

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

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

Общее уведомление

Требования по вовлеченности в жизнь сообщества / трудоустройству для получения права на участие в программах NJ FamilyCare/Medicaid

Уважаемый [MEMBER NAME]!

В этом письме содержится важная информация о вашем медицинском страховании по программам NJ FamilyCare/Medicaid. Администрация Трампа изменила критерии, определяющие право на участие в программе NJ FamilyCare, а также требования, которые должны выполнять некоторые совершеннолетние участники в возрасте от 19 до 64 лет для сохранения страхового покрытия.

Почему я получил это письмо?

С 1 января 2027 года два новых правила могут повлиять на ваше страховое покрытие по программе NJ FamilyCare:

- 1. Требования по вовлеченности в жизнь сообщества / трудоустройству.**
Если вы не соответствуете одному из условий, перечисленных в Приложении А, для получения или сохранения страхового покрытия NJ FamilyCare вам необходимо работать, учиться, заниматься волонтерской деятельностью или участвовать в программе профессиональной подготовки. Официально это называется требованиями по вовлеченности в жизнь сообщества, но вы также можете услышать название «требования по трудоустройству».
- 2. Более частое продление права на получение льгот.** Вам потребуется продлевать страховой полис каждые 6 (шесть) месяцев вместо одного раза в год.

Согласно нашим данным, эти изменения могут затронуть вас. Сегодня ваше страховое покрытие не затрагивается, но вам следует оперативно отвечать на все письма, полученные от NJ FamilyCare, чтобы сохранить свою страховку.

Убедитесь, что ваш почтовый адрес, номер телефона и адрес электронной почты актуальны, чтобы не пропустить важные уведомления. Зайдите на сайт <https://dmahs-nj.my.site.com/addressupdate>, или позвоните по телефону 1-833-409-2370.

Распространяются ли на меня требования по трудоустройству?

Вам **НЕ** нужно соответствовать требованиям, если к вам применима одна из ситуаций, перечисленных в **Приложении А «Кто не подпадает под действие требований по трудоустройству?»**. Во всех остальных случаях, если вы являетесь участником плана NJ FamilyCare типа ABP (Alternative Benefit Plan) (Альтернативный план медицинского страхования), вы должны соответствовать данным требованиям. См. **Приложение В «Как определить тип моего плана?»**.

Как я могу обеспечить соответствие требованиям по трудоустройству?

Вы можете выполнить требования по трудоустройству, приняв участие в одном из следующих **видов деятельности**:

- Доход вашего домохозяйства составляет не менее \$580 в месяц. Если ваш доход меняется в течение года из-за сезонной работы, такой как преподавание или ландшафтные работы, используйте свой средний месячный доход за последние 6 месяцев.
- Вы посещаете занятия в течение не менее половины учебного времени. Ваше учебное заведение решает, что значит «половина учебного времени» (half-time).
- Вы проводите не менее 80 часов каждый месяц, занимаясь одним или несколькими из следующих видов деятельности:
 - Работа.
 - Учеба, если вы зачислены на курсы с нагрузкой менее половины учебного времени.
 - Участие в программе профессиональной подготовки.
 - Волонтерская деятельность или общественная работа.

Для сохранения страхового покрытия необходимо заниматься любым из требуемых видов деятельности в течение как минимум 1 (одного) месяца с момента последнего продления полиса. Начиная с 1 января 2027 года программа NJ FamilyCare будет проверять каждые 6 месяцев, соответствуете ли вы требованиям. NJ FamilyCare сначала проверит уже имеющуюся у нее информацию. Если потребуется дополнительная информация, NJ FamilyCare свяжется с вами, чтобы её запросить. Более подробно см. **Приложение С «Как NJ FamilyCare проверит мой статус выполнения требований по трудоустройству?»**.

Чтобы узнать, как эти требования могут повлиять на вас, воспользуйтесь инструментом проверки соответствия требованиям к видам деятельности *NJ FamilyCare Activity Requirements Checker*, доступным на сайте www.njfcchecker.nj.gov.

Что будет, если я НЕ соответствую требованиям по трудоустройству?

Если требование по трудоустройству распространяется на вас и вы ему не соответствуете, вы потеряете страховое покрытие NJ FamilyCare по окончании текущего периода действия страхового полиса. Возможно, вы имеете право на страховое покрытие через GetCoveredNJ, но финансовая помощь вам предоставлена не будет. Если вы потеряете свое страховое покрытие по программе NJ FamilyCare, вы всегда можете подать заявление повторно, если ваша ситуация изменится.

Что мне следует делать сейчас?

