

STATE OF NEW JERSEY
Department of Human Services
Division of Medical Assistance and Health Services

RESPOND BY: September 1, 2026

REFERENCE NUMBER: xxxxxxxx

Member: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Medicaid ID: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

IMPORTANT NOTICE: ACTION NEEDED

Dear NJ FamilyCare member,

The federal government has changed the rules on who is eligible for NJ FamilyCare/Medicaid. It's important to understand how these changes may affect your NJ FamilyCare coverage. Beginning October 1, 2026, some non-citizen immigrants will no longer qualify for NJ FamilyCare due to changes in federal law. The federal non-citizen eligibility rules can be found at 42 CFR 435.406 and Section 71109 of the One Big Beautiful Bill Act.

NJ FamilyCare has partnered with HMS, an independent contractor located in Texas, to collect information to verify immigration status for NJ FamilyCare members. Our records show that your immigration status may not qualify under the new rules. If it does not, **your NJ FamilyCare/Medicaid coverage will be terminated on September 30, 2026.**

An Immigration Status Reporting Form is included with this letter. On the back of that form, there is a list of immigration statuses that can qualify for NJ FamilyCare beginning October 1, 2026. Read the list carefully.

If you think you have a qualifying immigration status, complete the Immigration Status Reporting Form and return it with copies of your documents by September 1, 2026.

For questions or to check the status of your submission, please visit www.VerifyOS.com. You may also call 833-635-7060. Thank you for your cooperation in this matter.

Sincerely,
NJ FamilyCare

Immigration Status Reporting Form

I believe I will still qualify for NJ FamilyCare/Medicaid under the new federal rules starting October 1, 2026. My status as of October 1, 2026, will be (choose 1):

Status	What to submit (send copies, not originals)
☐ U.S. citizen or U.S. national	Proof of citizenship / U.S. Passport
☐ Pregnant and lawfully present	Immigration documents (see back of page) Number of babies expected ____ Due date (MM/DD/YYYY) ____ / ____ / ____
☐ Under age 21 and lawfully present	Immigration documents (see back of page)
☐ Lawful Permanent Resident or any other qualifying status of at least 5 years	Front and back of Lawful Permanent Resident card ("Green Card") Any other immigration documents
☐ Adjusted to Lawful Permanent Resident from: ☐ Refugee ☐ Asylee ☐ Trafficking victim/their relative ☐ Veteran/their relative ☐ Amerasian immigrant ☐ Iraqi/Afghani immigrant/parolee ☐ Ukrainian parolee ☐ Person whose deportation withheld	Front and back of Lawful Permanent Resident card ("Green Card") Any other immigration documents
☐ Cuban/Haitian Entrant	Immigration documents (see back of page)
☐ COFA migrant	Immigration documents (see back of page)

Signature: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Print Name: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Date (MM/DD/YYYY): xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

REFERENCE NUMBER: xxxxxxxxxxxxxxxx

Member: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Medicaid ID: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Where to submit:

- **Electronically:** Upload to the HMS secure site www.VerifyOS.com (recommended for quick receipt)
- **Fax** to HMS: 1-877-223-8478
- **Mail:** HMS, PO Box 165308, Irving, TX 75016-9923 (Please allow 3-5 business days for receipt)

Immigration statuses that can qualify for NJ FamilyCare/Medicaid on October 1, 2026:

1. **U.S. citizen** (regular, naturalized, or derived) or **U.S. national** with a U.S. Passport, naturalization certificate, etc.
2. **Pregnant and lawfully present in the U.S.** with a Permanent Resident card, visa, Employment Authorization Document (work permit), I-94 Arrival/Departure Record, etc.
3. **Under age 21 and lawfully present in the U.S.** with a Permanent Resident card, visa, Employment Authorization Document (work permit), I-94 Arrival/Departure Record, etc.
4. **Lawful Permanent Resident** or any other qualifying status of at least 5 years.
5. **Adjusted to Lawful Permanent Resident** from one of the following groups:
 - a. Refugees
 - b. Asylees
 - c. Certified victims of trafficking and their spouse, child, sibling, or parents
 - d. Veterans or active-duty military and spouses or unmarried dependents who also have qualified non-citizen status
 - e. Amerasian immigrants
 - f. Iraqi and Afghani special immigrants and parolees
 - g. Individuals who were paroled into the U.S. between February 24, 2022, and September 30, 2024, under the Ukrainian Humanitarian Parole (UHP) program
 - h. People whose deportation is being withheld
6. **Cuban/Haitian Entrant** with Employment Authorization Document (work permit), I-94 Arrival/Departure Record, foreign passport, I-862, etc.
7. **Compact of Free Association (COFA) migrant** – including individuals from Micronesia, Marshall Islands, and Palau – with Employment Authorization Document (work permit), I-94 Arrival/Departure Record, foreign passport, etc.

For more information about immigration statuses and the documents needed to verify them, visit <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/obbba/noncitizen.shtml>.

If you need help understanding if you may be eligible or help documenting your status, Legal Services of New Jersey may be able to assist you. Call the LSNJ HealthLine at 833-576-5776 for information and legal advice. You may also apply for help online at www.lsnjlawhotline.org.

English

Visit <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/obbba/noncitizen.shtml> to read this notice in English and for more information about immigration statuses and the documents needed to verify them. If you need help understanding if you may be eligible or help documenting your status, Legal Services of New Jersey may be able to assist you. Call the LSNJ HealthLine at 833-576-5776 for information and legal advice. You may also apply for help online at www.lsnjlawhotline.org.

Spanish / Español

Visite <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/obbba/noncitizen.shtml> para leer este aviso en español y obtener más información sobre los estatus migratorios y los documentos necesarios para verificarlos. Si necesita ayuda para saber si cumple los requisitos o para documentar su situación, es posible que Legal Services of New Jersey (LSNJ, Servicios Legales de Nueva Jersey) pueda ayudarle. Llame a la línea de asistencia médica de LSNJ al 833-576-5776 para obtener información y asesoramiento legal. También puede solicitar ayuda en línea en www.lsnjlawhotline.org.

Arabic / العربية

يُرجى زيارة <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/obbba/noncitizen.shtml> لقراءة هذا الإشعار باللغة العربية ومعرفة المزيد عن أوضاع الهجرة والوثائق اللازمة للتحقق منها. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في معرفة ما إذا كنت مؤهلاً أو إلى المساعدة في توثيق وضعك، فقد تتمكن Legal Services of New Jersey من مساعدتك. يُرجى الاتصال بخط LSNJ للمعلومات الصحية على رقم الهاتف التالي 833-576-5776 للحصول على المعلومات والمشورة القانونية. يمكنك أيضاً التقدم بطلب للحصول على المساعدة عبر الإنترنت من خلال موقع www.lsnjlawhotline.org.

Chinese (Simplified) / 简体中文

访问 <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/obbba/noncitizen.shtml> 以阅读本通知的简体中文版本，并获取有关移民身份以及用于验证这些身份所需文件的更多信息。如果您需要帮助了解自己是否符合资格，或需要协助证明您的身份，Legal Services of New Jersey（新泽西州法律服务部）可能能够为您提供帮助。请拨打 LSNJ 健康热线 833-576-5776 获取信息和法律建议。您也可以在线申请帮助：www.lsnjlawhotline.org。

Chinese (Traditional) / 繁體中文

請造訪此 <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/obbba/noncitizen.shtml> 以閱讀本公告的繁體中文版本，並獲取更多關於移民身分及驗證所需檔案之資訊。如果您需要協助判斷自己是否符合資格，或在準備身分證明檔案時需要幫助，Legal Services of New Jersey（新澤西州法律服務處）或許能夠為您提供協助。歡迎致電 LSNJ 健康專線 833-576-5776，以獲取相關資訊及法律建議。您也可以前往 www.lsnjlawhotline.org 線上申請協助。

Gujarati / ગુજરાતી

ઇમિગ્રેશન સ્થિતિઓ અને તેમની ચકાસણી માટે જરૂરી દસ્તાવેજો વિશે વધુ માહિતી મેળવવા તથા આ સૂચના ગુજરાતીમાં વાંચવા માટે <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/obbba/noncitizen.shtml> ની મુલાકાત લો. જો તમને તમારી પાત્રતા સમજવામાં અથવા તમારી સ્થિતિના દસ્તાવેજીકરણમાં મદદની જરૂર હોય, તો Legal Services of New Jersey (ન્યૂ જર્સીની કાનૂની સેવાઓ) તમારી મદદ કરી શકે છે. માહિતી અને કાનૂની સલાહ માટે LSNJ હેલ્થલાઇન ને 833-576-5776 પર કોલ કરો. તમે www.lsnjlawhotline.org પર ઓનલાઇન પણ મદદ માટે અરજી કરી શકો છો.

