

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

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

## 일반 안내문

### NJ FamilyCare/Medicaid 자격 유지를 위한

### 지역사회 참여/근로 요건

[MEMBER NAME] 님,

이 서신에는 귀하의 NJ FamilyCare/Medicaid 건강보험에 관한 중요한 정보가 담겨 있습니다. 트럼프 행정부의 정책 변경에 따라 NJ FamilyCare의 자격 요건 및 일부 성인 가입자(19~64세)가 보험을 계속 유지하기 위해 충족해야 하는 요건이 변경되었습니다.

#### 제가 이 서신을 받게 된 이유가 뭔가요?

2027년 1월 1일부터 다음 두 가지 새로운 규정이 귀하의 NJ FamilyCare 보장에 영향을 미칠 수 있습니다.

- 지역사회 참여/근로 요건.** 별첨 A에 명시되어 있는 상황을 충족하지 않는 한, NJ FamilyCare 가입 자격을 얻거나 보장을 계속 유지하려면 일을 하거나, 학업을 이행하거나, 자원봉사를 하거나, 직업 훈련 프로그램에 참여해야 합니다. 이러한 요건의 공식 명칭은 지역사회 참여 요건이지만, 근로 요건이라고 불리기도 합니다.
- 더 잦은 자격 갱신.** 앞으로 보험 보장을 1년에 한 번이 아니라 6개월마다 갱신해야 합니다.

당사의 기록에 따르면 귀하께서는 이러한 변경 사항에 영향을 받을 수 있습니다. 현재 보험 보장이 당장 영향을 받는 것은 아니지만, 보장을 유지하려면 NJ FamilyCare로부터 받는 우편물에 신속하게 회신하셔야 합니다.

중요한 안내 사항을 놓치지 않도록 우편 주소, 전화번호, 이메일 주소가 최신 정보인지 확인해 주세요. <https://dmahs-nj.my.site.com/addressupdate>에 방문하거나 1-833-409-2370으로 전화해 주시기 바랍니다.

**근로 요건이 저에게도 적용되나요?**

**‘별첨 A: 근로 요건을 충족하지 않아도 되는 사람’**에 나열된 상황중 하나라도 해당한다면 근로 요건을 충족할 필요가 **없습니다**. 그렇지 않은 경우, 가입 중인 NJ FamilyCare 플랜 유형이 ABP(Alternative Benefit Plan), 대체 혜택 플랜)라면 근로 요건을 충족해야 합니다. 본인의 플랜 유형은 **‘별첨 B: 내 플랜 유형은 어떻게 확인하나요?’**를 참조해 주세요.

## 근로 요건을 충족하려면 어떻게 해야 하나요?

다음 **활동** 중 하나를 완료하면 근로 요건을 충족할 수 있습니다.

- 귀하의 가구가 매월 최소 \$580의 소득을 올립니다. 교직, 조경업 등 연중 시기에 따라 소득이 달라지는 직업의 경우, 지난 6개월간의 월평균 소득을 사용하세요.
- 최소 반일제(half-time)로 학교에 다닙니다. 어떤 것이 반일제에 해당하는지는 학교에서 정합니다.
- 매월 최소 80시간을 다음 활동 중 하나 이상에 소비합니다.
  - 근로
  - 학업 이수. 단, 반일제 미만으로 등록한 경우에 해당
  - 직업 훈련 프로그램 참여
  - 자원봉사 또는 지역사회 봉사활동

**보험 보장을 계속 유지하려면**, 마지막 자격 갱신 이후 최소 1개월 동안 위에 해당하는 필수 활동을 완료했어야 합니다. 2027년 1월 1일부터 NJ FamilyCare는 6개월마다 귀하께서 근로 요건을 충족하고 있는지 확인합니다. NJ FamilyCare는 먼저 이미 보유하고 있는 정보를 확인합니다. 추가 정보가 필요할 경우, NJ FamilyCare 측에서 귀하께 연락하여 해당 정보를 요청합니다. 자세한 내용은 '**별첨 C: NJ FamilyCare는 나의 근로 요건 충족 여부를 어떻게 확인하나요?**'를 참조하세요.

이러한 요건이 귀하에게 어떤 영향을 미칠 수 있는지 확인하려면 [www.njfcchecker.nj.gov](http://www.njfcchecker.nj.gov)에서 *NJ FamilyCare 활동 요건 확인 도구(NJ FamilyCare Activity Requirements Checker)*를 이용하세요.

