



Solicitud de Inscripción de MEMPHIS PLAN

Información SOLO del PARTICIPANTE

Empleador/Trabajador Independiente/MP Directo: _____
 (Circule uno)
 Su Nombre: _____ Sexo: Masculino ___ Femenino ___
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Domicilio Residencia: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

No. de Seguro Social (SSN): _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Mes Día Año

Teléfono Residencia: (____) _____
 Teléfono Celular: (____) _____

Sí ___ No ___ ¿Tiene un seguro médico a terceros?
 Sí ___ No ___ ¿Está en tratamiento o en un tratamiento recomendado por un médico o dentista
 para cualquier enfermedad o condición dental?
 En caso afirmativo, explique _____

Sí ___ No ___ ¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes condiciones?
 (Marque las que correspondan) Esclerosis Múltiple Lupus Sistémico VIH / SIDA
 Hepatitis C ALS (Enfermedad de Lou Gehrig) Cáncer

Otros (explique) _____

¿Cuál es el ingreso anual de su hogar? _____
 ¿Cuál es el tamaño de su familia que está incluido en su declaración de impuestos? _____

Acuerdo de Inscripción del Participante

Yo (Participante Inscrito) estoy de acuerdo que:

1. Toda la información de esta solicitud es verdadera a mi leal saber y entender,
2. Actualmente no tengo seguro y no tengo acceso a una cobertura de atención médica asequible.
3. He recibido una copia de la información de inscripción del plan MEMPHIS y comprendo los servicios cubiertos y no cubiertos, y
4. Cumpliré con las reglas del plan, como se indica en el folleto de Información de Inscripción.

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

Empleador/Trabajador Independiente/MP Directo Verificación de Elegibilidad

Certifico que este participante es elegible para el Plan MEMPHIS, se le han explicado los beneficios.

Este participante gana menos de \$27,180 dólares brutos al año. ___ SI ___ NO
 (Si el participante gana más de \$27,180, debe presentar una declaración de impuestos con la solicitud para determinar la elegibilidad).

Firma del Empleador/Contacto: _____ Teléfono: _____ Fecha: _____

Sólo para Uso de la Oficina:

Aceptado por: _____ Fecha: _____ Ubicación _____
 Fecha Vigencia de Cobertura: _____ BCC _____ PCP _____
 Hosp _____