Haitian Creole / Kreyòl Ayisyen

Vizite <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/obbba/noncitizen.shtml> pou w li avi sa a an kreyòl ayisyen epi pou w jwenn plis enfòmasyon sou estati imigrasyon ak dokiman ki nesesè pou verifye yo. Si ou bezwen èd pou konprann si ou kalifye oswa pou w bay dokiman pou pwouve statè w, Legal Services of New Jersey ka ede w. Rele Liy Sante LSNJ nan 833-576-5776 pou jwenn enfòmasyon ak konsèy legal. Ou kapab tou aplike pou èd anliy sou www.lsnjlawhotline.org.

Korean / 한국어

한국어 안내문 및 이민 신분과 해당 신분을 확인하는 데 필요한 서류에 관한 자세한 정보는 <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/obbba/noncitizen.shtml> 에서 확인하실 수 있습니다. 귀하의 자격 여부를 확인하거나 이민 신분을 증명하는 데 필요한 서류를 준비하는 데 도움이 필요하신 경우, Legal Services of New Jersey가 도움을 제공할 수 있습니다. 정보와 법률 상담이 필요하신 경우 LSNJ 건강 및 의료 상담 전화 (833-576-5776) 으로 연락하시기 바랍니다. 온라인 www.lsnjlawhotline.org 에서 도움을 받으실 수도 있습니다.

Portuguese / Português

Acesse <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/obbba/noncitizen.shtml> para ler este aviso em português e obter mais informações sobre os status de imigração e os documentos necessários para comprová-los. Se você precisar de ajuda para saber se é elegível ou para comprovar seu status, os Legal Services of New Jersey (Serviços Jurídicos de New Jersey) poderão ajudá-lo. Ligue para a Linha de Saúde dos LSNJ no número 833-576-5776 para obter informações e consultoria jurídica. Você também pode solicitar ajuda online no site www.lsnjlawhotline.org.

Russian / Русский

Перейдите по ссылке <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/obbba/noncitizen.shtml>, чтобы прочитать это уведомление на русском языке и получить дополнительную информацию об иммиграционном статусе и документах, необходимых для его подтверждения. Если вы не можете разобраться, соответствуете ли вы критериям, или вам требуется помощь в оформлении документов, связанных с вашим статусом, вы можете обратиться за помощью в организацию Legal Services of New Jersey. Для получения информации и юридической консультации позвоните на горячую линию LSNJ HealthLine по номеру 833-576-5776. Вы также можете обратиться за помощью онлайн на сайте www.lsnjlawhotline.org.

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

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

General Notice

Community Engagement/Work Requirements to Qualify for NJ FamilyCare/Medicaid

Dear [MEMBER NAME],

This letter contains important information about your NJ FamilyCare/Medicaid health coverage. The Trump administration has changed who qualifies for NJ FamilyCare and what some adult members age 19-64 must do to keep their coverage.

Why am I getting this letter?

Starting January 1, 2027, two new rules may affect your NJ FamilyCare coverage:

1. **Community engagement/work requirements.** Unless you meet one of the situations listed in Enclosure A, you must work, go to school, volunteer, or participate in a job training program to qualify for or keep your NJ FamilyCare coverage. These are officially called community engagement requirements, but you may also hear them called work requirements.
2. **More frequent eligibility renewals.** You will need to renew your coverage every six (6) months instead of once a year.

Our records show that you may be affected by these changes. Your coverage is not impacted today, but you should respond quickly to any mail you receive from NJ FamilyCare to help keep your coverage.

Make sure your mailing address, phone number, and email address are up to date, so you do not miss important notices. Go to <https://dmahs-nj.my.site.com/addressupdate>, or call 1-833-409-2370.

Do work requirements apply to me?

You do **NOT** have to meet the requirements if any of the situations listed in **Enclosure A: Who does not need to meet work requirements?** apply to you. Otherwise, you must meet the requirements if you are enrolled in NJ FamilyCare plan type ABP (Alternative Benefit Plan). See **Enclosure B: How do I determine my plan type?**

How do I meet work requirements?

You can meet work requirements by completing one of the following **activities**:

- Your household earns at least \$580 per month. If your income changes during the year because of seasonal work, such as teaching or landscaping, use your average monthly income from the past 6 months.
- Go to school at least half-time. Your school decides what half-time means.
- Spend at least 80 hours each month doing one or more of these activities:
 - Working
 - Going to school, if you are enrolled less than half-time
 - Participating in a job training program
 - Volunteering or community service

To keep your coverage, you must have completed any of the required activities for at least one (1) month since your last renewal. Starting January 1, 2027, NJ FamilyCare will check every 6 months if you meet the requirements. NJ FamilyCare will first check information it already has. If more information is needed, NJ FamilyCare will contact you to request it. See **Enclosure C: How will NJ FamilyCare check my work requirement status?** for more detail.

To help find out how these requirements may impact you, use the *NJ FamilyCare Activity Requirements Checker* found on www.njfcchecker.nj.gov.

What happens if I do NOT meet work requirements?

If the work requirement applies to you and you don't meet it, you will lose your NJ FamilyCare coverage when your current coverage period ends. You may be eligible for coverage at GetCoveredNJ, but you will not receive financial help. If you lose your NJ FamilyCare coverage, you can always reapply if your situation changes.

What should I be doing now?

- **Update your contact info:** Update your address, phone number, and email so you do not miss important notices. You can do this online at <https://dmahs-nj.my.site.com/addressupdate> or by calling 1-833-409-2370.
- **Watch for letters, emails, or text messages from NJ FamilyCare or your health plan:** Respond to letters from NJ FamilyCare as soon as possible if they ask you for information.
- **Check if the requirements may apply to you:** Use the *NJ FamilyCare Activity Requirements Checker* to see if work requirements apply to you. You can access this tool at www.njfcchecker.nj.gov
- **Collect and store your documents:** Start keeping records that show you meet the work requirements, such as pay stubs or school records. Do not send them now. **NJ FamilyCare will send you a letter if you need to provide documents.**

Resources to help you understand the changes:

- Visit MedicaidWorkRules.nj.gov for more information.
- **Ask questions or request help:** Call NJ FamilyCare at 1-833-409-2370.

Enclosure A: Who does NOT need to meet work requirements?

You may not need to meet work requirements if you have certain health, family, or life situations. You may be “excluded” or “excepted.”

Group 1 – Excluded

You do **NOT** have to complete work requirements if any of the following describe you right now. You are:

- A member of a household that currently receives Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits and SNAP requires you to follow a work requirement
- Currently meeting the WorkFirst NJ or Temporary Assistance for Needy Families (TANF) work requirement
- Currently pregnant or had a pregnancy end within the last 12 months while you were enrolled in NJ FamilyCare/Medicaid
- A parent, guardian, or caregiver of a child under age 14 or a disabled person
- Currently in jail or prison
- A member of a federally recognized American Indian or Alaska Native tribe
- A veteran with a total disability as determined by the U.S. Department of Veterans Affairs (VA)
- Under age 26 and aged out of foster care
- Participating in a substance use or alcohol treatment program
- Medically frail. This means you have a health condition that makes it hard for you to complete work requirements. Your condition must fall into one of these types:
 - Blind or disabled, as determined by the Social Security Administration
 - Substance use disorder. This doesn't apply if you are in recovery for 5 or more years
 - Disabling mental health disorder
 - Serious or complex medical condition(s)
 - Significant physical, intellectual, or developmental disability

Group 2 – Excepted

- You **DO NOT** have to complete requirements if any of the following were true about you at any time since your last renewal:
 - Under 19 years of age
 - Enrolled in Medicare
 - Received Supplemental Security Income (SSI)
 - Received inpatient acute care services, for example, at a hospital, nursing facility, intermediate care facility, or a psychiatric hospital
 - Traveled outside your community to access health care services for yourself or a dependent. This was because that care was not available where you live
 - Lived in a county with high unemployment, as defined by the federal government
 - Lived in an area where the President declared an emergency or disaster
- You **MAY NOT** have to complete work requirements if you were recently released from jail or prison

Enclosure B: How do I determine my plan type?

