

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:	

Mencione a TODOS los Padres/Tutores y los Hijos(as) MENORES DE 21 AÑOS Que Viven en Su Hogar															
Padre/Tutor Primer Nombre	Apellido	¿Desea NJ FamilyCare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sexo M/F	N° Seguro Social (requerido a los solicitantes)	Raza/Etnia (sólo para solicitantes) **Vea códigos abajo	Fecha de Nacimiento MM/DD/AAAA	¿Es Ciudadano Estadounidense? (Vea instrucciones)	¿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/Tutor				
											Soltero	Casado	Separado	Divorciado	Viudo
		<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"/> 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	<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"/>

Están sus hijos(as) inscritos(as) actualmente en NJFamilyCare? Sí No Si su respuesta es si, cuál es el número de la póliza de NJFamilyCare: _____

Hijos(as) Primer Nombre	Apellido	¿Desea NJ FamilyCare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sexo M/F	N° Seguro Social (requerido a los solicitantes)	Raza/Etnia (sólo para solicitantes) **Vea códigos abajo	Fecha de Nacimiento MM/DD/AAAA	¿Es Ciudadano Estadounidense? (Vea instrucciones)	¿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?
		<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Otro
		<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Otro
		<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Otro
		<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Otro

Si necesita mencionar a más hijos, use otra hoja de papel.

**Códigos de raza/etnia: B-Negro S-Hispano W-Blanco I-Indio Nativoamericano/Natural de Alaska A-Asiático/Islands del Pacífico O-Otro

► ¿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) ■ Se requiere verificación, vea instrucciones	Nombre del Empleador: ■ Si trabaja por su cuenta, escriba "trabajo por mi cuenta"; ■ Si es el dueño, escriba "dueño"	N° de Teléfono del Empleador	Fecha en que empezó el trabajo	¿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			Cantidad Mensual
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		\$	\$	\$
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		\$	\$	\$
				<input type="checkbox"/>	<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. Selección de la HMO: Debe escoger una HMO para afiliarse. Vea las HMO disponibles en el folleto.

Escoja una HMO: _____ ¿Quién es su doctor? _____ Dirección: _____

¿Quién es el doctor de su hijo(a)? _____ Dirección: _____

De las personas que están aplicando: ¿Hay alguna tomando medicamentos recetados? Sí No ¿Recibiendo tratamiento médico? Sí No ¿Usando algún equipo médico especial? Sí No

Al firmar este formulario, manifiesto que he leído y entendido el Aviso de Privacidad y los "Derechos y Responsabilidades" del programa NJ FamilyCare, y que obedeceré las leyes y los reglamentos del programa. Entiendo que otorgo al programa NJ FamilyCare el permiso para divulgar mis archivos médicos y aquéllos de cualquiera de los miembros de mi familia que se afilien al programa, a las HMO del programa, así como a sus proveedores. También doy autorización a la División de Impuestos de New Jersey de divulgar la información de mi declaración de impuestos al programa NJ FamilyCare. Además doy mi autorización a cualquier institución educativa o distrito escolar de que divulgue mis archivos médicos o aquéllos de mi(s) hijo(s) al programa NJ FamilyCare para el propósito de determinar elegibilidad y facturación al Programa. Certifico bajo pena de perjurio que toda la información en esta solicitud es verdadera.

Firme aquí: _____ Fecha: _____

Jon S. Corzine
Governador
Estado of New Jersey

Sólo para Uso Oficial
Enrollment Site#: SLP _____
Policy #: _____