

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

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

Aviso general

Participación en la comunidad/requisitos laborales para poder optar a NJ FamilyCare/Medicaid

Estimado [MEMBER NAME]:

Esta carta contiene información importante sobre su cobertura médica de NJ FamilyCare/Medicaid. La Administración Trump ha modificado los requisitos para poder acogerse al programa de NJ FamilyCare, así como los trámites que deben realizar algunos miembros adultos de entre 19 y 64 años para mantener su cobertura.

¿Por qué me llega esta carta?

A partir del 1 de enero de 2027, dos nuevas normas podrían afectar a su cobertura de NJ FamilyCare:

1. **Participación comunitaria/requisitos laborales.** A menos que se encuentre en alguna de las situaciones enumeradas en el Anexo A, para poder optar a la cobertura de NJ FamilyCare o mantenerla, debe trabajar, asistir a la escuela, realizar labores de voluntariado o participar en un programa de formación laboral. Oficialmente se denominan “requisitos de participación comunitaria”, pero es posible que también lo oiga llamar “requisitos laborales”.
2. **Renovaciones de los requisitos de elegibilidad más frecuentes.** Tendrá que renovar su cobertura cada seis (6) meses, en lugar de una vez al año.

Según nuestros registros, es posible que estos cambios le afecten. Por el momento, su cobertura no se ve afectada, pero debe responder con rapidez a cualquier correo que reciba de NJ FamilyCare para poder mantener su cobertura.

Asegúrese de que su dirección postal, su número de teléfono y su dirección de correo electrónico estén actualizados, para que no se pierda ningún aviso importante. Visite <https://dmahs-nj.my.site.com/addressupdate>, o llame al 1-833-409-2370.

¿Se me aplican los requisitos laborales?

NO es necesario que cumpla los requisitos si se encuentra en alguna de las situaciones enumeradas en el **Anexo A: ¿Quién no tiene que cumplir los requisitos laborales?** Averigüe si le afecta. De lo contrario, deberá cumplir los requisitos si está afiliado al plan NJ FamilyCare de tipo ABP (Plan de Beneficios Alternativo). Véase el **Anexo B: ¿Cómo puedo saber qué tipo de plan tengo?**

¿Cómo puedo cumplir los requisitos laborales?

Puede cumplir los requisitos laborales realizando una de las siguientes **actividades**:

- Su hogar ingresa al menos \$580 al mes. Si sus ingresos varían a lo largo del año debido a un trabajo estacional, como la enseñanza o la jardinería, utilice sus ingresos mensuales medios de los últimos 6 meses.
- Asiste a la escuela al menos a tiempo parcial. Su escuela es quien decide qué se entiende por “medio tiempo”.
- Dedicar al menos 80 horas al mes a realizar una o varias de estas actividades:
 - Trabajar.
 - Asistir a la escuela, si está matriculado a menos de medio tiempo.
 - Participar en un programa de formación profesional.
 - Voluntariado o servicio comunitario.

Para mantener su cobertura, debe haber completado cualquiera de las actividades exigidas durante al menos un (1) mes desde su última renovación. A partir del 1 de enero de 2027, NJ FamilyCare comprobará cada seis meses si cumple los requisitos. NJ FamilyCare comprobará primero la información de la que ya dispone. Si se necesita más información, NJ FamilyCare se pondrá en contacto con usted para solicitarla. Véase el **Anexo C: ¿Cómo comprobará NJ FamilyCare mi situación respecto al estatus de mis requisitos laborales?** para obtener más información.

Para saber cómo pueden afectarle estos requisitos, utilice el *Verificador de requisitos de actividad de NJ FamilyCare* que encontrará en www.njfcchecker.nj.gov.

¿Qué ocurre si NO cumpla los requisitos laborales?

Si el requisito laboral se aplica a su caso y no lo cumple, perderá su cobertura de NJ FamilyCare cuando finalice su periodo de cobertura actual. Es posible que cumpla los requisitos para acogerse a la cobertura de GetCoveredNJ, pero no recibirá ayuda financiera. Si pierde su cobertura de NJ FamilyCare, siempre puede volver a solicitarla si su situación cambia.

¿Qué debería hacer ahora?