To determine your plan type you can:

- Call the member services number on the back of your current health plan ID card
- Check the front of your health plan ID card – see instructions below:
 - If you are enrolled in Aetna, you will not be able to use this method. Please call the member services number on your health plan ID card
 - If you are enrolled in Fidelis Care, United Healthcare, Horizon, or Wellpoint, please review the example Alternative Benefit Plan (ABP) ID cards below. If it says ABP or Alternative Benefit Plan on your card, as shown in the boxes in the examples, you are enrolled in the ABP plan

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

NJ FamilyCare

NAME: JANE DOE	Plan: ABP
MEMBER ID NO: YHZ000000000	Dental Benefit: YES
PCP: DOE, MARIA G.	Emergency: \$0.00
PHONE: 973-000-0000	PCP Copay: \$0.00
ISSUE DATE: 02/28/2024	Dental Copay: \$0.00
EFFECTIVE: 01/01/2020	Specialist Copay: \$0.00
BC/BS Plan Codes 280/780	Rx Generic: \$0.00
horizonNJhealth.com	Rx Brand: \$0.00

Pharmacies Group: HORIZON BIN 61066, ProCin HMC
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

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

Enclosure C: How will NJ FamilyCare check my work requirement status?

NJ FamilyCare will check every 6 months whether your activities meet the requirements or you are in an excluded or excepted group. First, NJ FamilyCare will check information it already has.

Sometimes, NJ FamilyCare needs more information to decide your status. If this happens, NJ FamilyCare will send you a letter explaining:

- The kind of documents you will need to provide
- The deadline to send in your information

NJ FamilyCare will review your documents and decide if you are meeting work requirements or if they do not apply to you. Then, NJ FamilyCare will send you another letter with its decision about your coverage.

If your work, school, volunteer, excluded, or excepted status changes, you can report it at your next renewal. You do not need to report these changes right away. This includes if you:

- Start or stop working, going to school, or volunteering
- Become part of, or no longer belong to, an excluded or excepted group listed in Enclosure A

If something else changes that could affect your Medicaid eligibility, such as your income or the number of people in your household, you must notify NJ FamilyCare within 10 days of the change.

STATE OF NEW JERSEY
Department of Human Services
Division of Medical Assistance and Health Services

FECHA LÍMITE: 1 de septiembre de 2026

NÚMERO DE REFERENCIA: xxxxxxxxxx

Miembro: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

ID (identificación) de Medicaid: xxxxxxxxxx

AVISO IMPORTANTE: ACCIÓN NECESARIA

Estimado miembro de NJ FamilyCare/Medicaid:

El gobierno federal ha modificado las normas relativas a quién puede acogerse al programa NJ FamilyCare/Medicaid. Es importante que comprenda cómo estos cambios pueden afectar su cobertura de NJ FamilyCare. A partir del 1 de octubre de 2026, algunos inmigrantes no-ciudadanos dejarán de cumplir los requisitos para acceder al programa NJ FamilyCare debido a cambios en la legislación federal. Las normas federales sobre la elegibilidad de los no-ciudadanos se recogen en el 42 CFR 435.406 y en la Sección 71109 de la Ley “*One Big Beautiful Bill Act*”.

NJ FamilyCare se ha asociado con HMS, un contratista independiente con sede en Texas, para recopilar información con el fin de verificar el estatus migratorio de los miembros a NJ FamilyCare. Según nuestros registros, es posible que su estatus migratorio no cumpla los requisitos establecidos en la nueva normativa. De lo contrario, **su cobertura de NJ FamilyCare/Medicaid se cancelará el 30 de septiembre de 2026.**

Junto con esta carta se adjunta un formulario de declaración de estatus migratorio. En el reverso de ese formulario hay una lista de los estatus migratorios que pueden dar derecho a NJ FamilyCare a partir del 1 de octubre de 2026. Lea la lista cuidadosamente.

Si cree que cumple los requisitos de estatus migratorio, complete el formulario de declaración de estatus migratorio y envíelo junto con copias de sus documentos antes del 1 de septiembre de 2026.

Si tiene alguna pregunta o desea consultar el estado de su solicitud, visite www.VerifyOS.com. También puede llamar al 833-635-7060. Gracias por su colaboración en este asunto.

Atentamente,
NJ FamilyCare

Formulario de declaración de estatus migratorio

Creo que seguiré cumpliendo los requisitos para acceder a NJ FamilyCare/Medicaid según las nuevas normas federales que entrarán en vigor el 1 de octubre de 2026. Mi estatus a partir del 1 de octubre de 2026 será (elija una opción):

Estatus	Qué hay que presentar (envíe copias, no originales)
☐ Ciudadano estadounidense o nacional estadounidense	Prueba de ciudadanía/pasaporte estadounidense
☐ Embarazada y legalmente presente	Documentos de inmigración (ver el reverso de la página) Número de bebés que espera ____ Fecha de parto (MM/DD/AAAA) ____ / ____ / ____
☐ Menores de 21 años y legalmente presente	Documentos de inmigración (véase el reverso de la página)
☐ Residente permanente legal o cualquier otro estatus de al menos 5 años que cumpla los requisitos	Parte delantera y trasera de la tarjeta de residente permanente legal ("Green Card") Cualquier otro documento de inmigración
☐ Ha obtenido la residencia permanente legal por ser: ☐ Refugiado ☐ Asilado ☐ Víctima de la trata de personas/familiar de la víctima ☐ Veterano/familiar de un veterano ☐ Inmigrante de origen asiático-estadounidense ☐ Inmigrante o persona beneficiaria de permiso de permanencia temporal (<i>parole</i>) de origen iraquí o afgano ☐ Ucraniano beneficiario de de permiso de permanencia temporal (<i>parole</i>) ☐ Persona cuya deportación ha sido suspendida	Parte delantera y trasera de la tarjeta de residente permanente legal ("Green Card") Cualquier otro documento de inmigración
☐ Inmigrante de origen cubano o haitiano	Documentos de inmigración (ver el reverso de la página)
☐ Inmigrantes del COFA (Pacto de Libre Asociación)	Documentos de inmigración (ver el reverso de la página)

Firma: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Nombre en letra de imprenta: xxxxxxxxxxxxxxxx

Fecha (MM/DD/AAAA): xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Dónde enviarlo:

- **Por vía electrónica:** Súbalo al sitio seguro de HMS www.VerifyOS.com (recomendado para una recepción rápida)
- **Fax** de HMS: 1-877-223-8478
- **Correo electrónico:** HMS, PO Box 165308, Irving, TX 75016-9923 (el plazo de entrega es de 3 a 5 días laborables)

NÚMERO DE REFERENCIA: xxxxxxxxxxxxxxxx

Miembro: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

ID (identificación) de Medicaid: xxxxxxxxxxxxxxxx

Estatus migratorios que pueden reunir los requisitos para NJ FamilyCare/Medicaid el 1 de octubre de 2026:

