

Solicitud suplementaria Programa 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:

- *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.*

www.nmmip.org
 PO Box 1090
 Great Bend, KS 67530
 1-844-728-7896
 TTY 1-844-728-7897
 Fax: 620-793-1199

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud, llámenos al 844-728-7896 o envíe un correo electrónico a govmembersupport@benefitmanagementllc.com.

Pautas de ingresos habilitantes vigentes desde el 01/01/2023 - 12/31/2023

Tamaño de familia	0-199 % de las Pautas de Pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services Department, HHS) para el 2023 75% de reducción	200-299 % de las Pautas de Pobreza del HHS para el 2023 50% de reducción	300-399 % de las Pautas de Pobreza del HHS para el 2023 25% de reducción
1	\$0 - \$27,044	\$27,045 - \$40,634	\$40,635- \$54,224
2	\$0 - \$36,437	\$36,438 - \$54,747	\$54,748– \$73,057
3	\$0 - \$45,830	\$45,831 \$68,860	\$68,861 - \$91,890
4	\$0 - \$49,253	\$49,254 - \$74,003	\$ 74,004 - \$98,753
5	\$0 - \$64,615	\$64,616 - \$97,085	\$97,086 - \$129,555
6	\$0 - \$74,008	\$74,009 - \$111,198	\$111,199 - \$148,388
7	\$0 - \$83,401	\$83,402- \$125,311	\$125,312 -\$167,221
8	\$0 - \$92,794	\$92,795- \$139,424	\$139,425- \$186,054

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

Certificación de pago

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

Tenga en cuenta lo siguiente: Si su pago ha de ser de un tercero programa que no sea un miembro de su familia, DETÉNGASE. Usted no cumple con los requisitos de elegibilidad para acceder al Programa 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.

Abajo poner nombres de todos los miembros de su familia. Utilice hojas adicionales si las necesita para el resto de los Familiares.

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento

Información y verificación de los ingresos del grupo familiar

NOTA: Usted no necesita incluir información o verificación de ingresos para los miembros del grupo familiar cuyos ingresos provengan de los programas de Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplementary Security Income, SSI) o de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) **SOLAMENTE**.

Mencione la cantidad total de los ingresos anuales percibidos por los adultos de su grupo familiar, excepto los que se excluyeron anteriormente (del Formulario de Impuestos Federales: línea 7b del Formulario 1040)

_____.

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;
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

