

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

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

Aviso Geral

Requisitos de Engajamento Comunitário/Trabalho para se Qualificar para o NJ FamilyCare/Medicaid

Prezado(a) [MEMBER NAME],

Esta carta contém informações importantes sobre sua cobertura de saúde do NJ FamilyCare/Medicaid. As novas regras federais assinadas pelo governo Trump alteraram os critérios de elegibilidade para o NJ FamilyCare e o que alguns membros adultos de 19 a 64 anos precisam fazer para manter a sua cobertura.

Por que estou recebendo esta carta?

A partir de 1º de janeiro de 2027, duas novas regras podem afetar sua cobertura do NJ FamilyCare:

1. **Requisitos de engajamento comunitário/trabalho.** A menos que você se enquadre em uma das situações listadas no Anexo A, você deve trabalhar, estudar, realizar trabalho voluntário ou participar de um programa de capacitação profissional para se qualificar ou manter sua cobertura do NJ FamilyCare. Essas regras são oficialmente chamadas de requisitos de engajamento comunitário, mas você também pode se deparar com o termo “requisitos de trabalho”.
2. **Renovações de elegibilidade mais frequentes.** Você precisará renovar sua cobertura a cada seis (6) meses, em vez de uma vez por ano.

Nossos registros indicam que você pode ser afetado por essas mudanças. A sua cobertura não será afetada hoje, mas você deve responder rapidamente a qualquer correspondência que receber do NJ FamilyCare para ajudar a manter o seu benefício.

Certifique-se de que seu endereço para correspondência, número de telefone e endereço de e-mail estejam atualizados, para que você não perca avisos importantes.

Acesse <https://dmahs-nj.my.site.com/addressupdate> ou ligue para 1-833-409-2370.

Os requisitos de trabalho se aplicam a mim?

Você **NÃO** precisa cumprir os requisitos caso se encontre em qualquer uma das situações listadas no **Anexo A: “Quem não precisa atender aos requisitos de trabalho?”** se aplica a você. Caso contrário, você deve atender aos requisitos se estiver inscrito no plano NJ FamilyCare do tipo ABP (Plano de Benefícios Alternativo (Alternative Benefit Plan)). Consulte o **Anexo B: Como determino meu tipo de plano?**

Como faço para cumprir os requisitos de trabalho?

Você pode atender aos requisitos de trabalho realizando uma das seguintes **atividades**:

- Sua família tem uma renda de pelo menos US\$ 580 por mês. Se sua renda mudar durante o ano devido a trabalhos sazonais, como lecionar ou jardinagem, use sua renda média mensal dos últimos 6 meses.
- Estudar pelo menos em meio período. Sua instituição de ensino define o que significa “meio período”.
- Dedicar pelo menos 80 horas por mês a uma ou mais destas atividades:
 - Trabalhar
 - Estudar, caso esteja matriculado em menos de meio período
 - Participar de um programa de capacitação profissional
 - Voluntariado ou serviço comunitário

Para manter sua cobertura, você deve ter realizado qualquer uma das atividades exigidas por pelo menos um (1) mês desde sua última renovação. A partir de 1º de janeiro de 2027, o NJ FamilyCare verificará a cada 6 meses se você atende aos requisitos. O NJ FamilyCare verificará primeiro as informações que já possui. Se forem necessárias mais informações, o NJ FamilyCare entrará em contato com você para solicitá-las. Consulte o **Anexo C: “Como o NJ FamilyCare verificará minha situação em relação aos requisitos de trabalho?”** para obter mais detalhes.

Para ajudar a determinar como esses requisitos podem afetá-lo, use o *Verificador de Requisitos de Atividades do NJ FamilyCare*, disponível em www.njfcchecker.nj.gov.

O que acontece se eu NÃO atender aos requisitos de trabalho?

Se o requisito de trabalho se aplicar a você e você não o atender, perderá sua cobertura do NJ FamilyCare quando o período de cobertura atual terminar. Você pode ser elegível para cobertura no GetCoveredNJ, mas não receberá ajuda financeira. Se perder sua cobertura do NJ FamilyCare, poderá se inscrever novamente a qualquer momento caso sua situação mude.

O que devo fazer agora?

- **Atualize suas informações de contato:** Atualize seu endereço, número de telefone e e-mail para não perder avisos importantes. Você pode fazer isso on-line em <https://dmahs-nj.my.site.com/addressupdate> ou pelo telefone 1-833-409-2370.
- **Fique atento a cartas, e-mails ou mensagens de texto do NJ FamilyCare ou do seu plano de saúde:** Responda às cartas do NJ FamilyCare o mais rápido possível caso solicitem informações.

