

# Solicitud suplementaria del Programa de Primas para Personas de Bajos Ingresos



El Programa de Primas para Personas de Bajos Ingresos (Low Income Premium Program, LIPP) está diseñado para ayudar a que las personas que cumplen con los requisitos necesarios para la cobertura del NMMIP permanezcan con la cobertura del Fondo Común, al ofrecerles una prima reducida. Los ingresos no determinan la elegibilidad para el Fondo Común. Usted debe cumplir con los requisitos de elegibilidad que figuran en la solicitud del NMMIP para ser elegible para la cobertura. Para saber si puede solicitar el LIPP, busque en la tabla de abajo el tamaño de su grupo familiar y los ingresos correspondientes por año. Si:

PO Box 1090  
Great Bend, KS 67530  
1-844-728-7896  
TTY 1-844-728-7897  
Fax: 620-793-1199  
[www.nmmip.org](http://www.nmmip.org)  
[membersupport@benefitmanagementllc.com](mailto:membersupport@benefitmanagementllc.com)

- Usted está inscrito actualmente o presenta una solicitud y cumple con todos los requisitos de elegibilidad del Fondo Común y
- Usted o alguien de su familia va a pagar su prima mensual y
- Los ingresos totales de su grupo familiar están dentro de las cantidades que se indican en la tabla a continuación, es posible que usted cumpla con los requisitos necesarios para una prima reducida y debe completar esta solicitud.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud, llámenos al 844-728-7896 o envíe un mensaje por correo electrónico a [membersupport@benefitmanagementllc.com](mailto:membersupport@benefitmanagementllc.com)

## Pautas de ingresos habilitantes vigentes desde el 10/1/19 hasta el 9/30/20

Tamaño del grupo familiar	0-199 % de las Pautas de Pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services Department, HHS) para el 2020 75 % de reducción de la prima	200-299 % de las Pautas de Pobreza del HHS para el 2020 50 % de reducción de la prima	300-399 % de las Pautas de Pobreza del HHS para el 2020 25 % de reducción de la prima
1	\$0 - \$24,855	\$24,856 - \$37,345	\$37,346 - \$49,835
2	\$0 - \$33,651	\$33,652 - \$50,561	\$50,562 - \$67,471
3	\$0 - \$42,447	\$42,448 - \$63,777	\$63,778 - \$85,107
4	\$0 - \$51,243	\$51,244 - \$76,993	\$76,994 - \$102,743
5	\$0 - \$60,038	\$60,039 - \$90,208	\$90,209 - \$120,378
6	\$0 - \$68,834	\$68,835 - \$103,424	\$103,425 - \$138,014
7	\$0 - \$77,630	\$77,631 - \$116,640	\$116,641 - \$155,650
8	\$0 - \$86,426	\$86,427 - \$129,856	\$129,857 - \$173,286

<b>Información del solicitante:</b> Apellido		Nombre	Inicial del segundo nombre	Número de identificación
Dirección		Ciudad	Estado NM	Código postal

### Certificación de pago de la prima

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre), certifico que yo o un miembro de mi familia pagaré/pagará mis primas.

**Tenga en cuenta lo siguiente: Si su prima la paga un tercero que no sea un miembro de su familia, DETÉNGASE.**

**Usted no cumple con los requisitos de elegibilidad para acceder al Programa de Primas para Personas de Bajos Ingresos (LIPP).**

## Tamaño del grupo familiar

Con el fin de determinar si le corresponde pagar una prima reducida, necesitamos información sobre el tamaño de su grupo familiar y los ingresos combinados totales del año anterior de todas las personas de su grupo familiar que sean mayores de 18 años. Aunque solo una persona esté inscrita en el Fondo Común, necesitamos información sobre el grupo familiar *completo*, dado que la elegibilidad para acceder a una prima reducida se basa en los ingresos totales del grupo familiar.

*Enumere a todos los miembros de su grupo familiar. Utilice hojas adicionales si las necesita para añadir más miembros del grupo familiar.*

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento

## Información y verificación de los ingresos del grupo familiar

**NOTA:** Para el proceso de verificación de 2019, el Fondo de Seguros Médicos de Nuevo México utilizará el método de Ingreso Bruto Ajustado Modificado (MAGI) para determinar su elegibilidad para el Programa de Primas para Personas de Bajos Ingresos (LIPP). MAGI es el ingreso bruto ajustado (AGI) más los siguientes, si corresponde: ingresos procedentes del extranjero no sujetos a impuestos, beneficios del Seguro Social no sujetos a impuestos e intereses exentos de impuestos.