1. **Ciudadano estadounidense** (por nacimiento, por naturalización o por derivación) o **nacional estadounidense** en posesión de un pasaporte estadounidense, un certificado de naturalización, etc.
2. **Embarazada y legalmente presente en EE. UU.**, con tarjeta de residencia permanente, visado, documento de autorización de empleo (permiso de trabajo), formulario I-94 de registro de entrada y salida, etc.
3. **Menor de 21 años y legalmente presente en EE. UU.**, con tarjeta de residencia permanente, visado, documento de autorización de empleo (permiso de trabajo), formulario I-94 de registro de entrada y salida, etc.
4. **Residente permanente legal** o cualquier otro estatus de al menos 5 años que cumpla los requisitos.
5. **Ha obtenido la residencia permanente legal** por pertenecer a uno de los siguientes grupos:
 - a. Refugiados
 - b. Asilados
 - c. Víctimas de trata de personas debidamente identificadas y sus cónyuges, hijos, hermanos o padres
 - d. Veteranos o militares en servicio activo, así como sus cónyuges o familiares a cargo solteros que también tengan una condición de no ciudadano que cumpla los requisitos
 - e. Inmigrantes de origen asiático-estadounidense
 - f. Inmigrantes especiales y personas beneficiarias del permiso de permanencia temporal procedentes de Irak y Afganistán
 - g. Personas que hayan entrado en los EE. UU. con permiso de permanencia temporal entre el 24 de febrero de 2022 y el 30 de septiembre de 2024, en el marco del programa del UHP (permiso de permanencia temporal humanitario para Ucrania)
 - h. Personas cuya deportación ha sido suspendida
6. **Inmigrante de origen cubano o haitiano** en posesión de un documento de autorización de empleo (permiso de trabajo), el formulario I-94 (registro de entrada y salida), un pasaporte extranjero, el formulario I-862, etc.
7. **Inmigrantes del COFA (Pacto de Libre Asociación)**, incluidas personas procedentes de Micronesia, las Islas Marshall y Palau con Documento de Autorización de Empleo (permiso de trabajo), formulario I-94 de registro de entrada y salida, pasaporte extranjero, etc.

Para obtener más información sobre los estatus migratorios y los documentos necesarios para acreditarlos, visite <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/obbba/noncitizen.shtml>.

Si necesita ayuda para saber si cumple los requisitos o para documentar su situación, es posible que Legal Services of New Jersey (LSNJ, Servicios Legales de New Jersey) pueda ayudarle. Llame a la línea de asistencia médica de LSNJ al 833-576-5776 para obtener información y asesoramiento legal. También puede solicitar ayuda en línea en www.lsnjlawhotline.org.

English

Visit <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/obbba/noncitizen.shtml> to read this notice in English and for more information about immigration statuses and the documents needed to verify them. If you need help understanding if you may be eligible or help documenting your status, Legal Services of New Jersey may be able to assist you. Call the LSNJ HealthLine at 833-576-5776 for information and legal advice. You may also apply for help online at www.lsnjlawhotline.org.

Spanish / Español

Visite <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/obbba/noncitizen.shtml> para leer este aviso en español y obtener más información sobre los estatus migratorios y los documentos necesarios para verificarlos. Si necesita ayuda para saber si cumple los requisitos o para documentar su situación, es posible que Legal Services of New Jersey (LSNJ, Servicios Legales de Nueva Jersey) pueda ayudarle. Llame a la línea de asistencia médica de LSNJ al 833-576-5776 para obtener información y asesoramiento legal. También puede solicitar ayuda en línea en www.lsnjlawhotline.org.

Arabic / العربية

يُرجى زيارة <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/obbba/noncitizen.shtml> لقراءة هذا الإشعار باللغة العربية ومعرفة المزيد عن أوضاع الهجرة والوثائق اللازمة للتحقق منها. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في معرفة ما إذا كنت مؤهلاً أو إلى المساعدة في توثيق وضعك، فقد تتمكن Legal Services of New Jersey من مساعدتك. يُرجى الاتصال بخط LSNJ للمعلومات الصحية على رقم الهاتف التالي 833-576-5776 للحصول على المعلومات والمشورة القانونية. يمكنك أيضاً التقدم بطلب للحصول على المساعدة عبر الإنترنت من خلال موقع www.lsnjlawhotline.org.

Chinese (Simplified) / 简体中文

访问 <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/obbba/noncitizen.shtml> 以阅读本通知的简体中文版本，并获取有关移民身份以及用于验证这些身份所需文件的更多信息。如果您需要帮助了解自己是否符合资格，或需要协助证明您的身份，Legal Services of New Jersey（新泽西州法律服务部）可能能够为您提供帮助。请拨打 LSNJ 健康热线 833-576-5776 获取信息和法律建议。您也可以在线申请帮助：www.lsnjlawhotline.org。

Chinese (Traditional) / 繁體中文

請造訪此 <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/obbba/noncitizen.shtml> 以閱讀本公告的繁體中文版本，並獲取更多關於移民身分及驗證所需檔案之資訊。如果您需要協助判斷自己是否符合資格，或在準備身分證明檔案時需要幫助，Legal Services of New Jersey（新澤西州法律服務處）或許能夠為您提供協助。歡迎致電 LSNJ 健康專線 833-576-5776，以獲取相關資訊及法律建議。您也可以前往 www.lsnjlawhotline.org 線上申請協助。

Gujarati / ગુજરાતી

ઇમિગ્રેશન સ્થિતિઓ અને તેમની ચકાસણી માટે જરૂરી દસ્તાવેજો વિશે વધુ માહિતી મેળવવા તથા આ સૂચના ગુજરાતીમાં વાંચવા માટે <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/obbba/noncitizen.shtml> ની મુલાકાત લો. જો તમને તમારી પાત્રતા સમજવામાં અથવા તમારી સ્થિતિના દસ્તાવેજીકરણમાં મદદની જરૂર હોય, તો Legal Services of New Jersey (ન્યૂ જર્સીની કાનૂની સેવાઓ) તમારી મદદ કરી શકે છે. માહિતી અને કાનૂની સલાહ માટે LSNJ હેલ્થલાઇન ને 833-576-5776 પર કોલ કરો. તમે www.lsnjlawhotline.org પર ઓનલાઇન પણ મદદ માટે અરજી કરી શકો છો.

Haitian Creole / Kreyòl Ayisyen

Vizite <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/obbba/noncitizen.shtml> pou w li avi sa a an kreyòl ayisyen epi pou w jwenn plis enfòmasyon sou estati imigrasyon ak dokiman ki nesesè pou verifye yo. Si ou bezwen èd pou konprann si ou kalifye oswa pou w bay dokiman pou pwouve statè w, Legal Services of New Jersey ka ede w. Rele Liy Sante LSNJ nan 833-576-5776 pou jwenn enfòmasyon ak konsèy legal. Ou kapab tou aplike pou èd anliy sou www.lsnjlawhotline.org.

Korean / 한국어

한국어 안내문 및 이민 신분과 해당 신분을 확인하는 데 필요한 서류에 관한 자세한 정보는 <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/obbba/noncitizen.shtml> 에서 확인하실 수 있습니다. 귀하의 자격 여부를 확인하거나 이민 신분을 증명하는 데 필요한 서류를 준비하는 데 도움이 필요하신 경우, Legal Services of New Jersey가 도움을 제공할 수 있습니다. 정보와 법률 상담이 필요하신 경우 LSNJ 건강 및 의료 상담 전화 (833-576-5776) 으로 연락하시기 바랍니다. 온라인 www.lsnjlawhotline.org 에서 도움을 받으실 수도 있습니다.

Portuguese / Português

Acesse <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/obbba/noncitizen.shtml> para ler este aviso em português e obter mais informações sobre os status de imigração e os documentos necessários para comprová-los. Se você precisar de ajuda para saber se é elegível ou para comprovar seu status, os Legal Services of New Jersey (Serviços Jurídicos de New Jersey) poderão ajudá-lo. Ligue para a Linha de Saúde dos LSNJ no número 833-576-5776 para obter informações e consultoria jurídica. Você também pode solicitar ajuda online no site www.lsnjlawhotline.org.