- **Actualizar sus datos de contacto:** actualice su dirección, número de teléfono y correo electrónico para no perderse ningún aviso importante. Puede hacerlo por Internet en <https://dmahs-nj.my.site.com/addressupdate> o llamando al 1-833-409-2370.
- **Estar atento a las cartas, los correos electrónicos o los mensajes de texto de NJ FamilyCare o de su seguro médico:** responda lo antes posible a las cartas de NJ FamilyCare si le solicitan información.
- **Comprobar si los requisitos se aplican a su caso:** utilice el *Verificador de requisitos de actividad de NJ FamilyCare* para comprobar si los requisitos laborales se aplican a su caso. Puede acceder a esta herramienta en www.njfcchecker.nj.gov
- **Recopilar y guardar sus documentos:** Empiece a conservar los documentos que demuestren que cumple los requisitos laborales, como nóminas o expedientes académicos. No los envíe ahora. **NJ FamilyCare le enviará una carta si es necesario que presente algún documento.**

Recursos que le ayudarán a comprender los cambios:

- Visite [MedicaidWorkRules.nj.gov](https://www.MedicaidWorkRules.nj.gov) para obtener más información.
- Haga preguntas o pida ayuda: Llame a NJ FamilyCare al 1-833-409-2370.

Anexo A: ¿Quién NO tiene que cumplir los requisitos laborales?

Es posible que no tenga que cumplir los requisitos laborales si se encuentra en determinadas situaciones relacionadas con la salud, la familia o la vida personal. Puede quedar “excluido” o “exento”.

Grupo 1 – Excluido

NO tiene que cumplir los requisitos laborales si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso en este momento. Si usted:

- Es menor de 19 años o 65 años o más.
- Es un miembro de un hogar que actualmente recibe beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) y al que el SNAP le exige cumplir un requisito de laboral.
- Cumple actualmente con el requisito laboral de WorkFirst NJ o de la Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF).
- Es afiliado a Medicare o recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).
- Está embarazada actualmente o ha tenido un embarazo que ha finalizado en los últimos 12 meses mientras estaba afiliada a NJ FamilyCare/Medicaid.
- Es un padre, madre, tutor legal o cuidador de un menor de 14 años o de una persona con discapacidad.
- Se encuentre actualmente en la cárcel o en prisión.
- Es un miembro de una tribu indígena estadounidense o nativa de Alaska reconocida a nivel federal.
- Es un veterano con discapacidad total, según lo haya determinado el Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU. (VA).
- Es menor de 26 años que ha superado la edad límite para permanecer en acogida temporal.
- Participa en un programa de tratamiento del consumo de sustancias o del alcoholismo.
- Tiene fragilidad médica. Esto significa que padece una afección médica que le dificulta cumplir con los requisitos laborales. Su afección debe corresponder a uno de estos tipos:
 - Tiene ceguera o discapacidad, según lo determine la Administración del Seguro Social.
 - Trastorno por consumo de sustancias. Esto no se aplica si lleva 5 años o más en recuperación.
 - Trastorno de salud mental incapacitante.
 - Afección(es) médica(s) grave(s) o compleja(s).
 - Discapacidad grave física, intelectual o del desarrollo.

Grupo 2 – Exento

Es **POSIBLE QUE NO** tenga que cumplir los requisitos laborales si ha salido recientemente de la cárcel o de prisión.

NO tiene que cumplir los requisitos laborales si ha sufrido alguna de estas dificultades de corta duración durante al menos un mes desde su última renovación:

- Ha recibido servicios de atención aguda en régimen de hospitalización, por ejemplo, en un hospital, un centro de cuidados de larga duración, un centro de cuidados intermedios o un hospital psiquiátrico.

- Ha viajado fuera de su comunidad para acceder a servicios de atención médica, ya sea para usted o para una persona a su cargo. Esto se debió a que ese servicio no estaba disponible en su lugar de residencia.
- Vivía en una provincia con una elevada tasa de desempleo, según la definición del gobierno federal.
- Ha vivido en una zona en la que el presidente ha declarado una situación de emergencia o de catástrofe.

Debe cumplir los requisitos laborales si:

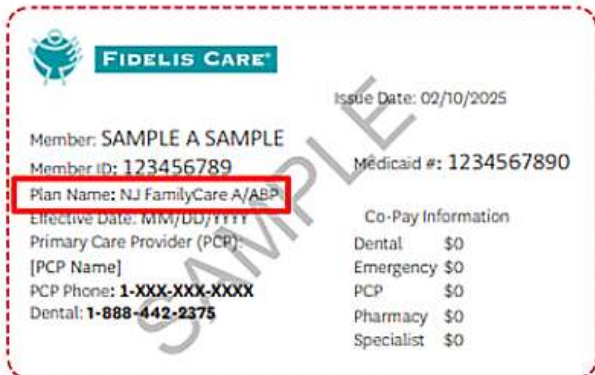
- está afiliado al plan NJ FamilyCare de tipo ABP (Plan de Beneficios Alternativo), Y
- ninguna de las situaciones enumeradas en el Anexo A se aplica a su caso.

