

# Programa de primas para personas de bajos ingresos Solicitud 2026 No Medicare



El Programa de Prima para Bajos Ingresos (LIPP) está diseñado para ayudar a las personas que califican para la cobertura New Mexico Medical Insurance Pool (NMMIP) ofreciendo una prima reducida. Los ingresos no determinan la elegibilidad para el NMMIP. Si cumple con los requisitos de elegibilidad de LIPP, debe completar y enviar este formulario junto con una Solicitud de cobertura del NMMIP. **Si su prima la paga un tercero que no es un miembro de la familia, usted no es elegible para LIPP.** Para obtener ayuda, contáctenos al 1-866-306-1882 o envíe un correo electrónico a [NMMIP\\_Eligibility@90degreebenefits.com](mailto:NMMIP_Eligibility@90degreebenefits.com).

## Seleccione una de las siguientes opciones:

- ☐ Primera vez que solicito LIPP
- ☐ Recertificación anual requerida para LIPP (Los miembros que PRIMERO solicitan LIPP entre el 1 de octubre y el 1 de diciembre NO tienen que renovar su certificación hasta el otoño siguiente).

Para saber si cumple con los requisitos de elegibilidad para LIPP, busque el tamaño de su núcleo familiar y el monto de ingreso anual correspondiente en la siguiente tabla.

### Directrices de ingresos que califican vigentes del 01/ENE/2026 al 31/DIC/2026

| Tamaño del núcleo familiar | Entre el 0 y el 199 % de las pautas de pobreza del HHS de 2025<br>Reducción de prima del 75 % | Entre el 200 y el 299 % de las pautas de pobreza del HHS de 2025<br>Reducción de prima del 50 % | Entre el 300 y el 399 % de las pautas de pobreza del HHS de 2025<br>Reducción de prima del 25 % |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> \$0 - \$31,299                                                       | <input type="checkbox"/> \$31,300 - \$49,949                                                    | <input type="checkbox"/> \$49,950 - \$62,599                                                    |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> \$0 - \$42,299                                                       | <input type="checkbox"/> \$42,300 - \$63,449                                                    | <input type="checkbox"/> \$63,450 - \$84,599                                                    |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> \$0 - \$53,299                                                       | <input type="checkbox"/> \$53,300 - \$79,949                                                    | <input type="checkbox"/> \$79,950 - \$106,599                                                   |
| <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> \$0 - \$64,299                                                       | <input type="checkbox"/> \$64,300 - \$96,449                                                    | <input type="checkbox"/> \$96,450 - \$128,599                                                   |
| <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> \$0 - \$75,299                                                       | <input type="checkbox"/> \$75,300 - \$112,949                                                   | <input type="checkbox"/> \$112,950 - \$150,599                                                  |
| <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> \$0 - \$83,299                                                       | <input type="checkbox"/> \$83,300 - \$129,449                                                   | <input type="checkbox"/> \$129,450 - \$172,599                                                  |

## Información del solicitante

|                                 |                      |        |                                                     |                           |
|---------------------------------|----------------------|--------|-----------------------------------------------------|---------------------------|
| Apellido                        |                      | Nombre |                                                     | Inicial de segundo nombre |
| Dirección                       |                      | Ciudad | Estado<br>Nuevo México                              | Código postal             |
| Teléfono de casa                | Teléfono del trabajo |        | Teléfono celular o para mensajes                    |                           |
| Dirección de correo electrónico |                      |        | Identificación de miembro de NMMIP (si corresponde) |                           |

## Certificación de pago de prima

|                                                                                                    |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Certifico que yo o un miembro de mi familia pagaremos las primas de mi cobertura del NMMIP.        | Firma del solicitante |
| Si su prima la paga un tercero que no es un miembro de la familia, usted no es elegible para LIPP. |                       |

## Tamaño del núcleo familiar y verificación de ingresos

Para determinar si califica para una prima reducida, proporcione información sobre el tamaño de su hogar y el ingreso total combinado del último año de todas las personas mayores de 18 años de su hogar. Incluso si solo una persona está inscrita para la cobertura de NMMIP, usted aún debe proporcionar información sobre todo el hogar, ya que la elegibilidad para la reducción de la prima se basa en el tamaño total del hogar y los ingresos.

| Enumere todas las personas que viven en su núcleo familiar. Adjunte hojas adicionales, si es necesario. |                             |                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| Nombre                                                                                                  | Relación con el solicitante | Fecha de nacimiento |
|                                                                                                         |                             |                     |
|                                                                                                         |                             |                     |
|                                                                                                         |                             |                     |
|                                                                                                         |                             |                     |
|                                                                                                         |                             |                     |
|                                                                                                         |                             |                     |

Para el proceso de verificación, NMMIP utiliza el método de Ingreso Bruto Ajustado Modificado (MAGI) para determinar su elegibilidad para LIPP. MAGI es el ingreso bruto ajustado (AGI) más el ingreso extranjero excluido, los beneficios del Seguro Social no tributables y los intereses exentos de impuestos.

Complete la siguiente tabla incluyéndose usted y estos miembros de su núcleo familiar:

- Incluya a su cónyuge si está legalmente casado
- Si planea reclamar a alguien como dependiente fiscal para el año en que desea cobertura NMMIP, inclúyalo en su solicitud. (Si no declara a esa persona como dependiente fiscal, no la incluya.)
- Incluya a su cónyuge y a sus dependientes fiscales incluso si no necesitan cobertura de salud.