Russian / Русский

Перейдите по ссылке <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/obbba/noncitizen.shtml>, чтобы прочитать это уведомление на русском языке и получить дополнительную информацию об иммиграционном статусе и документах, необходимых для его подтверждения. Если вы не можете разобраться, соответствуете ли вы критериям, или вам требуется помощь в оформлении документов, связанных с вашим статусом, вы можете обратиться за помощью в организацию Legal Services of New Jersey. Для получения информации и юридической консультации позвоните на горячую линию LSNJ HealthLine по номеру 833-576-5776. Вы также можете обратиться за помощью онлайн на сайте www.lsnjlawhotline.org.

[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 afectarles 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 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, en algún momento desde su última renovación, se ha dado alguna de las siguientes circunstancias en su caso:

- 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, por sus siglas en inglés).
- 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

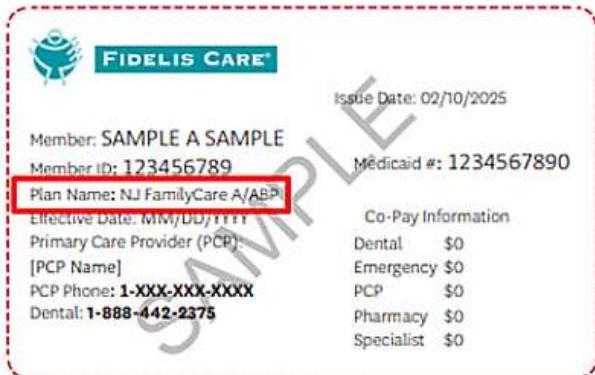
- **NO** tiene que cumplir los requisitos si, en algún momento desde su última renovación, se ha dado alguna de las siguientes circunstancias en su caso:
 - Es menor de 19 años
 - Está afiliado a Medicare
 - Ha recibido Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés).
 - Ha recibido 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.
- Es **POSIBLE QUE NO** tenga que cumplir los requisitos laborales si ha salido recientemente de la cárcel o de prisión.

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



FIDELIS CARE

Issue Date: 02/10/2025

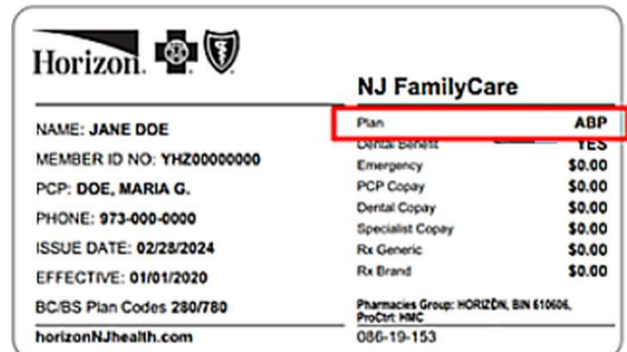
Member: SAMPLE A SAMPLE
Member ID: 123456789
Plan Name: **NJ FamilyCare A/ABP**
Effective Date: MM/DD/YYYY
Primary Care Provider (PCP):
[PCP Name]
PCP Phone: 1-XXX-XXX-XXXX
Dental: 1-888-442-2375

Medicaid #: 1234567890

Co-Pay Information

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

Horizon



Horizon

NJ FamilyCare

NAME: JANE DOE	Plan	ABP
MEMBER ID NO: YHZ00000000	Out-of-Pocket	YES
PCP: DOE, MARIA G.	Emergency	\$0.00
PHONE: 973-000-0000	PCP Copay	\$0.00
ISSUE DATE: 02/28/2024	Dental Copay	\$0.00
EFFECTIVE: 01/01/2020	Specialist Copay	\$0.00
BC/BS Plan Codes 230/780	Rx Generic	\$0.00
horizonNJhealth.com	Rx Brand	\$0.00
	Pharmacies Group: HORIZON BIN 610606, ProCin HSC	
	086-19-153	

United Healthcare



United Healthcare
Community Plan

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

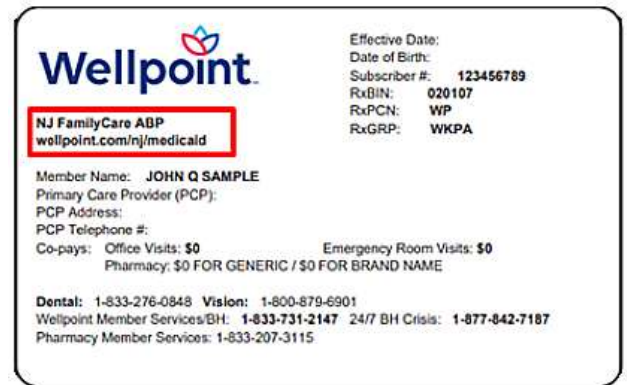
Rx Bin: 610494
Rx Grp: AMNJ
Rx PCN: 4343

Copay: No Copays

See reverse for dental/vision benefits. DOI -0501

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

Wellpoint



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.

STATE OF NEW JERSEY
Department of Human Services
Division of Medical Assistance and Health Services

REPONN PA: 1ye septanm 2026
NIMEWO REFERANS: xxxxxxxxxxxxxx
Manm: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
Nimewo Idantifikasyon Medicaid: xxxxxx

AVI ENPÒTAN: AKSYON KI NESESÈ

Chè manm NJ FamilyCare/Medicaid,

Gouvènman federal la chanje règleman sou ki moun ki kalifye pou NJ FamilyCare/Medicaid. Li enpòtan pou w konprann kijan chanjman sa yo ka afekte kouvèti NJ FamilyCare ou a. Apati 1ye oktòb 2026, kèk imigran ki pa sitwayen p ap kalifye pou NJ FamilyCare ankò akòz chanjman nan lwa federal la. Ou ka jwenn règ kalifikasyon federal pou moun ki pa sitwayen yo nan 42 CFR 435.406 ak Seksyon 71109 nan Lwa One Big Beautiful Bill Act la.

NJ FamilyCare asosye ak HMS, ki se yon kontraktè endepandan ki lokalize nan Texas, pou ranmase enfòmasyon pou verifye estati imigrasyon manm NJ FamilyCare yo. Dosye nou yo montre ke estati imigrasyon ou an ka pa kalifye anba nouvo règleman yo. Si li pa kalifye, **kouvèti NJ FamilyCare/Medicaid ou a ap fini nan dat 30 septanm 2026.**

Yo voye yon Fòmilè Rapò sou Estati Imigrasyon an nan lèt sa a. Nan do fòmilè sa a, gen yon lis estati imigrasyon ki ka kalifye pou NJ FamilyCare apati 1ye oktòb 2026. Li lis la ak anpil atansyon.

Si ou panse ou gen yon estati imigrasyon ki kalifye, ranpli Fòmilè Rapò sou Estati Imigrasyon an epi voye li tounen ak kopi dokiman ou yo anvan 1ye septanm 2026.

Pou kesyon oswa pou w verifye estati dokiman ou soumèt la, tanpri vizite www.VerifyOS.com. Ou kapab rele 833-635-7060 tou. Mèsi pou kolaborasyon ou nan zafè sa a.