## 근로 요건을 충족하지 않으면 어떻게 되나요?

근로 요건이 귀하에게 적용되는데 이를 충족하지 않을 경우, 현재 보험 보장 기간이 끝나면 NJ FamilyCare 보장을 잃게 됩니다. GetCoveredNJ를 통해 보험 보장을 받을 수도 있지만, 재정 지원은 받을 수 없게 됩니다. NJ FamilyCare 보장을 잃더라도 상황이 달라지면 언제든지 다시 신청할 수 있습니다.

## 지금 무엇을 해야 하나요?

- **연락처 정보를 업데이트하세요.** 중요한 안내 사항을 놓치지 않도록 주소, 전화번호, 이메일 주소를 최신 상태로 업데이트하세요. <https://dmahs-nj.my.site.com/addressupdate>에 방문하거나 1-833-409-2370으로 전화하여 연락처 정보를 업데이트할 수 있습니다.
- **NJ FamilyCare 또는 가입한 건강보험 플랜에서 보내는 서신, 이메일, 문자 메시지를 확인하세요.** NJ FamilyCare에서 정보 제출을 요청하는 서신을 받으면 가능한 한 빨리 회신하세요.
- **근로 요건이 귀하에게 적용될 수 있는지 확인하세요.** *NJ FamilyCare 활동 요건 확인 도구*를 이용해 근로 요건이 귀하에게 적용되는지 확인하세요. 이 도구는 [www.njfcchecker.nj.gov](http://www.njfcchecker.nj.gov)에서 이용할 수 있습니다
- **관련 서류를 모아 보관해 두세요.** 급여 명세서나 재학 관련 서류 등 근로 요건 충족을 입증할 수 있는 기록을 지금부터 보관해 두시기 바랍니다. 지금은 서류를 보내지 마세요. **서류 제출이 필요한 경우 NJ FamilyCare에서 서신으로 안내해 드립니다.**

변경 사항을 이해하는 데 도움이 되는 자료:

- 자세한 정보는 [MedicaidWorkRules.nj.gov](http://MedicaidWorkRules.nj.gov)를 방문하세요.
- 문의 및 도움 요청: NJ FamilyCare에 1-833-409-2370으로 전화해 주세요.

## 별첨 A: 근로 요건을 충족하지 않아도 되는 사람

특정한 건강 상태, 가족 상황 또는 생활 상황에 해당하는 경우 근로 요건을 충족하지 않아도 될 수 있습니다. 이러한 경우, “제외” 또는 “예외” 대상이 될 수 있습니다.

### 그룹 1 – 제외 대상

현재 다음 중 하나라도 귀하에게 해당한다면 근로 요건을 충족할 필요가 **없습니다**. 귀하는 다음에 해당합니다.

- 19세 미만 또는 65세 이상입니다
- 현재 Supplemental Nutrition Assistance Program(SNAP), 보충영양지원프로그램) 혜택을 받고 있는 가정의 구성원이며, SNAP에서 귀하에게 근로 요건을 따르도록 요구하고 있습니다
- 현재 WorkFirst NJ 또는 Temporary Assistance for Needy Families(TANF), 빈곤 가정을 위한 임시 지원)의 근로 요건을 충족하고 있습니다
- Medicare에 가입되어 있거나 Supplemental Security Income(SSI, 생활 보조금)을 받고 있습니다
- 현재 임신 중이거나, NJ FamilyCare/Medicaid에 가입한 상태에서 지난 12개월 이내에 임신이 종료되었습니다
- 14세 미만의 자녀 또는 장애인을 양육하는 부모, 후견인 또는 보호자입니다
- 현재 구치소 또는 교도소에 수감되어 있습니다
- 연방정부가 인정한 아메리칸 원주민 또는 알래스카 원주민 부족의 구성원입니다
- U.S. Department of Veterans Affairs(VA), 미국 보훈부)에서 판정한 완전 장애가 있는 재향군인입니다
- 26세 미만이며 위탁 보호 대상에서 제외되었습니다
- 약물 사용 또는 알코올 치료 프로그램에 참여 중입니다
- 의학적으로 취약한 상태입니다. 이는 근로 요건을 충족하기 어려울 정도로 건강 상태에 문제가 있다는 것을 의미합니다. 귀하의 상태가 다음 중 하나에 해당해야 합니다.
  - Social Security Administration(사회보장국)에서 판정한 시각장애 또는 장애가 있습니다
  - 약물 사용 장애가 있습니다. 단, 5년 이상 회복 상태인 경우에는 해당하지 않습니다
  - 생활에 지장이 있는 수준의 정신건강 질환이 있습니다
  - 중증 질환 또는 복합 질환이 있습니다
  - 중대한 신체적, 지적 또는 발달 장애가 있습니다

