。

如果我不符合工作要求会怎样？

如果工作要求适用于您，而您没有达到要求，您将在当前保险期结束时失去您的 NJ FamilyCare 保险。您可能获得 GetCoveredNJ 的保险，但您将不会获得经济资助。如果您失去了 NJ FamilyCare，在您的具体情况发生变化时可以随时重新申请。

我现在应该做什么？

- **更新您的联系信息：**更新您的地址、电话号码和电子邮件，这样您就不会错过重要通知。您可以通过 <https://dmahs-nj.my.site.com/addressupdate> 或致电 1-833-409-2370 在线申请。
- **留意来自 NJ FamilyCare 或您的健康计划的信件、电子邮件或短信：**如果 NJ FamilyCare 向您索要信息，请尽快回复他们的来信。
- **查看这些要求是否适用于您：**使用 *NJ FamilyCare 活动要求检查工具* 查看工作要求是否适用于您。您可以通过 www.njfcchecker.nj.gov 使用该工具
- **收集和存放您的文档：**请开始保留能证明您符合工作要求的记录，例如工资单或在校证明。现在不要寄送这些信息。

如果我们需要您提供文件，NJ FamilyCare 会给您寄信。

能够帮助您了解这些变化的资源：

- **要了解更多信息，** 请访问 MedicaidWorkRules.nj.gov。
- **提出问题或请求帮助：**请致电 1-833-409-2370 联系 NJ FamilyCare。

附件 A：哪些人不需要满足工作要求？

如果您有一定的健康、家庭或生活状况，您可能不需要满足工作要求。您可能获得“豁免”或属于“例外”情况

第 1 组 - 豁免

如果以下任何一项描述了您现在的情况，您就**不必**满足工作要求。您：

- 年龄为 19 岁以下或年龄为 65 岁及以上
- 目前接受补充营养援助计划 (SNAP) 福利的家庭成员，而 SNAP 要求您遵守工作要求
- 目前满足 WorkFirst NJ 或“为贫困家庭提供临时援助 (TANF)”的工作要求
- 加入 Medicare 或领取补充社会保障收入 (SSI)
- 在您加入 NJ FamilyCare/Medicaid 时，目前怀孕或在过去 12 个月内终止妊娠
- 14 岁以下儿童或残疾人的父母、监护人或看护人
- 目前在监狱中
- 联邦政府承认的美国印第安人或阿拉斯加土著部落的成员
- 由美国退伍军人事务部 (VA) 确定为完全残疾的退伍军人
- 年龄在 26 岁以下且因年龄不在寄养系统内
- 参与药物使用或酒精治疗计划
- 身体虚弱。这意味着您的健康状况让您很难完成工作要求。您的情况必须属于以下类型之一：
 - 由社会保障局确定的盲人或残疾人
 - 物质使用障碍。这不适用于您处于 5 年或更长恢复期的情况
 - 残疾性精神健康障碍
 - 严重或复杂的疾病
 - 严重的身体、智力或发育残疾

第 2 组-例外

如果您最近刚从监狱或看守所获释，您可能不需要履行工作要求。

如果您自上次续保以来，曾遭遇以下短期困难之一且持续时间至少达 1 个月，则您无需履行工作要求：

- 接受住院急性护理服务，例如，在医院、护理机构、中级护理机构或精神病院
- 在您的社区外旅行，获取自己或家属的医疗保健服务。这是因为您居住的地方没有这种医疗服务
- 住在联邦政府定义的高失业率的县
- 住在总统宣布进入紧急状态或灾难的地区

在以下情况下，您必须满足工作要求：

- 您加入了 NJ FamilyCare ABP 计划类型（替代福利计划），并且
- 附件 A 中列出的情况都不适合您

附件 B：我如何确定我的计划类型？

要确定您的计划类型，您可以：

- 致电您当前医疗保险计划身份证背面的会员服务号码
- 查看您的医疗保险计划 ID 卡正面——请参阅以下说明：
 - 如果您加入了 Aetna，您将无法使用此方法。请致电您的医疗保险计划 ID 卡上的会员服务号码
 - 如果您加入了 Fidelis Care、United Healthcare、Horizon 或 Wellpoint，请查看下面的替代福利计划 (ABP) ID 卡示例。如果您的卡上写着 ABP 或替代福利计划，如示例中的方框所示，这表示您已注册加入 ABP 计划

Fidelis

**FIDELIS CARE**

Issue Date: 02/10/2025

Member: SAMPLE A SAMPLE

Member ID: 123456789

Medicaid #: 1234567890

Plan Name: NJ FamilyCare A/ABP

Effective Date: MM/DD/YYYY

Co-Pay Information

Primary Care Provider (PCP):

[PCP Name]

PCP Phone: 1-XXX-XXX-XXXX

Dental: 1-888-442-2375

Dental \$0

Emergency \$0

PCP \$0

Pharmacy \$0

Specialist \$0

Horizon

**Horizon**

NJ FamilyCare

NAME: JANE DOE

MEMBER ID NO: YHZ00000000

PCP: DOE, MARIA G.

PHONE: 973-000-0000

ISSUE DATE: 02/28/2024

EFFECTIVE: 01/01/2020

BCBS Plan Codes 280/780

horizonNJhealth.com

Plan

ABP

Optical Benefit

Emergency

PCP Copay

Dental Copay

Specialist Copay

Rx Generic

Rx Brand

Pharmacies Group: HORIZON, BIN 610606, ProCt: HMC

086-19-153

United Healthcare

**United Healthcare**
Community Plan

Health Plan (80840) 911-86047-08

Member ID: 000300112

Group Number: NJFAMCAR

Member: REISSUE ENGLISH

Payer ID: 86047

PCP Name: DOUGLAS GETWELL

PCP Phone: (201)792-3022

Issue Date: 06/22/23

Optum Rx

Rx Bin: 610494

Rx Grp: AMNJ

Rx PCN: 4343

Copay: No Copays

See reverse for dental/vision benefits DOI -0501

NJ Alternative Benefit Plan Underwritten by AmeriChoice of New Jersey, Inc.

Wellpoint

**Wellpoint**

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: 1-800-679-6901

Wellpoint Member Services/BH: 1-833-731-2147

24/7 BH Crisis: 1-877-842-7187

Pharmacy Member Services: 1-833-207-3115

附件 C: NJ FamilyCare 将如何检查我的工作要求状态?

NJ FamilyCare 将每 6 个月检查一次您的活动是否符合要求, 或者您是否属于被豁免的群体。

首先, NJ FamilyCare 将检查已有的信息。

有时, NJ FamilyCare 需要更多信息来决定您的资格。如果发生这种情况, NJ FamilyCare 将向您寄信解释:

- 您需要提供的文件种类
- 您提交信息的截止日期

NJ FamilyCare 将审核您的文件, 并决定您是否符合工作要求, 或者这些文件是否不适用于您。

然后, NJ FamilyCare 将向您发送另一封信函, 说明其对您的承保范围的决定。

如果您的工作、学校、志愿者、被豁免或例外状态发生变化, 您可以在下次续保时报告。您不需要立即报告这些变化。这包括如果您:

- 开始或停止工作、上学或志愿活动
- 成为附件 A 中所列的豁免或符合例外群体的一部分, 或不再属于该群体

如果有其他可能影响您的 Medicaid 资格的变化, 例如您的收入或家庭成员人数, 您必须在变化发生后 10 天内通知 NJ FamilyCare。