Sensèman,
NJ FamilyCare

Fòmilè Rapò sou Eitati Imigrasyon

Mwen kwè m ap toujou kalifye pou NJ FamilyCare/Medicaid anba nouvo règleman federal yo apati 1ye oktòb 2026. Eitati mwen apati 1ye oktòb 2026 la, se pral (chwazi 1):

Eitati	Sa pou soumèt (voye kopi, pa voye orijinal)
☐ Sitwayen Ameriken oswa resòtisan Ameriken	Prèv sitwayènte / Paspò Ameriken
☐ Ansent epi prezan legalman nan peyi a	Dokiman imigrasyon (gade nan do paj la) Kantite ti bebe w ap tann ____ Dat ki prevwa pou akouchman (JJ/MM/AAAA) ____ / ____ / ____
☐ Gen mwens pase 21 lane epi legalman prezan	Dokiman imigrasyon (gade nan do paj la)
☐ Rezidan pèmanan legal oswa nenpòt lòt eitati ki kalifye, pandan yon peryòd pou piti 5 lane	Devan ak do kat Rezidans Pèmanan Legal la ("Kat Vèt") Nenpòt lòt dokiman imigrasyon
☐ Vin gen eitati rezidan pèmanan legal aprè ou te: ☐ Refijye ☐ Moun ki te jwenn azil ☐ Viktim trafik moun/fanmi ou ☐ Veteran/fanmi ou ☐ Imigran Amerendyen ☐ Imigran Irakien/Afganyen/an libète sou kondisyon ☐ Ikrenyen ki te libere sou kondisyon ☐ Moun yo kanpe depòtasyon li	Devan ak do kat Rezidans Pèmanan Legal la ("Kat Vèt") Nenpòt lòt dokiman imigrasyon
☐ Moun ki antre kòm Kiben/Ayisyen	Dokiman imigrasyon (gade nan do paj la)
☐ Imigran COFA	Dokiman imigrasyon (gade nan do paj la)

Siyati: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Non an Lèt Detache: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Dat (JJ/MM/AAAA): xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

NIMEWO REFERANS: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Manm: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Nimewo Idantifikasyon Medicaid: xxxxxxxx

Ki kote pou soumèt dokiman yo:

- **Elektwonikman:** Telechaje yo sou sit sekirize HMS la www.VerifyOS.com (rekòmande pou yo resevwa yo rapidman)
- **Pa Faks** bay HMS: 1-877-223-8478
- **Pa Lapòs:** HMS, PO Box 165308, Irving, TX 75016-9923 (Tanpri prevwa 3-5 jou ouvrap pou yo resevwa li)

Estatì imigrasyon ki kalifye pou NJ FamilyCare/Medicaid nan dat 1ye oktòb 2026:

1. **Sitwayen Ameriken** (regilye, natiralize, oswa derive) oswa **resòtisan Ameriken** ki gen yon paspò Ameriken, sètifika natiralizasyon, elatriye.
2. **Ansent epi legalman prezan nan peyi Etazini** ak yon kat rezidans pèmanan, yon viza, yon Dokiman Otorizasyon Travay (pèmi travay), yon Dosye Antre/Depa I-94, elatriye.
3. **Gen mwens pase 21 lane epi legalman prezan nan peyi Etazini** ak yon kat rezidans pèmanan, yon viza, yon Dokiman Otorizasyon Travay (pèmi travay), yon Dosye Antre/Depa I-94, elatriye.
4. **Rezidan pèmanan legal** oswa nenpòt lòt estatì ki kalifye, pandan yon peryòd pou piti 5 lane.
5. **Vin gen estatì rezidan pèmanan legal** aprè ou te nan youn nan gwoup sa yo:
 - a. Refijye
 - b. Moun ki jwenn azil
 - c. Viktim trafik moun ki sètifye ansanm ak mari oswa madanm yo, pitit yo, frè/sè yo, oswa paran yo
 - d. Ansyen militè oswa militè ki nan sèvis yon fason aktif, ansanm ak mari oswa madanm yo oswa moun yo pran an chaj ki pa marye, ki gen yon estatì etranje ki kalifye tou
 - e. Imigran Amerendyen
 - f. Imigran espesyal ak Irakyan ak Afgan ki an libète kondisyonèl
 - g. Moun yo te pèmèt antre nan peyi Etazini tanporèman sou pwogram imanite ant 24 fevriye 2022 ak 30 septanm 2024, nan Ukrainian Humanitarian Parole (Pwogram Imanite pou Ikrèn, UHP)
 - h. Moun yo kanpe depòtasyon yo
6. **Moun ki antre kòm Kiben/Ayisyen** ki gen Dokiman Otorizasyon Travay (pèmi travay), Dosye Arive/Depa I-94, paspò etranje, Fòmilè I-862, elatriye.
7. **Akò Lib Asosyasyon (COFA) migran** – ki gen ladan moun ki soti Mikwonezi, Zile Marshall, ak Palau – ki gen Dokiman Otorizasyon Travay (pèmi travay), Dosye Antre/Depa I-94, paspò etranje, elatriye.

Pou w jwenn plis enfòmasyon sou estatì imigrasyon ak dokiman ki nesèsè pou verifye yo, vizite <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/obbba/noncitizen.shtml>.

Si ou bezwen èd pou w konprann si ou ka kalifye oswa pou w bay dokiman estatì w la, Legal Services of New Jersey (Sèvis Legal New Jersey) yo ka ede w. Rele LSNJ HealthLine (Liy Sante LSNJ) nan 833-576-5776 pou w jwenn enfòmasyon ak konsèy legal. Ou kapab tou aplike pou èd anliy sou www.lsnjlawhotline.org.

English

Visit <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/obbba/noncitizen.shtml> to read this notice in English and for more information about immigration statuses and the documents needed to verify them. If you need help understanding if you may be eligible or help documenting your status, Legal Services of New Jersey may be able to assist you. Call the LSNJ HealthLine at 833-576-5776 for information and legal advice. You may also apply for help online at www.lsnjlawhotline.org.

Spanish / Español

Visite <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/obbba/noncitizen.shtml> para leer este aviso en español y obtener más información sobre los estatus migratorios y los documentos necesarios para verificarlos. Si necesita ayuda para saber si cumple los requisitos o para documentar su situación, es posible que Legal Services of New Jersey (LSNJ, Servicios Legales de Nueva Jersey) pueda ayudarle. Llame a la línea de asistencia médica de LSNJ al 833-576-5776 para obtener información y asesoramiento legal. También puede solicitar ayuda en línea en www.lsnjlawhotline.org.

Arabic / العربية

يُرجى زيارة <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/obbba/noncitizen.shtml> لقراءة هذا الإشعار باللغة العربية ومعرفة المزيد عن أوضاع الهجرة والوثائق اللازمة للتحقق منها. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في معرفة ما إذا كنت مؤهلاً أو إلى المساعدة في توثيق وضعك، فقد تتمكن Legal Services of New Jersey من مساعدتك. يُرجى الاتصال بخط LSNJ للمعلومات الصحية على رقم الهاتف التالي 833-576-5776 للحصول على المعلومات والمشورة القانونية. يمكنك أيضاً التقدم بطلب للحصول على المساعدة عبر الإنترنت من خلال موقع www.lsnjlawhotline.org.

Chinese (Simplified) / 简体中文

访问 <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/obbba/noncitizen.shtml> 以阅读本通知的简体中文版本，并获取有关移民身份以及用于验证这些身份所需文件的更多信息。如果您需要帮助了解自己是否符合资格，或需要协助证明您的身份，Legal Services of New Jersey（新泽西州法律服务部）可能能够为您提供帮助。请拨打 LSNJ 健康热线 833-576-5776 获取信息和法律建议。您也可以在线申请帮助：www.lsnjlawhotline.org。

Chinese (Traditional) / 繁體中文

請造訪此 <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/obbba/noncitizen.shtml> 以閱讀本公告的繁體中文版本，並獲取更多關於移民身分及驗證所需檔案之資訊。如果您需要協助判斷自己是否符合資格，或在準備身分證明檔案時需要幫助，Legal Services of New Jersey（新澤西州法律服務處）或許能夠為您提供協助。歡迎致電 LSNJ 健康專線 833-576-5776，以獲取相關資訊及法律建議。您也可以前往 www.lsnjlawhotline.org 線上申請協助。

Gujarati / ગુજરાતી

ઇમિગ્રેશન સ્થિતિઓ અને તેમની ચકાસણી માટે જરૂરી દસ્તાવેજો વિશે વધુ માહિતી મેળવવા તથા આ સૂચના ગુજરાતીમાં વાંચવા માટે <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/obbba/noncitizen.shtml> ની મુલાકાત લો. જો તમને તમારી પાત્રતા સમજવામાં અથવા તમારી સ્થિતિના દસ્તાવેજીકરણમાં મદદની જરૂર હોય, તો Legal Services of New Jersey (ન્યૂ જર્સીની કાનૂની સેવાઓ) તમારી મદદ કરી શકે છે. માહિતી અને કાનૂની સલાહ માટે LSNJ હેલ્થલાઇન ને 833-576-5776 પર કોલ કરો. તમે www.lsnjlawhotline.org પર ઓનલાઇન પણ મદદ માટે અરજી કરી શકો છો.

