

1. Household Information																
Home Address:					Apt. #/Floor:			Home Phone:			Cell Phone:			Other Phone:		
City:				County:				State:		Zip:		Language spoken at home:				
Mailing Address, if different:										City:			State:		Zip:	

List ALL Parents/Guardians and Children UNDER THE AGE OF 21 Living in Your Household															
Parent/Guardian First Name	Last Name	Do you want NJ FamilyCare? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Sex M/F	Social Security Number (Required for those applying)	Race/Ethnicity (only for those applying) **See codes below	Birth Date MM/DD/YYYY	US Citizen? (See instructions)	Full-time Student?	Other health insurance now? (see instructions)	Other health insurance within the past 3 months? (see instructions)	Parent/Guardian Marital Status				
											Single	Married	Separated	Divorced	Widow/er
		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		- -		/ /	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		- -		/ /	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are your children currently enrolled in NJ FamilyCare? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, what is the NJ FamilyCare policy number: _____															
Children First Name	Last Name										How is this child related to the 1 st parent/guardian listed above?			How is this child related to the 2 nd parent/guardian listed above?	
		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		- -		/ /	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Other
		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		- -		/ /	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Other
		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		- -		/ /	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Other
		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		- -		/ /	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Stepchild <input type="checkbox"/> Other

If you need to write about more children, use another piece of paper ** Race/Ethnicity Codes: B-Black S-Hispanic W-White I-Native American Indian/Alaska Native A-Asian/Pacific Islander O-Other

► Is anyone listed above pregnant? Yes No If yes, write name (s) and due date (s): _____ Does anyone have unpaid medical bills for the last 3 months? Yes No If yes, please write name(s), see instructions: _____

2. Income Information for Parents/Guardians and Children under 21: see instructions														
Name of person receiving income, including children ■ Proof is required, see Instructions	Employer Name ■ If self-employed write "self-employed"; or ■ If owner, write "owner"	Employer telephone number	Date job started	Full-time or Part-time?		How often paid?				Work income before taxes per pay period Amount	Other income such as child support, alimony, cash support, social security benefits, unemployment, rental income, etc.		If this person PAYS for day care for a child or disabled adult, list monthly amount	If this person PAYS child support or alimony, list monthly amount
				FT	PT	Every Week	Every 2 Weeks	2 Times a Month	Once a Month		Indicate Type of Income	Monthly Amount		
				<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"/>	\$		\$	\$	\$

► Do any of the employers listed above offer health insurance? Yes No If yes, please list the Employer Name: _____ Employer address: _____

► Has anyone listed changed jobs in the last six months? Yes No If yes, please list Name _____ Former employer: _____ Date job ended: _____

3. HMO SELECTION: You must pick an HMO to be enrolled. Please see HMO flyer for available HMOs.

Choose an HMO: _____ Who is your doctor? _____ Address: _____

Who is your child's doctor? _____ Address: _____

Is anyone applying: Taking prescription medicines? Yes No Receiving any medical treatment? Yes No Using any special medical equipment? Yes No

Jon S. Corzine
Governor
State of New Jersey

By signing this form, I represent that I have read and understood the Privacy Notice and the NJ FamilyCare program "Rights and Responsibilities", and that I will obey the law and regulations of the program. I understand that I am giving the NJ FamilyCare program permission to release my medical records and those of any of my family members who enroll in the program, to the program's HMOs and its providers. I also authorize the NJ Division of Taxation to release my tax return information to NJ FamilyCare program. In addition, I hereby authorize any educational institutions or school district to release my medical records or those of my child(ren) to the NJ FamilyCare program for the purpose of determining eligibility and billing the Program. I certify under penalty of law that everything on this application is true.

Sign your name here: _____ Date: _____

For Official Use Only
Enrollment Site#: SLP _____
Policy #: _____

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	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 #: _____