

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

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

一般通知

符合 NJ FamilyCare/Medicaid 資格之

社區參與/工作要求

親愛的[MEMBER NAME]：

本信函載有關於您的 NJ FamilyCare/Medicaid 醫療保險的重要資訊。Trump 政府就誰有資格獲得 NJ FamilyCare 以及部分 19-64 歲成年會員必須履行哪些義務方可維持承保資格進行了修訂。

為什麼我會收到這封信函？

自 2027 年 1 月 1 日起，兩項新規定可能會影響您的 NJ FamilyCare 保險：

1. **社區參與/工作要求**。除非您符合附件 A 所列之任一情況，否則您必須工作、就學、擔任志工或參加職業培訓計畫，才有資格獲得或維持 NJ FamilyCare 承保。這些規定正式稱為「社區參與要求」，但您也可能聽說它們被稱為「工作要求」。
2. **資格核查頻率增加**。您需要每六 (6) 個月續保，並非每年一次。

我們的紀錄顯示，您可能會受到這些變更的影響。您的承保資格目前未受到影響，但您應盡快回覆來自 NJ FamilyCare 的信函，以協助維持您的承保資格。

請確保您的郵寄地址、電話號碼及電子郵件地址均為最新資訊，以免錯過重要通知。請造訪

<https://dmahs-nj.my.site.com/addressupdate>，或致電 1-833-409-2370。

工作要求是否適用於我？

如果您符合附件 A：《誰無需滿足工作要求？》中所列的任何情形：則您無需滿足這些要求。否則，如果您參加 NJ FamilyCare 計劃類型 ABP（替代福利計劃），則必須滿足這些要求。請參閱附件 B：

《如何確定我的計劃類型？》

我該如何滿足工作要求？

您可以透過完成以下任一**活動**來滿足工作要求：

- 您的家庭每月收入至少為 **580 美元**。如果您因季節性工作（例如教學或園藝）導致年度內收入有所變動，請以過去 **6 個月**的平均月收入為準。
- 至少以「半職」身份就學。何謂「半職」由您的學校決定。
- 每月至少花 **80 小時**從事以下一項或多項活動：
 - 工作
 - 就學（若您的就學時間少於半職）
 - 參加職業培訓計畫
 - 志工服務或社區服務

為維持保險資格，您必須自上次續保日起，已持續完成任何一項指定的活動至少一 (1) 個月。自 2027 年 1 月 1 日起，NJ FamilyCare 將每 6 個月核查您是否符合要求。NJ FamilyCare 首先核對已掌握的資訊。若需更多資訊，NJ FamilyCare 會聯絡您以索取相關資料。請參閱附件 C：《NJ FamilyCare 將如何核查我的工作要求狀態？》，了解更多資訊。

為協助您了解這些要求可能會對您造成哪些影響，請使用 www.njfcchecker.nj.gov 上的「NJ FamilyCare 活動要求核查工具」

如果我未符合工作要求會怎麼樣？

如果工作要求適用於您，但您不符合工作要求，則您的 NJ FamilyCare 保險將於當前保障期結束時失效。您可能仍符合 GetCoveredNJ 的保障資格，但無法獲得財務援助。如果您失去 NJ FamilyCare 保障，只要您的條件有變化，隨時均可重新申請。

我現在應該做什麼？

- **更新您的聯絡資訊：**請更新您的地址、電話號碼和電子郵件，以免錯過重要通知。您可以透過 <https://dmahs-nj.my.site.com/addressupdate> 線上更新，或致電 1-833-409-2370 更新。
- **請留意來自 NJ FamilyCare 或您的醫療保險計畫的信函、電子郵件或簡訊：**如果 NJ FamilyCare 的信函要求您提供資訊，請盡快回覆。
- **確認要求是否適用於您：**使用 NJ FamilyCare 活動要求檢查工具，檢視工作要求是否適用於您。您可透過 www.njfcchecker.nj.gov 存取此工具
- **收集並保存您的文件：**請開始保存能證明您符合「工作要求」的紀錄，例如薪資單或就學證明。請勿現在就寄送這些文件。

NJ FamilyCare 將會寄送信函通知您是否需要提供文件。

協助您了解變更事項的資源：

- 請瀏覽 MedicaidWorkRules.nj.gov 以獲取更多資訊。
- 提出疑問或尋求協助：請致電 NJ FamilyCare：1-833-409-2370。