Haitian Creole / Kreyòl Ayisyen

Vizite <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/obbba/noncitizen.shtml> pou w li avi sa a an kreyòl ayisyen epi pou w jwenn plis enfòmasyon sou estati imigrasyon ak dokiman ki nesesè pou verifye yo. Si ou bezwen èd pou konprann si ou kalifye oswa pou w bay dokiman pou pwouve statè w, Legal Services of New Jersey ka ede w. Rele Liy Sante LSNJ nan 833-576-5776 pou jwenn enfòmasyon ak konsèy legal. Ou kapab tou aplike pou èd anliy sou www.lsnjlawhotline.org.

Korean / 한국어

한국어 안내문 및 이민 신분과 해당 신분을 확인하는 데 필요한 서류에 관한 자세한 정보는 <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/obbba/noncitizen.shtml> 에서 확인하실 수 있습니다. 귀하의 자격 여부를 확인하거나 이민 신분을 증명하는 데 필요한 서류를 준비하는 데 도움이 필요하신 경우, Legal Services of New Jersey가 도움을 제공할 수 있습니다. 정보와 법률 상담이 필요하신 경우 LSNJ 건강 및 의료 상담 전화 (833-576-5776) 으로 연락하시기 바랍니다. 온라인 www.lsnjlawhotline.org 에서 도움을 받으실 수도 있습니다.

Portuguese / Português

Acesse <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/obbba/noncitizen.shtml> para ler este aviso em português e obter mais informações sobre os status de imigração e os documentos necessários para comprová-los. Se você precisar de ajuda para saber se é elegível ou para comprovar seu status, os Legal Services of New Jersey (Serviços Jurídicos de New Jersey) poderão ajudá-lo. Ligue para a Linha de Saúde dos LSNJ no número 833-576-5776 para obter informações e consultoria jurídica. Você também pode solicitar ajuda online no site www.lsnjlawhotline.org.

Russian / Русский

Перейдите по ссылке <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/obbba/noncitizen.shtml>, чтобы прочитать это уведомление на русском языке и получить дополнительную информацию об иммиграционном статусе и документах, необходимых для его подтверждения. Если вы не можете разобраться, соответствуете ли вы критериям, или вам требуется помощь в оформлении документов, связанных с вашим статусом, вы можете обратиться за помощью в организацию Legal Services of New Jersey. Для получения информации и юридической консультации позвоните на горячую линию LSNJ HealthLine по номеру 833-576-5776. Вы также можете обратиться за помощью онлайн на сайте www.lsnjlawhotline.org.

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

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

Mesaj Jeneral

Kondisyon angajman kominotè a/kondisyon travay pou Kalifye pou NJ FamilyCare/Medicaid

Chè [MEMBER NAME],

Lèt sa a gen ladan l enfòmasyon enpòtan sou pwoteksyon sante anba NJ FamilyCare/Medicaid ou a. Administrasyon Trump lan chanje kondisyon pou yon moun kalifye pou NJ FamilyCare, epi kèk adilt ki gen ant 19 ak 64 an dwe ranpli nouvo kondisyon pou yo kontinye resevwa kouvèti asirans sante yo

Poukisa m resevwa lèt sa a?

Apati 1ye janvye 2027, pral gen de nouvo règ ki ka gen yon enpak sou pwoteksyon NJ FamilyCare ou a:

1. **Angajman kominotè/kondisyon travay a.** Si ou pa antre nan youn nan sitiyasyon eksepsyon yo ki endike nan Dokiman A, ou dwe travay, ale lekòl, fè volontarya, oswa patisipe nan yon pwogram fòmasyon pou travay pou w ka kalifye pou kouvèti NJ FamilyCare oswa kontinye resevwa kouvèti sa a. Yo rele yo ofisyèlman kondisyon angajman kominotè a, men ou ka tandè yo rele yo tou kondisyon travay.
2. **Renouvèlman kalifikasyon ki fèt pi souvan.** W ap bezwen renouvle pwoteksyon w lan chak sis (6) mwa olye yon fwa pa ane.

Dosye nou yo montre chanjman sa yo ka afekte w. Kouvèti ou toujou aktif jodi a. Sepandan, asire w ou reponn rapidman ak nenpòt lèt oswa avi ou resevwa nan men NJ FamilyCare pou ede w kontinye resevwa benefis ou yo.

Asire w adrès postal ou, nimewo telefòn ou ak adrès imèl ou ajou, pou w pa rate mesaj enpòtan yo. Ale nan <https://dmahs-nj.my.site.com/addressupdate>, oswa rele nan 1-833-409-2370.

Èske kondisyon travay yo aplike pou mwen?

Ou **PA** oblije satisfè kondisyon yo si youn nan sitiyasyon ki nan **Dokiman Anèks A** a aplike: **Ki moun ki pa bezwen satisfè egzijans travay yo?** sa aplikab pou ou. Sinon, ou dwe satisfè kondisyon yo si ou enskri nan plan NJ FamilyCare tip ABP (Plan Avantaj Altènatif). Gade **Dokiman Anèks B: Kijan mwen ka konnen ki kalite plan mwen genyen?**

Kijan mwen ka ranpli kondisyon travay yo?

Ou ka ranpli kondisyon travay yo lè w konplete youn nan **aktivite** sa yo:

- Lakay ou rantre omwen \$580 pa mwa. Si revni w chanje pandan ane a akòz travay sezonye, tankou anseye oswa travay nan jaden, sèvi ak mwayèn revni chak mwa ou te genyen pandan 6 mwa ki sot pase yo.
- Ale lekòl omwen a tan pasyèl. Lekòl ou a deside sa amitan an vle di.
- Pase omwen 80 èdtan chak mwa ap fè youn oswa plizyè nan aktivite sa yo:
 - Travay
 - Lè w ap ale lekòl, si w enskri pou mwens pase tan pasyèl
 - Patisipe nan yon pwogram fòmasyon pwofesyonèl
 - Travay volontè oswa sèvis kominotè

Pou w kenbe asirans ou an, ou dwe konplete nenpòt nan aktivite yo mande yo pandan omwen yon (1) mwa depi dènye fwa ou te renouvle l la. Apati 1ye janvyè 2027, NJ FamilyCare ap verifye chak 6 mwa si ou ranpli kondisyon yo. NJ FamilyCare ap gade enfòmasyon li deja genyen anvan. Si yo gen bezwen plis enfòmasyon, NJ FamilyCare ap kontakte w pou mande w yo. Gade **Dokiman Anèks C: Kijan NJ FamilyCare pral verifye sityasyon mwen parapò ak kondisyon travay la?** gade la pou plis detay.

Pou ede w konnen kijan egzijans sa yo ka afekte w, sèvi ak *NJ FamilyCare Activity Requirements Checker* ki disponib sou www.njfcchecker.nj.gov.

Kisa k ap pase si mwen PA ranpli kondisyon travay yo?

Si kondisyon travay la aplikab pou ou epi ou pa satisfè l, w ap pèdi pwoteksyon NJ FamilyCare ou a lè peryòd pwoteksyon ou genyen kounye a fini. Ou ka elijib pou yon pwoteksyon nan GetCoveredNJ, men ou pap resevwa èd finansye. Si ou pèdi pwoteksyon NJ FamilyCare ou a, ou ka toujou fè yon nouvo demann si sityasyon w chanje.

Kisa m ta dwe ap fè kounye a?