- **Verifique se os requisitos se aplicam a você:** Use o *Verificador de Requisitos de Atividades do NJ FamilyCare* para verificar se os requisitos de trabalho se aplicam a você. Você pode acessar essa ferramenta em www.njfcchecker.nj.gov
- **Reúna e guarde seus documentos:** Comece a guardar registros que comprovem que você cumpre os requisitos de trabalho, como contracheques ou históricos escolares. Não os envie agora. **O NJ FamilyCare enviará uma carta caso seja preciso fornecer documentos.**

Recursos para ajudar você a entender as mudanças:

- **Acesse** MedicaidWorkRules.nj.gov **para obter mais informações.**
- **Faça perguntas ou solicite ajuda:** Ligue para o NJ FamilyCare pelo número 1-833-409-2370.

Anexo A: Quem NÃO precisa atender aos requisitos de trabalho?

É possível que você não precise atender aos requisitos de trabalho se tiver determinadas situações de saúde, familiares ou de vida. Você pode ser “excluído” ou “isentado.”

Grupo 1 – Excluídos

Você **NÃO** precisa atender aos requisitos de trabalho se alguma das seguintes situações se aplicar a você no momento. Você:

- Tem menos de 19 anos ou 65 anos de idade ou mais
- É membro de uma família que atualmente recebe benefícios do Programa de Assistência Nutricional Suplementar (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) e o SNAP exige que você cumpra um requisito de trabalho
- Está atualmente atendendo ao requisito de trabalho do WorkFirst NJ ou da Assistência Temporária para Famílias Carentes (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)
- Está inscrito no Medicare ou recebe Renda Suplementar de Segurança (Supplemental Security Income, SSI)
- Está grávida no momento ou teve uma gravidez interrompida nos últimos 12 meses enquanto estava inscrita no NJ FamilyCare/Medicaid
- É pai/mãe, responsável legal ou cuidador(a) de uma criança menor de 14 anos ou de uma pessoa com deficiência
- Está atualmente detido(a) ou preso(a)
- É membro de uma tribo indígena americana ou nativa do Alasca reconhecida pelo governo federal
- É um(a) veterano(a) com incapacidade total, conforme determinado pelo Departamento de Assuntos dos Veteranos dos EUA (Veterans Affairs, VA)
- Você tem menos de 26 anos e já ultrapassou a idade para permanecer no sistema de acolhimento familiar
- Participa de um programa de tratamento para uso de substâncias ou álcool
- Está clinicamente frágil. Isso significa que você tem uma condição de saúde que dificulta o cumprimento dos requisitos de trabalho. Sua condição deve se encaixar em um destes tipos:
 - Cegueira ou deficiência, conforme determinado pela Administração da Previdência Social (Social Security Administration)
 - Transtorno por uso de substâncias. Isso não se aplica se você estiver em recuperação há 5 anos ou mais
 - Transtorno de saúde mental incapacitante
 - Condição(ões) médica(s) grave(s) ou complexa(s)
 - Deficiência física, intelectual ou de desenvolvimento significativa

Grupo 2 – Isenções

Talvez você **NÃO** precise cumprir os requisitos de atividade se tiver sido libertado recentemente da cadeia ou de um centro de detenção

Você **NÃO** precisa cumprir os requisitos de atividade se passou por uma dessas dificuldades de curto prazo por pelo menos 1 mês desde sua última renovação:

- Recebeu serviços de atendimento médico intensivo em regime de internação, por exemplo, em um hospital, clínica de repouso, unidade de cuidados intermediários ou hospital psiquiátrico
- Viajou para fora de sua comunidade para ter acesso a serviços de saúde para você ou um dependente. Isso ocorreu porque esse atendimento não estava disponível onde você mora
- Morou em um município com alto índice de desemprego, conforme definido pelo governo federal
- Morou em uma área onde o presidente declarou emergência ou desastre

Você deve atender aos requisitos de trabalho se:

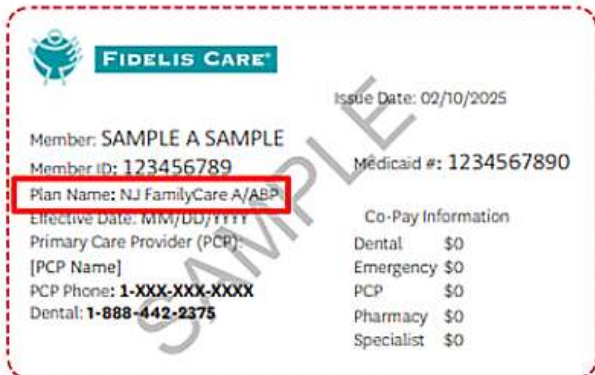
- Estiver inscrito no plano NJ FamilyCare tipo ABP (Plano de Benefícios Alternativo), E
- Nenhuma das situações listadas no Anexo A se aplicar a você

Anexo B: Como determino meu tipo de plano?