附件 A：《誰無需滿足工作要求？》

如果您面臨特殊的健康、家庭或生活狀況，可能無需滿足工作要求。您可能屬於「豁免」或「例外」對象。

第一類 – 豁免對象

如果您目前符合以下任一情況，則**無須**符合工作要求。您符合以下情況：

- 未滿 19 歲或年滿 65 歲及以上者
- 所屬家庭的成員目前正領取「Supplemental Nutrition Assistance Program」（SNAP，補充營養援助計畫）福利，該計畫要求您符合工作要求
- 目前符合「WorkFirst NJ」或「Temporary Assistance for Needy Families」（TANF，貧困家庭臨時援助）之工作要求
- 已加入 Medicare 正在領取補充社會保障收入（SSI）
- 目前懷孕，或於過去 12 個月內在參加 NJ FamilyCare/Medicaid 期間曾流產
- 是 14 歲以下兒童或身心障礙者的父母、監護人或看護者
- 目前身處拘留所或監獄
- 屬於聯邦政府認可的美洲印第安人或阿拉斯加原住民部落成員
- 經 U.S. Department of Veterans Affairs（美國退伍軍人事務部（VA））認定為完全殘障的退伍軍人
- 未滿 26 歲且因年齡而不在寄養系統內
- 正參加藥物濫用或酒精治療計畫
- 身體有疾病虛弱。這意味著您有健康疾病，它使您難以滿足工作要求。您的病況必須屬於以下其中一類：
 - 經 Social Security Administration（社會安全局）認定為失明或身心障礙者
 - 藥物濫用障礙。如果您已康復 5 年或以上，則不適用此項
 - 導致殘障的精神健康問題
 - 嚴重或複雜的醫療狀況
 - 顯著的身體、智力或發展障礙

第 2 類 – 例外對象

如果您近期剛從監獄或拘留所獲釋，您「可能無需」履行工作要求

如果您自上次續保以來，曾遭遇以下任一短期困難至少 1 個月，則「無需」履行工作要求：

- 接受住院急性照護服務，例如在醫院、護理機構、中度照護機構、或精神病院
- 為自己或受撫養人尋求醫療保健服務而前往社區以外的機構。這是因為您居住社區無法提供此照護服務
- 居住於聯邦政府指定之高失業率的縣域
- 居住於總統宣布進入緊急或災難狀態的地區

如果您符合以下條件，則必須滿足工作要求：

- 您已加入 **NJ FamilyCare** 計畫類型 **ABP** (替代福利計畫)，及
- 附件 **A** 所列之情形均不適用於您

附件 B：《如何確定我的計劃類型？》

要確定您的計畫類型，您可以：

- 撥打您目前醫療保險卡背面所列的會員服務專線
- 檢視醫療保險卡正面——請參閱以下說明：
 - 如果您是參加 **Aetna**，則無法使用此方法。請撥打醫療保險卡上所列的會員服務專線
 - 如果您參保 **Fidelis Care**、**United Healthcare**、**Horizon** 或 **Wellpoint**，請參閱下方的「Alternative Benefit Plan」（替代福利計畫（ABP））會員卡範例。如果您的卡片上標有「ABP」或「Alternative Benefit Plan」（如範例方框內所示），這表示您已投保 ABP 計畫

Fidelis

Issue Date: 02/10/2025

Member: SAMPLE A SAMPLE
Member ID: 123456789
Plan Name: NJ FamilyCare A/ABP
Effective Date: MM/DD/YYYY
Primary Care Provider (PCP): [PCP Name]
PCP Phone: 1-XXX-XXX-XXXX
Dental: 1-888-442-2375

Medicaid #: 1234567890

Co-Pay Information

Dental	\$0
Emergency	\$0
PCP	\$0
Pharmacy	\$0
Specialist	\$0

Horizon

NAME: JANE DOE
MEMBER ID NO: YH200000000
PCP: DOE, MARIA G.
PHONE: 973-000-0000
ISSUE DATE: 02/28/2024
EFFECTIVE: 01/01/2020
BC/BS Plan Codes 230/780
horizonNJhealth.com

NJ FamilyCare

Plan	ABP
United Direct	YES
Emergency	\$0.00
PCP Copay	\$0.00
Dental Copay	\$0.00
Specialist Copay	\$0.00
Rx Generic	\$0.00
Rx Brand	\$0.00

Pharmacies Group: HORIZON BIN 610606
ProCt: MMC
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

Copay: No Copays

See reverse for dental/vision benefits
DOI - 0501

Optum Rx®
Rx Bin: 610494
Rx Grp: AMNJ
Rx PCN: 4343

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

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
Pharmacy: \$0 FOR GENERIC / \$0 FOR BRAND NAME

Emergency Room Visits: \$0

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

附件 C：NJ FamilyCare 將如何核查我的工作要求狀態？

NJ FamilyCare 每 6 個月核查一次，檢視您的活動是否符合要求，或您是否屬於豁免或例外群體。

首先，NJ FamilyCare 會核對已掌握的資訊。

有時，NJ FamilyCare 需要更多資訊來認定您的資格。若發生此情況，NJ FamilyCare 會寄送一封信函給您，列明：

- 您需要提供的文件種類
- 提交資訊的截止日期

NJ FamilyCare 將審核您的文件，判定您是否符合工作要求，或工作要求是否適用於您。隨後，NJ FamilyCare 將寄送另一封信函，告知您有關保險範圍的決定。

如果您的工作、就學、志工服務、豁免或例外狀態發生變更，您可在下次續保時進行申報。您無需立即通報這些變更。變更包括以下情況：

- 開始或停止工作、就學或志工服務
- 成為附件 A 所列排除或豁免群體的一員，或不再屬於該群體

如果發生其他可能影響您 Medicaid 資格的變更（例如收入或家庭成員人數），您必須在變更發生後 10 天內通知 NJ FamilyCare。