- **Mete enfòmasyon kontak ou yo ajou:** Mete adrès ou, nimewo telefòn ou ak adrès imèl ou ajou pou w pa rate mesaj enpòtan yo. Ou ka fè sa sou entènèt nan <https://dmahs-nj.my.site.com/addressupdate> oswa lè w rele nan 1-833-409-2370.
- **Veye lèt, imèl, oswa mesaj tèks NJ FamilyCare oswa plan sante ou a ap voye ba ou:** Reponn lèt NJ FamilyCare voye ba ou yo osito sa posib si yo mande w enfòmasyon.
- **Verifye si kondisyon yo ka aplike pou ou:** Sèvi ak zouti *NJ FamilyCare Activity Requirements Checker* pou w wè si kondisyon ki gen rapò ak aktivite travay yo konsène w. Ou ka jwenn aksè ak zouti sa a nan www.njfcchecker.nj.gov
- **Rasanble epi sere dokiman w yo:** Kòmanse konsève dokiman ki montre ou satisfè kondisyon travay yo, tankou fich pèman oswa dokiman lekòl. Pa voye yo kounye a. **NJ FamilyCare ap voye yon lèt ba ou si ou bezwen bay dokiman.**

Resous pou ede w konprann chanjman yo:

- Vizite MedicaidWorkRules.nj.gov pou plis enfòmasyon.
- Poze kesyon oswa mande èd: Rele NJ FamilyCare nan 1-833-409-2370.

Dokiman Anèks A: Kilès ki PA bezwen ranpli kondisyon travay yo?

Ou ka pa bezwen satisfè kondisyon travay yo si ou gen kèk sitiyasyon ki gen rapò ak sante, fanmi, oswa lavi w. Yo ka "retire" w oswa "ezante" w.

Gwoup 1 – Eksli

Ou **PA** oblije satisfè egzijans travay yo si youn nan sitiyasyon sa yo te aplike pou ou nenpòt lè depi dènye fwa ou te fè renouvèlman an:

- Yon manm nan yon fwaye ki aktyèlman ap resevwa avantaj nan Supplemental Nutrition Assistance Program (Pwogram Asistans Nitrisyon Sipleman tè, SNAP), epi pwogram SNAP la egzije w respekte yon kondisyon travay
- Nan moman an ou ranpli kondisyon travay pou pwogram WorkFirst NJ oswa pwogram Temporary Assistance for Needy Families (Asistans Tanporè pou Fanmi ki nan Bezwen, TANF)
- Ansent kounye a oswa ou te fè yon gwosès ki te fini nan 12 dènye mwa ki pase yo pandan ou te enskri nan NJ FamilyCare/Medicaid.
- Se yon paran, yon responsab, oswa yon moun k ap pran swen yon timoun ki poko gen 14 an oswa yon moun ki gen yon andikap
- Nan prizon kounya oswa nan yon sant detansyon
- Se yon manm yon tribi Endyen Ameriken oswa Natif Alaska gouvènman federal la rekonèt.
- Se yon veteran ki gen yon andikap total dapre sa U.S. Department of Veterans Affairs (VA) detèmine.
- Gen mwens ke 26 an epi ki pa nan fanmi akèy
- Patisipe nan yon pwogram tretman pou abi sibstans oswa alkòl
- Gen yon eta sante ki frajil Sa vle di ou gen yon pwoblèm sante ki rann li difisil pou ou ranpli kondisyon travay yo. Sitiyasyon ou dwe koresponn ak youn nan kategori sa yo:
 - Avèg oswa andikape, jan Social Security Administration la detèmine sa
 - Twoub ki gen rapò ak itilizasyon sibstans. Sa pa aplike si w nan pwosesis rekiperasyon an depi 5 an oswa plis.
 - Twoub sante mantal ki lakòz andikap
 - Pwoblèm sante grav oswa konplèks medikal
 - Yon gwo andikap fizik, entelektyèl oswa nan devlopman

Gwoup 2 – Egzante

- Ou **PA** oblije ranpli kondisyon yo si nenpòt nan sa ki annapre yo te aplike pou ou a nenpòt ki lè depi dènye fwa ou te fè renouvèlman an:
 - Mwens pase 19 lane
 - Enskri nan Medicare
 - Resevwa Supplemental Security Income (Revni Sekirite Sipleman tè, SSI)
 - Ou te resevwa swen medikal entansif kòm pasyan entène, pa egzant nan yon lopital, yon sant swen enfimye, yon sant swen entèmedye, oswa yon lopital sikyatrik
 - Ou te vwayaje andeyò kominote w pou jwenn sèvis swen sante pou tèt ou oswa pou yon moun ki sou kont ou Sa te fèt paske swen sa a pa t disponib kote w ap viv la
 - Ou te viv nan yon konte ki gen yon to chomaj ki wo, jan gouvènman federal la defini l
 - Ou te viv nan yon zòn kote Prezidan an te deklare yon eta ijans oswa yon katastwòf
- Ou **KA PA** bezwen satisfè egzijans travay yo si ou fèk sòti nan prizon

Dokiman Anèks B: Kijan mwen ka konnen ki kalite plan mwen genyen?

Pou w konnen ki kalite plan ou genyen, ou ka:

- Rele nimewo sèvis manm ki sou do kat ID plan sante ou genyen kounye a.
- Gade sou devan kat ID asirans sante w la – gade enstriksyon ki anba yo:
 - Si ou enskri nan Aetna, ou pap ka itilize metòd sa a. Tanpri rele nimewo sèvis manm ki sou kat ID plan sante w la.
 - Si w enskri nan Fidelis Care, United Healthcare, Horizon, oswa Wellpoint, tanpri egzamine egzanp kat ID pou Alternative Benefit Plan (ABP) ki anba a. Si kat ou a gen ladan l ABP oswa Alternative Benefit Plan jan sa parèt nan kare ki nan egzanp yo sa vle di ou enskri nan plan ABP a.

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

NJ FamilyCare

NAME: JANE DOE	Plan	ABP
MEMBER ID NO: YHZ00000000	Dental Benefit	YES
PCP: DOE, MARIA G.	Emergency	\$0.00
PHONE: 973-000-0000	PCP Copay	\$0.00
ISSUE DATE: 02/28/2024	Dental Copay	\$0.00
EFFECTIVE: 01/01/2020	Specialist Copay	\$0.00
BC/BS Plan Codes 280/780	Rx Generic	\$0.00
horizonNJhealth.com	Rx Brand	\$0.00
	Pharmacies Group: HORIZON, BIN 610606, ProCin HMC	
	086-19-153	

United Healthcare

 **United Healthcare**
Community Plan

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

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

Dokiman Anèks C: Kijan NJ FamilyCare pral verifye sitiyasyon mwen parapò ak kondisyon travay la?

NJ FamilyCare pral verifye chak 6 mwa si aktivite w yo satisfè kondisyon yo, oswa si w fè pati yon gwoup ki eskli oswa ki egzante. Pou kòmanse, NJ FamilyCare pral verifye enfòmasyon li deja genyen yo.

Pafwa, NJ FamilyCare bezwen plis enfòmasyon pou deside sou sitiyasyon w. Si sa fèt, NJ FamilyCare ap voye yon lèt ba ou pou eksplike:

- Ki dokiman w ap bezwen bay yo
- Dat limit pou voye enfòmasyon w yo

NJ FamilyCare pral egzamine dokiman ou yo epi deside si w ranpli kondisyon travay yo oswa si yo pa aplike pou ou. Apre sa, NJ FamilyCare ap voye yon lèt lèt ba ou avèk desizyon l konsènan kouvèti ou.

Si sitiyasyon w konsènan travay, lekòl, volontarya, oswa estati moun ki eskli oswa ki egzante a chanje, ou ka fè konnen sa lè w ap renouvle dosye w la pwochen fwa. Ou pa bezwen rapòte chanjman sa yo tousuit. Sa gen ladan l si ou:

- Kòmanse oswa sispann travay, ale lekòl, oswa fè volontarya
- Vin fè pati, oswa sispann fè pati, yon gwoup ki eskli oswa ki egzante jan sa endike nan Dokiman Anèks A a.

Si gen yon lòt bagay ki chanje e ki ka afekte kalifikasyon w pou Medicaid tankou revni w oswa kantite moun ki nan kay ou, ou dwe fè NJ FamilyCare konnen nan yon delè 10 jou aprè chanjman an.