

# Solicitud suplementaria para el Programa de primas para personas de bajos ingresos



El Programa de primas para personas de bajos ingresos (LIPP, por sus siglas en inglés) está diseñado para ayudar a las personas que reúnen los requisitos para conservar una cobertura estatal o del fondo federal de alto riesgo (FHRP, por sus siglas en inglés) ofreciendo una prima reducida.

P.O. Box 27049  
Albuquerque, NM 87125-7049  
1-800-432-0750  
Fax: 505-816-5671  
[www.nmmip.org](http://www.nmmip.org)  
Correo electrónico:  
[info@nmmip.org](mailto:info@nmmip.org)

## EL INGRESO SOLO NO DETERMINA UN FONDO ESTATAL NI FEDERAL ELEGIBILIDAD.

Para averiguar si debe presentarse para el LIPP, busque el tamaño de su hogar y el monto de ingresos correspondiente en la tabla que aparece a continuación. Si:

*Actualmente está inscrito o presenta su solicitud y cumple todos los requisitos de elegibilidad y usted o algún familiar pagarán su prima mensual y su ingreso total del hogar es menor que el monto mencionado en la tabla que aparece a continuación, usted puede reunir los requisitos para una prima reducida y debe completar esta solicitud suplementaria.*

Si tiene preguntas o necesita asistencia para completar esta solicitud, comuníquese con nosotros llamando al 1-866-622-4711 o enviando un correo electrónico a: [info@nmmip.org](mailto:info@nmmip.org).

## Pautas de los ingresos que reúnen los requisitos en vigencia desde el 7/1/11 hasta el 6/30/12

Tamaño del hogar	Límite de ingresos para una reducción de la prima del 75%	Límite de ingresos para una reducción de la prima del 50%	Límite de ingresos para una reducción de la prima del 25%
1	\$21,671	\$32,561	\$43,451
2	\$29,273	\$43,983	\$58,693
3	\$36,875	\$55,405	\$73,935
4	\$44,477	\$66,827	\$89,177
5	\$52,078	\$78,248	\$104,418
6	\$59,680	\$89,670	\$119,660
7	\$67,282	\$101,092	\$134,902
8	\$74,884	\$112,514	\$150,144

<b>Información del solicitante:</b>			<b>Número de identificación</b>	
_____ <small>Apellido</small>			_____ <small>Primer nombre</small>	
_____ <small>Segundo nombre</small>			_____ <small>Código postal</small>	
<b>Dirección</b>		<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>
			<b>NM</b>	

## Certificación del pago de la prima

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre) certifico que yo, o un familiar, pagaremos mis primas.

## Tamaño del hogar

Para determinar si usted reúne los requisitos para una prima reducida, necesitamos información acerca del tamaño de su hogar y del ingreso total combinado del año pasado de todas las personas de su hogar. Incluso si solo se inscribe una persona, todavía necesitamos información sobre todo el hogar, dado que la elegibilidad para la reducción de la prima se basa en ingresos por hogar (no individuales).

*Mencione todas las personas en su hogar. Use hojas adicionales, si es necesario, para más miembros de su hogar.*

NOMBRE	Vínculo	Fecha de nacimiento