Para determinar o tipo do seu plano, você pode:

- Ligar para o número de atendimento ao associado que consta no verso do seu cartão de identificação do plano de saúde atual
- Verificar a frente do seu cartão de identificação do plano de saúde – veja as instruções abaixo:
 - Se você estiver inscrito na Aetna, não poderá usar este método. Ligue para o número de atendimento ao membro que consta no seu cartão de identificação do plano de saúde
 - Se você estiver inscrito na Fidelis Care, United Healthcare, Horizon ou Wellpoint, consulte os exemplos de cartões de identificação do Plano de Benefícios Alternativo (ABP) abaixo. Se aparecer ABP ou Plano de Benefícios Alternativo no seu cartão, conforme mostrado nas caixas dos exemplos, você está inscrito no plano ABP

Fidelis



Issue Date: 02/10/2025

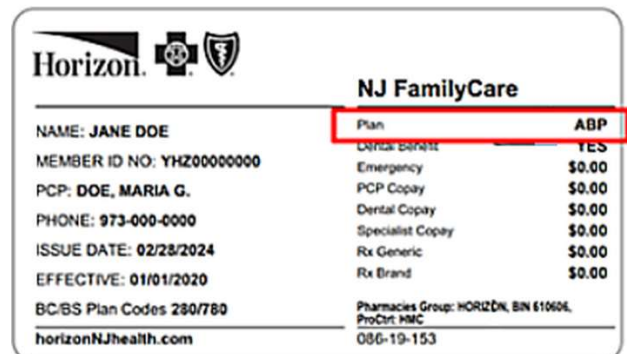
Member: SAMPLE A SAMPLE
Member ID: 123456789
Plan Name: NJ FamilyCare A/ABP
Effective Date: MM/DD/YYYY
Primary Care Provider (PCP):
[PCP Name]
PCP Phone: 1-XXX-XXX-XXXX
Dental: 1-888-442-2375

Medicaid #: 1234567890

Co-Pay Information

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

Horizon



NAME: JANE DOE
MEMBER ID NO: YHZ00000000
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
Orinca Benefit	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, ProCin HSC
086-19-153

United Healthcare



Health Plan (80840) 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®

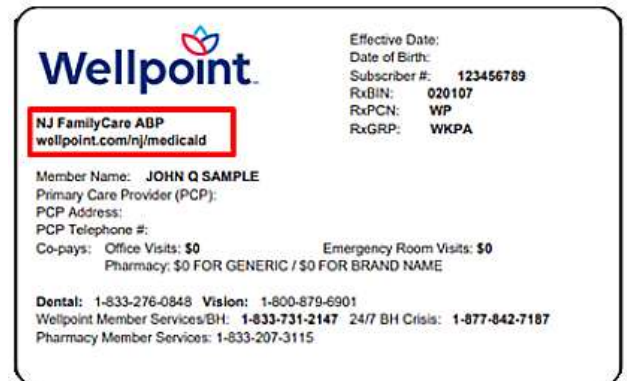
Rx Bin:	610494
Rx Grp:	AMNJ
Rx PCN:	4343

Copay: No Copays

See reverse for dental/vision benefits DOI -0501

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

Wellpoint



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

Anexo C: Como o NJ FamilyCare verificará minha situação em relação aos requisitos de trabalho?

O NJ FamilyCare verificará a cada 6 meses se suas atividades atendem aos requisitos ou se você pertence a um grupo excluído ou isento. Primeiro, o NJ FamilyCare verificará as informações que já possui.

Às vezes, o NJ FamilyCare precisa de mais informações para decidir sobre sua situação. Se isso ocorrer, o NJ FamilyCare enviará uma carta esclarecendo:

- O tipo de documentos que você precisará fornecer
- O prazo para enviar suas informações

O NJ FamilyCare analisará seus documentos e decidirá se você está atendendo aos requisitos de trabalho ou se eles não se aplicam a você. Em seguida, o NJ FamilyCare enviará outra carta informando a decisão sobre sua cobertura.

Se sua situação profissional, escolar, de voluntariado, de exclusão ou de isenção mudar, você poderá informar isso na sua próxima renovação. Você não precisa comunicar essas mudanças imediatamente. Isso inclui se você:

- Começar ou parar de trabalhar, estudar ou fazer trabalho voluntário
- Tornar-se parte de, ou deixar de pertencer a, um grupo excluído ou isento listado no Anexo A

Se ocorrer alguma outra mudança que possa afetar sua elegibilidade ao Medicaid, como sua renda ou o número de pessoas em sua família, você deverá notificar o NJ FamilyCare no prazo de 10 dias a partir da mudança.