

Solicitud suplementaria del Programa de Primas para Personas de Bajos Ingresos



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

El Programa de Primas para Personas de Bajos Ingresos (Low Income Premium Program, LIPP) está diseñado para ayudar a personas que cumplen con los requisitos necesarios para continuar con la cobertura del Fondo Común, que les ofrece 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 poder acceder a 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. Si...

- usted está inscripto actualmente o presenta una solicitud y cumple con todos los requisitos de elegibilidad del Fondo Común y
- usted o alguien de su familia van a pagar su prima mensual y
- los ingresos totales de su grupo familiar son inferiores al monto mencionado en la tabla de abajo, usted podría cumplir con los requisitos necesarios para acceder a una prima reducida, y debería completar esta solicitud suplementaria.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud, llámenos al 1-844-728-7896, TTY 1-844-728-7897 o envíe un correo electrónico a info@nmmip.org.

Pautas de ingresos habilitantes vigentes desde el 7/1/16 hasta el 6/30/17

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 2016 75 % de reducción de la prima	200-299 % de las Pautas de Pobreza del HHS para el 2016 50 % de reducción de la prima	300-399 % de las Pautas de Pobreza del HHS para el 2016 25 % de reducción de la prima
1	\$0 - \$23,641	\$23,642 - \$35,521	\$35,522 - \$47,401
2	\$0 - \$31,880	\$31,881 - \$47,900	\$47,901 - \$63,920
3	\$0 - \$40,118	\$40,119 - \$60,278	\$60,279 - \$80,438
4	\$0 - \$48,357	\$48,358 - \$72,657	\$72,658 - \$96,957
5	\$0 - \$56,596	\$56,597 - \$85,036	\$85,037 - \$113,476
6	\$0 - \$64,834	\$64,835 - \$97,414	\$97,415 - \$129,994
7	\$0 - \$73,093	\$73,094 - \$109,823	\$109,824 - \$146,553
8	\$0 - \$81,371	\$81,372 - \$122,261	\$122,626 - \$163,151

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

Certificado 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 es 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

A 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