Anexo B: ¿Cómo puedo saber qué tipo de plan tengo?

Para saber qué tipo de plan tiene, puede hacer lo siguiente:

- Llamar al número de atención al miembro que figura en el reverso de su tarjeta de identificación del plan de salud actual.
- Comprobar la parte delantera de su tarjeta de identificación del plan de salud; consulte las instrucciones que figuran a continuación:
 - Si está afiliado a Aetna, no podrá utilizar este método. Llame al número de atención al miembro que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud.
 - Si está afiliado a Fidelis Care, United Healthcare, Horizon o Wellpoint, le rogamos que consulte los ejemplos de tarjetas de identificación del Plan de Beneficios Alternativos (ABP) que figuran a continuación. Si en su tarjeta aparece “ABP” o “Alternative Benefit Plan”, tal y como se muestra en los recuadros de los ejemplos, significa que está afiliado al plan ABP.

Fidelis



Issue Date: 02/10/2025

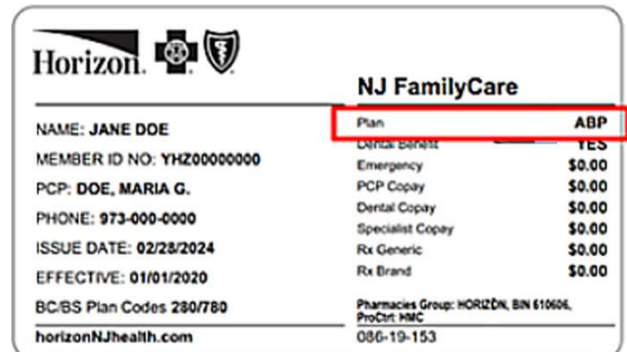
Member: SAMPLE A SAMPLE
Member ID: 123456789
Plan Name: NJ FamilyCare A/ABP
Effective Date: MM/DD/YYYY
Primary Care Provider (PCP):
[PCP Name]
PCP Phone: 1-XXX-XXX-XXXX
Dental: 1-888-442-2375

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
Onsite 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®

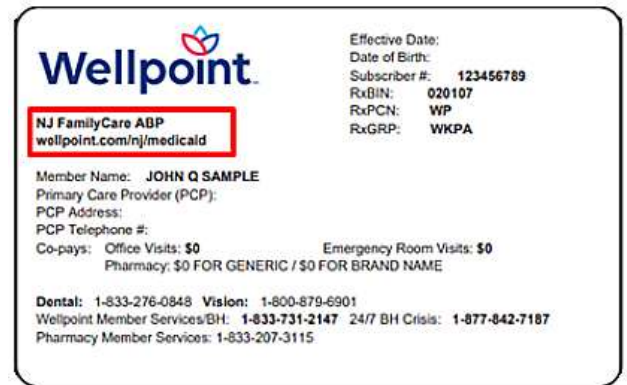
Rx Bin:	610494
Rx Grp:	AMNJ
Rx PCN:	4343

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: ¿Cómo comprobará NJ FamilyCare mi situación respecto al estatus de mis requisitos laborales?

NJ FamilyCare comprobará cada seis meses si sus actividades cumplen los requisitos o si pertenece a un grupo excluido o exento. Primero, NJ FamilyCare comprobará la información de la que ya dispone.

En ocasiones, NJ FamilyCare necesita más información para determinar su estatus. Si esto ocurre, NJ FamilyCare le enviará una carta en la que se explicará lo siguiente:

- El tipo de documentos que deberá presentar.
- La fecha límite para enviar su información.

NJ FamilyCare revisará sus documentos y decidirá si cumple los requisitos laborales o si estos no se aplican en su caso. A continuación, NJ FamilyCare le enviará otra carta con su decisión sobre su cobertura.

Si se produce algún cambio en su situación laboral, académica, de voluntariado, de exclusión o de exención, puede comunicarlo en su próxima renovación. No es necesario que comunique estos cambios de inmediato. Esto incluye si usted:

- Empezó o dejó de trabajar, ir a la escuela o hacer voluntariado.
- Forma parte de un grupo excluido o exento de los enumerados en el Anexo A, o deja de pertenecer a él.

Si se produce algún otro cambio que pueda afectar a su derecho a Medicaid, como sus ingresos o el número de personas que componen su unidad familiar, debe notificarlo a NJ FamilyCare en un plazo de 10 días a partir de la fecha en que se produzca el cambio.