### 그룹 2 – 예외 대상

최근에 구치소 또는 교도소에서 출소한 경우에는 근로 요건을 충족할 필요가 없을 수도 있습니다

마지막 자격 갱신 이후 최소 1개월 이상 다음과 같은 단기적인 어려움 중 하나를 겪은 경우, 근로 요건을 충족하지 않아도 됩니다:

- 병원, 요양시설, 중간급 치료시설 또는 정신병원 등에서 급성기 입원 치료를 받았습니다
- 본인 또는 부양가족을 위한 의료 서비스를 받기 위해 지역사회 밖으로 이동했습니다. 거주 지역에서는 해당 의료 서비스를 받을 수 없었기 때문입니다
- 연방정부에서 정한 기준에 따라 실업률이 높은 카운티에 거주했습니다
- 대통령이 비상사태 또는 재난을 선포한 지역에 거주했습니다

다음 조건에 해당하는 경우 근로 요건을 충족해야 합니다.

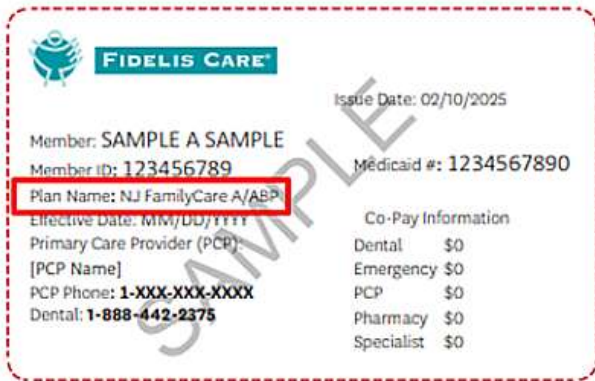
- NJ FamilyCare의 ABP 플랜에 가입되어 있으며, 또한
- 별첨 A에 나열된 상황 중 해당하는 것이 없는 경우

## 별첨 B: 내 플랜 유형은 어떻게 확인하나요?

본인의 플랜 유형은 다음과 같은 방법으로 확인할 수 있습니다:

- 현재 가입한 건강보험 플랜의 ID 카드 뒷면에 있는 회원 서비스 전화번호로 전화해 문의하세요
- 건강보험 플랜 ID 카드 앞면을 확인하세요. 아래 안내에 따라 확인할 수 있습니다.
  - Aetna에 가입되어 있는 경우에는 이 방법으로 확인할 수 없습니다. 건강보험 플랜 ID 카드에 있는 회원 서비스 전화번호로 전화해 문의하세요
  - Fidelis Care, United Healthcare, Horizon 또는 Wellpoint에 가입되어 있는 경우에는 아래에 있는 대체 혜택 플랜(ABP) ID 카드 예시를 확인하세요. 예시의 네모 안에 표시된 것처럼 카드에 ABP 또는 Alternative Benefit Plan이라고 적혀 있다면 ABP 플랜에 가입되어 있는 것입니다

### Fidelis



**FIDELIS CARE**

Issue Date: 02/10/2025

Member: SAMPLE A SAMPLE  
Member ID: 123456789  
Medicaid #: 1234567890

**Plan Name: NJ FamilyCare A/ABP**

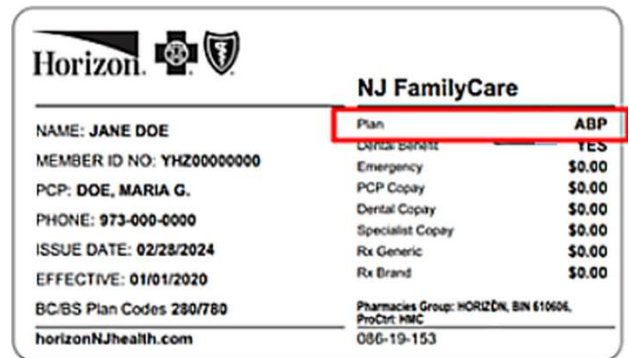
Effective Date: MM/DD/YYYY

Primary Care Provider (PCP):  
[PCP Name]  
PCP Phone: 1-XXX-XXX-XXXX  
Dental: 1-888-442-2375