- **Обновите свою контактную информацию:** обновите свой адрес, номер телефона и электронную почту, чтобы не пропустить важные уведомления. Это можно сделать на сайте <https://dmahs-nj.my.site.com/addressupdate> или по телефону 1-833-409-2370.
- **Следите за письмами, электронной почтой и текстовыми сообщениями от NJ FamilyCare или от вашего страхового плана:** если вас просят предоставить какую-либо информацию, отвечайте на письма от NJ FamilyCare при первой возможности.
- **Проверьте, распространяются ли на вас требования:** воспользуйтесь инструментом *NJ FamilyCare Activity Requirements Checker*, чтобы посмотреть, применимы ли к вам требования по трудоустройству. Этот инструмент доступен на сайте www.njfcchecker.nj.gov.
- **Соберите свои документы и храните их:** Начинайте вести учет документов, подтверждающих ваше соответствие требованиям к трудоустройству, таких как расчетные листки или ведомости из учебного заведения. Не отправляйте эти документы сейчас. **Если от вас потребуются какие-либо документы, NJ FamilyCare отправит вам письмо.**

Ресурсы, которые помогут вам разобраться в изменениях:

- Более подробную информацию можно найти на сайте MedicaidWorkRules.nj.gov.
- Чтобы задать вопросы или обратиться за помощью: позвоните в NJ FamilyCare по телефону 1-833-409-2370.

Приложение А. Кто не подпадает под действие требований по трудоустройству?

В некоторых случаях по состоянию здоровья, по семейным обстоятельствам или в конкретных жизненных ситуациях к вам могут не применяться требования по трудоустройству. Вы можете быть «исключены» из общих требований или «освобождены» от их выполнения.

Группа 1 – Исключения

Вам **НЕ** нужно соответствовать требованиям по трудоустройству, если что-либо из перечисленного ниже описывает вас в настоящий момент. Вы:

- Моложе 19 или в возрасте 65 лет и старше.
- Член домохозяйства, которое в настоящее время получает пособия по Supplemental Nutrition Assistance Program (Программа дополнительной продовольственной помощи) (SNAP), и SNAP обязывает вас выполнять требование по трудоустройству.
- В настоящее время соответствуете требованиям по трудоустройству программ WorkFirst NJ или Temporary Assistance for Needy Families (Временная помощь нуждающимся семьям) (TANF).
- Зарегистрированы в программе Medicare или получаете Supplemental Security Income (Дополнительное пособие по социальному обеспечению) (SSI).
- В настоящее время беременны, или беременность разрешилась в течение последних 12 месяцев, когда вы были застрахованы по программе NJ FamilyCare/Medicaid.
- Родитель, опекун или лицо, осуществляющее уход, в отношении ребенка в возрасте до 14 лет или лица с инвалидностью.
- В настоящее время находитесь под стражей или в тюрьме.
- Член признанного на федеральном уровне племени американских индейцев или народов Аляски.
- Ветеран с полной инвалидностью, согласно определению U.S. Department of Veterans Affairs (Министерство по делам ветеранов США) (VA).
- Моложе 26 лет и вышли по возрасту из программы опеки (foster care).
- Участвуете в программе лечения зависимости от психоактивных веществ или алкоголя.
- Имеете ослабленное здоровье. Это означает, что у вас есть состояние здоровья, которое затрудняет выполнение вами требований по трудоустройству. Ваше состояние должно подпадать под один из следующих типов:
 - Слепота или инвалидность, согласно определению Social Security Administration (Управление социального обеспечения).
 - Расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ. Это не относится к случаям, когда вы находитесь в процессе выздоровления в течение 5 лет и более.
 - Ограничивающее возможности психическое расстройство.
 - Серьезное или сложное заболевание(-я).
 - Значительная ограниченность физических возможностей, интеллектуальная недостаточность или задержка развития.

Группа 2 – Освобождения

Вам, **ВОЗМОЖНО, НЕ** придётся выполнять требования по трудоустройству, если вас недавно выпустили из следственного изолятора или тюрьмы.

Вам **НЕ** нужно выполнять требования по трудоустройству, если вы испытывали одну из следующих краткосрочных трудностей в течение как минимум одного месяца после последнего продления страховки:

- Вы получали стационарную неотложную медицинскую помощь, например, в больнице, учреждении сестринского ухода, учреждении промежуточного ухода или психиатрической больнице.
- Выезжали за пределы своего населенного пункта для получения медицинских услуг для себя или своих иждивенцев. Это произошло потому, что такая медицинская помощь не была доступна в месте вашего проживания.
- Проживали в округе с высоким уровнем безработицы, согласно определению федерального правительства.
- Проживали в районе, где президент объявил чрезвычайное положение или стихийное бедствие.

Вы должны соответствовать требованиям по трудоустройству, если:

- вы являетесь участником плана NJ FamilyCare типа ABP (Alternative Benefit Plan) И
- к вам не относится ни одна из ситуаций, перечисленных в Приложении А.

