

1. Información del Hogar

Dirección domiciliaria: _____ Apt. #/Piso: _____ N° Teléf. del Hogar: _____ Celular: _____ Otro N° Teléf: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Idioma hablado en casa: _____

Dirección Postal, si fuera diferente de la anterior: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Correo Electrónico: _____

Mencione a TODOS los Padres/Tutores y los Hijos(as) MENORES DE 21 AÑOS Que Viven en Su Hogar (Si necesita mencionar a más hijos, use otra hoja de papel.)

Padre/Madre/Tutor Primer Nombre	Apellido	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento MM/DD/AAAA	¿Es estudiante de tiempo completo?	¿Tiene otro seguro médico en este momento? (vea instrucciones)	¿Tuvo otro seguro médico en los últimos 3 meses? (vea instrucciones)	Estado Civil del Padre/Madre/Tutor					¿Desea NJ FamilyCare?*	N° Seguro Social	¿Es Ciudadano Estadounidense? (Vea Instrucciones)	¿Es inmigrante cualificado? Fecha de ingreso (Vea Instrucciones)	Raza/ Etnia*
							Soltero(a)	Casado(a)	Separado(a)	Divorciado(a)	Viudo(a)					
			/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	- -	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <small>Fecha de Ingreso / /</small>	
			/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	- -	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <small>Fecha de Ingreso / /</small>	

**Códigos de raza/etnia: B-Negro S-Hispano W-Blanco I-Indio Nativoamericano/Natural de Alaska A-Asiático/Islands del Pacífico O-Otro * Si responde NO, no se requiere información adicional para esta persona.

Hijos(as) Primer Nombre	Apellido	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento MM/DD/AAAA	¿Es estudiante de tiempo completo?	¿Tiene otro seguro médico en este momento? (vea instrucciones)	¿Tuvo otro seguro médico en los últimos 3 meses? (vea instrucciones)	¿Cuál es el parentesco de este(a) niño(a) con el 1er padre/tutor arriba mencionado?		¿Cuál es el parentesco de este(a) niño(a) con el 2do padre/tutor arriba mencionado?		¿Desea NJ FamilyCare?*	N° Seguro Social	¿Es Ciudadano Estadounidense? (Vea Instrucciones)	¿Es inmigrante cualificado? Fecha de ingreso (Vea Instrucciones)	Raza/ Etnia*
							Hijo(a)	Hijastro(a)	Otro	Hijo(a)					
			/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	- -	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <small>Fecha de Ingreso / /</small>	
			/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	- -	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <small>Fecha de Ingreso / /</small>	
			/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	- -	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <small>Fecha de Ingreso / /</small>	
			/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	- -	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <small>Fecha de Ingreso / /</small>	

► ¿Hay alguna persona embarazada entre las arriba mencionadas? Sí No Si responde sí, escriba el nombre(s) y fecha(s) de parto(s): _____ ¿Alguna persona tiene facturas médicas pendientes de hace tres meses? Sí No Si responde sí, por favor escriba el nombre(s): vea instrucciones: _____

2. Información sobre Ingresos para Padres/Tutores e Hijos(as) menores de 21 años de edad: vea instrucciones

Nombre de la persona que recibe el ingreso, incluyendo hijos(as) <small>Se requiere verificación, vea instrucciones</small>	¿Trabaja por su cuenta?	¿Dueño de un negocio/ empresa?	Nombre del empleador o empresa:	Número telefónico del empleador o empresa	Fecha de inicio de la empresa o del empleo	¿Tiempo completo o Medio tiempo?		¿Frecuencia de pago?				Ingreso Laboral: sin deducción de impuestos por periodo de pago	Otro Ingreso: tal como pensión infantil, pensión alimenticia, apoyo económico en efectivo, beneficios de seguro social, desempleo, ingresos por alquiler, etc.		Si esta persona PAGA servicios de guardería para un hijo o adulto incapacitado, mencione la cantidad mensual	Si esta persona PAGA pensión infantil o pensión alimenticia, mencione la cantidad mensual
						TC	MT	Semanal	Quincenal	2 veces al mes	1 vez al mes		Cantidad	Indique Tipo de Ingreso		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		\$	\$	\$
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		\$	\$	\$
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		\$	\$	\$

► ¿Alguno de los empleadores arriba mencionados ofrece seguro médico? Sí No Si responde sí, mencione el Nombre del Empleador: _____ Dirección del Empleador: _____

► ¿Ha cambiado de trabajo alguien de la lista anterior en los últimos 6 meses? Sí No Si responde sí, mencione el Nombre: _____ Empleador Anterior: _____ Fecha de término del trabajo: _____

3. Información sobre la Organización de Mantenimiento de la salud (HMO): Usted tendrá que elegir una HMO a la cual afiliarse. Si necesita asistencia para elegir su HMO, comuníquese con un Coordinador de beneficios de salud llamando al 1-866-472-5338.

Elija una HMO de las opciones siguientes:

Atena	Fidelis Care	Horizon	United	Wellpoint
-------	--------------	---------	--------	-----------

¿Quién es su doctor? Nombre/dirección: _____

¿Quién es el doctor de su hijo(a)? Nombre/dirección: _____

¿Toma alguno de los solicitantes medicamentos recetados; y/o usa equipo médico especial; y/o recibe tratamiento médico? Sí No

Sólo para Uso Oficial

Enrollment Site#: _____

Policy#: _____

Al firmar este formulario, indico que he leído y entendido el Aviso de privacidad y los "Derechos y responsabilidades" del programa NJ FamilyCare, que también puedo obtener en el sitio Web de NJ FamilyCare en www.njfamilycare.org o llamando al 1-800-701-0710, y que obedeceré la ley y las normas del programa. Entiendo que el programa NJ FamilyCare puede usar o divulgar información de salud protegida mía o de mis niños si la Ley federal de privacidad lo requiere o permite o si la Ley estatal lo requiere. Además, Autorizo por el presente a instituciones educativas o distritos escolares a que divulguen mis expedientes médicos o los de mis niños al programa NJ FamilyCare para fines de determinación de elegibilidad y facturación del programa. Certifico bajo pena de ley que todo lo afirmado en esta solicitud es verdadero. Sé que si cualquiera de las afirmaciones que he hecho en esta solicitud es voluntariamente falsa, Estoy sujeto(a) a sanción.

 Firme su nombre aquí: _____ Fecha: _____