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

# Programa de primas para personas de bajos ingresos Solicitud 2026 No Medicare



|                                                                                                                                                              |                                                                  |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----|
| _____                                                                                                                                                        | Ingrese el monto de su formulario de impuestos 1040 más reciente | \$ |
| <u>Ingresos extranjeros excluidos</u><br>Ingresos obtenidos en el extranjero excluidos de la tributación de las personas físicas que viven en el extranjero. | Introduzca el importe, si corresponde                            | \$ |
| <u>Beneficios del Seguro Social no sujetos a impuestos</u><br>Beneficios del Seguro Social no incluidos en el ingreso bruto.                                 | Ingrese el monto de su formulario de impuestos 1040 más reciente | \$ |
| <u>Intereses exentos de impuestos</u><br>Ingresos por intereses que no están sujetos al impuesto sobre la renta federal.                                     | Ingrese el monto de su formulario de impuestos 1040 más reciente | \$ |
| <b>Agregue todos los montos en los cuadros de arriba al MAGI total</b>                                                                                       |                                                                  | \$ |

## Formulario de Impuesto Federal y Declaración Jurada A

Adjunte una copia de los formularios de Impuesto sobre la Renta Federal presentados el año anterior, incluido el formulario de certificación si se presentó electrónicamente, para cada miembro del núcleo familiar que tuvo ingresos (excepto como se excluye anteriormente) Y complete y firme la **Declaración jurada A**:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Con mi firma, juro o afirmo que el formulario de impuestos adjunto es un reflejo fiel de mis ingresos para el año calendario 20_ y es una copia correcta del formulario proporcionado al Servicio de Impuestos Internos (IRS). Certifico que las respuestas anteriores son verdaderas y precisas según mi leal saber y entender. También reconozco que el NMMIP puede verificar esta información con agencias estatales y otras fuentes. |                                                                                                                     |
| Nombre del solicitante en letra de imprenta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Firma del solicitante                                                                                               |
| Fecha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Firma de uno de los padres o tutor legal<br><i>Si el solicitante es menor de 18 años o legalmente incompetente.</i> |

# Programa de primas para personas de bajos ingresos Solicitud 2026 No Medicare



## Declaración jurada B sobre otras fuentes de ingresos

Si algún adulto en su núcleo familiar tuvo ingresos (excepto los excluidos anteriormente) y no estuvo obligado a presentar un formulario de Impuesto sobre la Renta Federal, este debe completar y firmar la **Declaración jurada de otra fuente de ingresos B** a continuación. Adjunte copias adicionales si es necesario.

|                                                                                                                                                                                                                                            |                      |                                  |                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| Mediante mi firma, juro o afirmo que no estoy obligado a presentar una declaración de impuesto sobre la renta federal para el año calendario 20_____, y que mis ingresos para ese año calendario fueron los que se indican a continuación. |                      |                                  |                                 |
| Descripción de la fuente de ingresos del núcleo familiar                                                                                                                                                                                   |                      |                                  | Monto de ingresos               |
|                                                                                                                                                                                                                                            |                      |                                  | \$                              |
|                                                                                                                                                                                                                                            |                      |                                  | \$                              |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                                                                                                               |                      |                                  | \$                              |
| Nombre en letra de imprenta                                                                                                                                                                                                                |                      | Firma                            | Fecha                           |
| Teléfono de casa                                                                                                                                                                                                                           | Teléfono del trabajo | Teléfono celular o para mensajes | Dirección de correo electrónico |

## Declaración jurada de cambio de ingresos C

Si su ingreso actual es diferente al de su declaración de impuestos más reciente, envíe una copia de su declaración de impuestos federales sobre la renta Y complete la **Declaración jurada de cambio de ingresos C** para que se considere su elegibilidad de acuerdo con su ingreso familiar actual.

|                                                                                                                              |                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Mediante mi firma, juro o afirmo que mis ingresos actuales para el año calendario 20__son los que se indican a continuación. |                                             |
| Motivo de la diferencia entre la declaración de impuestos más reciente y el ingreso familiar actual                          | Total actual de ingresos familiares anuales |
|                                                                                                                              | \$                                          |
| Nombre del solicitante en letra de imprenta                                                                                  | Firma del solicitante                       |

# Programa de primas para personas de bajos ingresos Solicitud 2026 No Medicare



ADVERTENCIA: CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS PRESENTE UN RECLAMO FALSO O FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO O QUE A SABIENDAS PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE ESTAR SUJETO A MULTAS CIVILES Y SANCIONES PENALES.

**De conformidad con NMAC 13.1.3.20, un consumidor o cliente puede revocar la autorización de divulgación de información personal no pública en cualquier momento, sujeto a los derechos de una persona que actuó confiando en la autorización antes de la notificación de la revocación.**

Envíe esta Solicitud LIPP completa y FIRMADA junto con la Solicitud de Cobertura, TODOS los documentos justificativos, primer pago de prima y/o Acuerdo para pagos preautorizados (formulario ACH) por correo postal, correo electrónico o fax. **Si paga la primera prima con cheque o giro postal, debe ENVIAR POR CORREO POSTAL la solicitud y todos los archivos adjuntos CON el pago.**

New Mexico Medical Insurance Pool (NMMIP)

**Correo postal:** PO Box 780548, San Antonio, TX

**78278 Correo electrónico:**

[NMMIP\\_Eligibility@90degreebenefits.com](mailto:NMMIP_Eligibility@90degreebenefits.com).

**Fax:** 210-239-8449