Co-Pay Information

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

### Horizon



**Horizon**

**NJ FamilyCare**

NAME: JANE DOE  
MEMBER ID NO: YHZ000000000  
PCP: DOE, MARIA G.  
PHONE: 973-000-0000  
ISSUE DATE: 02/28/2024  
EFFECTIVE: 01/01/2020  
BC/BS Plan Codes 280/780  
horizonNJhealth.com

| Plan             | ABP    |
|------------------|--------|
| Critical Illness | 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, ProCttr HMC  
086-19-153

### United Healthcare



**United Healthcare**  
Community Plan

Health Plan (B0840) 911-86047-08

Member ID: 000300112 Group Number: NJFAMCAR

Member: REISSUE ENGLISH

PCP Name: DOUGLAS GETWELL  
PCP Phone: (201)792-3022  
Issue Date: 06/22/23

Payer ID: 86047

**Optum Rx**

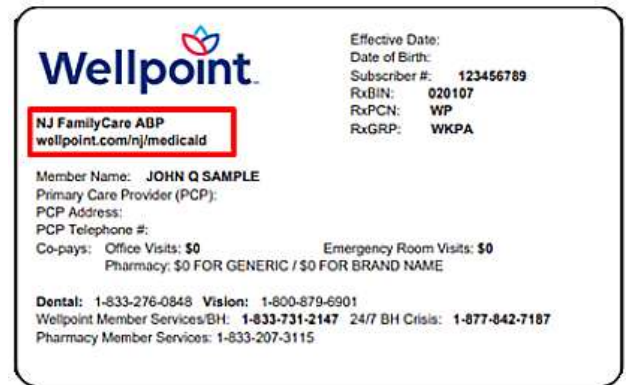
Rx Bin: 610494  
Rx Grp: AMNJ  
Rx PCN: 4343

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: 1-800-879-6901  
Wellpoint Member Services/BH: 1-833-731-2147 24/7 BH Crisis: 1-877-842-7187  
Pharmacy Member Services: 1-833-207-3115

### **별첨 C: NJ FamilyCare는 나의 근로 요건 충족 여부를 어떻게 확인하나요?**

NJ FamilyCare는 6개월마다 귀하가 수행한 활동이 요건을 충족하는지 또는 귀하가 제외 대상이나 예외 대상 그룹에 해당하는지 확인합니다. 먼저, NJ FamilyCare는 이미 보유하고 있는 정보를 확인합니다.

NJ FamilyCare가 귀하의 상태를 판단하기 위해 추가적인 정보가 필요한 경우도 있습니다. 이러한 경우 NJ FamilyCare에서 서신을 보내 다음 사항을 안내합니다.

- 제출해야 하는 서류의 종류
- 정보를 제출해야 하는 기한

NJ FamilyCare는 귀하가 제출한 서류를 검토하여 귀하의 근로 요건 충족 여부 또는 근로 요건 적용 여부를 판단합니다. 이후, NJ FamilyCare에서 귀하의 보험 보장에 대한 결정 내용을 담은 서신을 발송해 드립니다.

귀하의 근로, 재학, 자원봉사 관련 상황에 변동이 생겼거나 제외 대상 또는 예외 대상 여부가 변경된 경우, 다음 자격 갱신 때 이를 신고할 수 있습니다. 이러한 변동 사항을 즉시 신고할 필요는 없습니다. 여기에는 다음과 같은 사항이 포함됩니다.

- 일을 시작하거나 그만두거나, 학교에 다니기 시작하거나 그만두거나, 자원봉사를 시작하거나 그만두는 경우
- 별첨 A에 나열된 제외 대상 또는 예외 대상 그룹에 새롭게 해당하게 되거나 더 이상 해당하지 않게 되는 경우

소득이나 가구원 수 등 Medicaid 가입 자격에 영향을 미칠 수 있는 다른 사항이 변경된 경우, 변경일로부터 10일 이내에 NJ FamilyCare에 알려야 합니다.