Приложение В. Как определить тип моего плана?

Чтобы определить тип своего плана, вы можете сделать следующее:

- Позвоните по номеру телефона службы поддержки участников плана, указанному на обратной стороне вашей действующей идентификационной карточки плана медицинского страхования.
- Проверьте лицевую сторону вашей идентификационной карточки плана медицинского страхования – инструкции см. ниже:
 - Вы не сможете воспользоваться этим способом, если вы записаны в страховой план Aetna. Пожалуйста, позвоните по номеру телефона службы поддержки участников плана, указанному на идентификационной карточке плана медицинского страхования.
 - Если вы застрахованы через Fidelis Care, UnitedHealthcare, Horizon или Wellpoint, пожалуйста, ознакомьтесь с примерами идентификационных карт Alternative Benefit Plan (ABP), представленными ниже. Если на вашей карточке указано ABP или Alternative Benefit Plan, как показано в примерах ниже (обведено рамкой), значит, вы являетесь участником альтернативного страхового плана ABP.

Fidelis



Issue Date: 02/10/2025

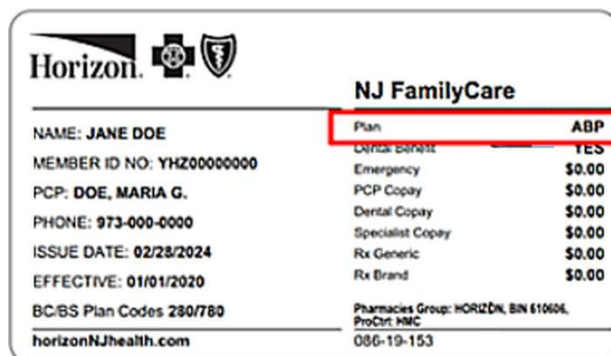
Member: SAMPLE A SAMPLE
Member ID: 123456789
Plan Name: NJ FamilyCare A/ABP
Effective Date: MM/DD/YYYY
Primary Care Provider (PCP):
[PCP Name]
PCP Phone: 1-XXX-XXX-XXXX
Dental: 1-888-442-2375

Medicaid #: 1234567890

Co-Pay Information

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

Horizon



NAME: JANE DOE
MEMBER ID NO: YHZ000000000
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 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
ProCt: MMC
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

Copy: No Copays

See reverse for dental/vision benefits DOI -0501

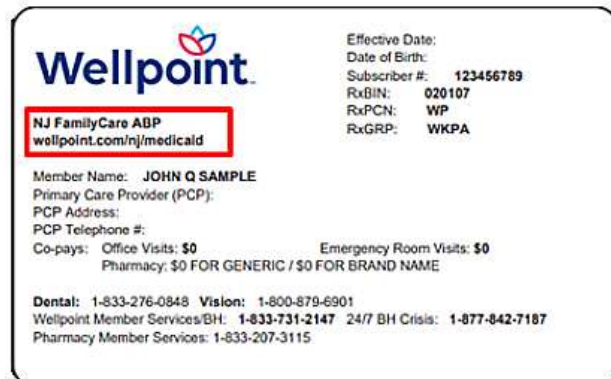
Payer ID: 86047

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 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

Приложение С. Как NJ FamilyCare проверит мой статус выполнения требований по трудоустройству?

NJ FamilyCare будет проверять каждые 6 месяцев, соответствует ли ваша деятельность требованиям или вы относитесь к исключенной или освобожденной группе. NJ FamilyCare сначала проверит уже имеющуюся у неё информацию.

Иногда NJ FamilyCare требуется дополнительная информация для определения вашего статуса. В этом случае NJ FamilyCare отправит вам письмо с объяснением следующего:

- Какие документы требуется предоставить.
- К какому сроку вы должны предоставить информацию.

NJ FamilyCare рассмотрит ваши документы и решит, соответствуете ли вы требованиям по трудоустройству или же они к вам не относятся. Затем NJ FamilyCare пришлет вам еще одно письмо с решением по поводу вашего страхового покрытия.

Если ваш статус, связанный с работой, учебой, волонтерской деятельностью, исключением или освобождением, изменится, вы можете сообщить об этом при следующем продлении страховки. Вам не нужно сообщать об этих изменениях немедленно. Эти изменения включают:

- Начало или прекращение работы, учебы или волонтерской деятельности.
- Вхождение в группу исключенных или освобожденных лиц, согласно Приложению А, или выход из этой группы.

Если произойдут другие изменения, которые могут повлиять на ваше право на получение медицинской помощи по программе Medicaid, например, изменение дохода или количества человек в домохозяйстве, вы должны уведомить NJ FamilyCare в течение 10 дней с момента изменения.