



- MP Empleador
- Trabajadores Independientes
- MP Directo

Acuerdo de Inscripción del MEMPHIS Plan

Este acuerdo es entre Church Health ("Oficina del MEMPHIS Plan") y _____ desde _____ ("Fecha del contrato").

El MEMPHIS Plan acuerda:

1. Aceptar afiliación a los participantes después de la presentación de las solicitudes completas. Todos los participantes deben cumplir con los criterios de elegibilidad que se indican a continuación.
2. Continuar la cobertura de los participantes que mantengan el cumplimiento de las reglas del MEMPHIS Plan y en donde los pagos se hayan sometido al MEMPHIS Plan. Terminación por incumplimiento de estas reglas están a la discreción del MEMPHIS Plan.

El Empleador se compromete a:

1. Ofrece el plan sólo a empleados elegibles, donde "elegible" significa que él / ella
 - a. No gana más que el ingreso familiar máximo del 200% (\$27,180 para 1 persona) del nivel de pobreza federal
 - b. Trabaja por lo menos 20 horas a la semana
 - c. El participante no debe estar inscrito en Medicaid u otro seguro privado
 - d. El empleador debe tener menos de 200 empleados elegibles y tener un domicilio físico en Tennessee

El participante Independiente o MP Directo (inscrito de forma independiente) acuerda:

- a. No ganar más que el ingreso familiar máximo del 200% (\$27,180 para 1 persona) del nivel de pobreza federal
- b. Trabajar por lo menos 20 horas a la semana y reside en Tennessee
- c. No estar inscrito en Medicaid u otro seguro privado
- d. Proporcionar una declaración de impuestos anual 1040; Trabajador independiente debe proporcionar el Anexo C junto con la declaración de impuestos 1040

2. Presentar cualquier cambio de cuenta o cobertura (terminaciones, inscripciones y correcciones de facturas) a la fecha de corte mensual (el último día hábil del mes) para que los cambios se reflejen en el siguiente período de facturación.

a. Las Solicitudes Completas recibidas en la Fecha de Corte Mensual darán como resultado la cobertura efectiva del primer día del segundo mes siguiente a la presentación de la solicitud.

3. Notificar a la oficina del MEMPHIS Plan de los participantes que ya no son elegibles para el plan.

Inelegibilidad puede resultar de la terminación del empleo, aumento del salario por hora sobre el máximo del plan, horas de trabajo por debajo de la cantidad mínima del plan requerida, embarazo o la obtención de otro plan de cobertura.

a. Las terminaciones deben ser presentadas a la oficina del MEMPHIS Plan usando el formulario suministrado en el paquete de bienvenida. Las terminaciones entrarán en vigor el primer día del mes después de que el formulario haya sido recibido por la oficina del MEMPHIS Plan.

4. Como empleador contribuye al menos \$10 de la cuota mensual por cada empleado y recolecta cualquier cantidad restante del participante.

5. Remitir el 100% de las cuotas mensuales de suscripción a la Oficina de Remesas del MEMPHIS Plan a más tardar diez días después de la fecha de facturación.

6. Trabajadores independientes y MP Directos inscritos deben firmar un Acuerdo de Autorización para la Pre-autorización de Pagos de cuotas mensuales.

7. Los empleadores deben notificar a la oficina del MEMPHIS Plan si el número de empleados elegibles (como se explica en el párrafo número 1 mencionado anteriormente y acordado por el empleador) excede a 200, momento en el cual el empleador ya no es elegible para ofrecer el MEMPHIS Plan a los empleados.

Duración del Acuerdo:

Este acuerdo permanecerá en efecto continuo desde la Fecha del Contrato hasta que sea cancelado por:

1. El Empleador, el Trabajador Independiente o el Participante Directo de MP, dando aviso por escrito por lo menos con 30 días a MEMPHIS Plan,
2. Church Health dando aviso por escrito por lo menos con 30 días al Empleador / Trabajador Independiente / MP Directo, o
3. Church Health por falta de pago de cuotas mensuales.

Sólo para la Certificación de Empleadores

Número Total de Empleados Elegibles para

Número Total de Empleados: _____

MEMPHIS Plan _____

Estoy de acuerdo con las condiciones establecidas y certifico que esta información es correcta a lo mejor de mi conocimiento y que nadie es inscrito que no sea elegible como se describe en este Acuerdo de Inscripción. Certifico que cada participante elegible ha sido contactado y se le ha ofrecido la oportunidad de inscribirse.

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor escriba en imprenta:

Nombre de Empleador/TI/MP Directo: _____ DBA: _____

Domicilio Físico _____

Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección de Correo: _____

Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: (____) _____ Fax: (____) _____

Nombre de contacto _____ Correo electrónico _____

¿Cómo se enteró del MEMPHIS Plan? _____

Únicamente para el uso de la oficina de MEMPHIS Plan:

Firma del Personal de MEMPHIS Plan: _____ Fecha: _____

SIC: _____ ACH _____ # de Localidades _____ Fecha Efectiva del Empleado: _____

de Participantes Inscritos _____ # de Dependientes Inscritos _____