Programa de primas para personas de bajos ingresos

El Programa de Prima para Bajos Ingresos (LIPP) está diseñado para ayudar a las personas que califican para la cobertura del Fondo de Seguro Médico de Nuevo México (NMMIP) ofreciéndoles 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 de 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.

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 debe solicitar LIPP, busque el tamaño de su núcleo familiar y el monto de ingreso anual correspondiente en la siguiente tabla.

Pautas de ingresos que califican vigentes del 01/01/2027 al 31/12/2027

Tamaño del núcleo familiar	0-199 % del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS) de 2026 Pautas sobre pobreza Reducción de prima del 75 %	Entre el 200 y el 299 % de las pautas sobre pobreza del HHS de 2026 Reducción de prima del 50 %	Entre el 300 y el 399 % de las pautas sobre pobreza del HHS de 2026 Reducción de prima del 25 %
☐ **1**	☐ $0 - $31,919	☐ $31,920 - $47,879	☐ $47,880 - $63,839
☐ **2**	☐ $0 - $43,279	☐ $43,280 - $64,919	☐ $64,920 - $86,559
☐ **3**	☐ $0 - $54,639	☐ $54,640 - $81,959	☐ $81,960 - $109,279
☐ **4**	☐ $0 - $65,999	☐ $66,000 - $98,999	☐ $99,000 - $131,999
☐ **5**	☐ $0 - $77,359	☐ $77,360 - $116,039	☐ $116,040 - $154,719
☐ **6**	☐ $0 - $88,719	☐ $88,720 - $133,079	☐ $133,080 - $177,439

Información del solicitante

Apellido	Nombre	Inicial de segundo nombre

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
		Nuevo México	

Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Teléfono celular o para mensajes

Dirección de correo electrónico	Identificación de miembro de NMMIP (si corresponde)

Programa de primas para personas de bajos ingresos

New Mexico Medical Insurance Pool
"When no one else will help, we're there"

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 núcleo familiar y el ingreso combinado total del año pasado para todas las personas mayores de 18 años en su núcleo familiar. Incluso si solo una persona está inscrita para la cobertura de NMMIP, debe proporcionar información sobre todo el núcleo familiar, ya que la elegibilidad para la reducción de la prima se basa en el tamaño total del núcleo familiar 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 dependientes fiscales incluso si no necesitan cobertura de salud

Para obtener más información, visite www.healthcare.gov/income-and-household-information.

Ingreso Bruto Ajustado (AGI) Según lo define el IRS, el AGI es el ingreso bruto menos los ajustes al ingreso.	Ingrese el monto de su formulario de impuestos 1040 más reciente	$
Ingresos extranjeros excluidos Los ingresos obtenidos en el extranjero están excluidos del pago de impuestos para las personas que viven en el extranjero.	Introduzca el importe, si corresponde	$

Beneficios del Seguro Social no sujetos a impuestos Beneficios del Seguro Social no incluidos en el ingreso bruto.	Ingrese el monto de su formulario de impuestos 1040 más reciente	$
Intereses exentos de impuestos Ingresos por intereses que no están sujetos al impuesto sobre la renta federal.	Ingrese el monto de su formulario de impuestos 1040 más reciente	$
Agregue todos los montos en los cuadros de arriba al MAGI total		$

Formulario y declaración jurada de impuestos federales 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**:

Mediante mi firma, juro o afirmo que el formulario de impuestos adjunto es un fiel reflejo 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 *Si el solicitante es menor de 18 años o legalmente incompetente.*

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**
			$
			$
		TOTAL	$
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

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, el primer pago de la 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.
Fax: 210-239-8449