Cumpla estas reglas básicas cuando incluya a miembros de su grupo familiar:

- Incluya a su cónyuge, si están legalmente casados.
- Si tiene planes de reclamar a alguien como dependiente de impuestos para el año que desea cobertura, inclúyalo en su solicitud.
- Si no lo reclamará como dependiente de impuestos, no lo incluya.
- Incluya a su cónyuge y a dependientes para fines de impuestos, aun si no necesitan cobertura de salud.

Para obtener más información ingrese a [www.healthcare.gov/income-and-household-information](http://www.healthcare.gov/income-and-household-information)

$$\begin{aligned} &\text{Ingreso bruto ajustado (AGI) + beneficios de Seguro Social no sujetos a impuestos +} \\ &\text{intereses exentos de impuestos + ingresos procedentes del extranjero excluidos} \\ &= \text{Ingreso bruto ajustado modificado (MAGI)} \end{aligned}$$

Ingreso bruto ajustado (AGI): según lo definido por el IRS, AGI son los ingresos brutos menos los ajustes a los ingresos

Beneficios de Seguro Social no sujetos a impuestos: beneficios de Seguro Social no incluidos en los ingresos brutos

Intereses exentos de impuestos: ingresos de intereses que no están sujetos a impuestos federales sobre la renta

Ingresos procedentes del extranjero excluidos: ingresos devengados en el extranjero excluidos de impuestos de personas que viven en el extranjero

Además,

1. Adjunte una copia de los Formularios de Impuestos Federales sobre la Renta del año previo presentados (incluya el formulario de certificación, si lo presentó por vía electrónica) por cada miembro del grupo familiar que hubiera percibido ingresos, *excepto los que se excluyeron anteriormente*, y complete y firme la parte de la **Declaración Jurada del Formulario de Impuestos Federales** (Declaración Jurada A) de esta solicitud; **O**
2. Si algún adulto en su grupo familiar tenía ingresos, *excepto los que se excluyeron anteriormente*, pero no se le exigió presentar un Formulario de Impuestos Federales sobre la Renta, debe completar, firmar y certificar ante un notario la **Declaración Jurada B: Declaración Jurada de Otras Fuentes de Ingresos**, que se encuentra en la página 2 de la presente solicitud.

**Declaración Jurada A: Declaración Jurada del Formulario de Impuestos Federales** (Haga copias para otros miembros del grupo familiar, de ser necesario). **No requiere legalización.**

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre), juro o afirmo que el formulario de impuestos adjunto es un reflejo verdadero de mis ingresos para el año calendario 20\_\_\_\_, y que es una copia correcta del formulario provisto al Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS). CERTIFICO que, hasta donde tengo conocimiento, las respuestas anteriores son verdaderas y exactas. También acepto que el Fondo Común pueda verificar esta información con agencias estatales u otras fuentes.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, la madre o el tutor legal, si el solicitante es menor de 18 años o es legalmente incapaz

**Declaración Jurada B: Declaración Jurada de Otras Fuentes de Ingresos** (Haga copias para otros miembros del grupo familiar, de ser necesario). **Debe legalizarse.**

Para que la complete cualquier adulto del grupo familiar que no tenga exclusión de ingresos, pero que no se le exija presentar un Formulario de Impuestos Federales sobre la Renta.

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre), por la presente juro o afirmo que no estoy obligado a presentar una declaración del Impuesto Federal sobre la Renta para el año calendario 20\_\_\_\_, y que mis ingresos para este mismo año calendario fueron \$ \_\_\_\_\_. Mis fuentes de ingresos fueron:

Descripción de la fuente de ingresos	Cantidad de los ingresos
<b>Total:</b>	

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Teléfono de la casa

\_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo

\_\_\_\_\_  
Teléfono celular o para mensajes

\_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico

Suscrito y jurado ante mí \_\_\_\_\_ este \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ (nombre)

Mi nombramiento vence el: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Notario público