



Comenzando con el MEMPHIS Plan (copia para el Empleador/Participante)

Saludos participantes y empleadores del MEMPHIS Plan, por favor lea la información a continuación y firme para ceder su reconocimiento. Llámenos o envíenos un correo electrónico inmediatamente si llegase a tener cualquier pregunta. Gracias.

1. **POR FAVOR sea RESPETUOSO y CORTÉZ en toda interacción con voluntarios y miembros del personal que estén proporcionando servicios para MEMPHIS Plan. POR FAVOR LLEGUE A TIEMPO a todas sus citas.** Los servicios médicos que está por recibir son donados por generosos y humanitarios profesionales de la salud quienes ofrecen su tiempo voluntariamente para servirle a nuestra comunidad. **Comportamiento inapropiado, perturbador, ausencias, o retrasos en sus citas puede dar como resultado la cancelación de su plan.**
2. El MEMPHIS Plan **NO ES UN SEGURO MÉDICO.** Es un ministerio de salud perteneciente a Church Health, el cual **está conformado por médicos voluntarios comprometidos a donar sus servicios médicos.** Todo servicio ha de ser donado de antemano antes de ofrecerse por medio del MEMPHIS Plan. De no ser capaz de obtener un servicio donado, no se podrá ofrecer ese servicio. Este requisito es parte del Acta de 1991 del MEMPHIS Plan, establecido por el estado de Tennessee, y no tenemos la autoridad de cambiar, añadir u obtener facturas donadas por servicios más allá de lo que se está donando en la actualidad.
3. Comprendo todos los requisitos de inscripción, beneficios y limitaciones (servicios no cubiertos). He leído el **Folleto de Información de Inscripción** y reconozco la lista de servicios disponibles cubiertos y no cubiertos.
4. Comprendo que puedo **recibir** cargos por parte del MEMPHIS Plan tanto participantes/pacientes si algún servicio no es donado en su totalidad por el médico o entidad del MEMPHIS Plan.
5. **A los participantes se le asignará un médico de cabecera.** Debido a que los doctores donan sus servicios y están limitados en la cantidad de participantes que pueden atender, los participantes no podrán elegir a su médico. Cada clínica tiene su respectivo proceso para convertirse en paciente establecido. Entiendo que es mi responsabilidad identificar y acatar cada proceso para establecer mi cuidado médico en la clínica en donde se me asignó mi médico de cabecera.
6. **Los participantes serán asignados a un solo hospital en Memphis bajo el cual estarán cubiertos,** ya sea UNICAMENTE Methodist University o Baptist Memorial (enlistado en su tarjeta de identificación del MEMPHIS Plan). **(Methodist LeBonheur únicamente para jóvenes de 16 años o menos).**
7. **Los participantes serán responsables de conocer a cuál hospital están asignados, y serán responsables al 100% por cargos realizados al ser admitidos en cualquier otro hospital fuera del que se le asignó.**
8. **Las clínicas de Church Health, tanto la clínica ambulatoria, la clínica de salud mental, odontología, y optometría, NO son parte del MEMPHIS Plan.** Los participantes pueden acceder estos servicios por medio de la clínica Church Health; sin embargo, deberán de corroborar sus ingresos y realizar **pagos por separado por los servicios.**
9. La cobertura del empleado culmina cuando concluya su empleo. **Es efectivo hasta el último día del mes de cuando el aviso de la conclusión de empleo llegue a las oficinas del MEMPHIS Plan, no en la fecha en la que concluyó el empleo. Toda conclusión de empleo debe ser enviada por fax o correo electrónico.**
10. **Es la responsabilidad del EMPLEADOR de pagar la factura en su totalidad** y de recolectar la porción de la tarifa mensual del empleado.

Leí y cumpliré la información y las instrucciones mencionadas anteriormente.

**Firma/Fecha del Participante
(o del Empleado)**

*Participant Signature/ Date
(or Employee)*

Firma del Empleador/Participante/Fecha
Employer/Participant Signature/ Date

Nombre de la Compañía
Company Name

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? _____

Por favor, verifique que el solicitante cumpla con estas cualidades. Los solicitantes elegibles deben:

- Trabajar al menos 20 horas por semana
- Tener un ingreso de 200% del nivel federal de pobreza o menos, en base al tamaño de los ingresos y de la familia (vea el diagrama abajo)

Estándar del Nivel de Pobreza Federal

En base al nivel de pobreza federal del 2026

Nivel Federal de la Pobreza 2026 - Ingreso Anual	Número de Personas en la Familia
\$31,920*	1
\$43,280*	2
\$54,640*	3
\$66,000*	4

Yo, _____, al firmar aquí testifico que esta información es
(por favor, escriba su nombre)

verdadera, correcta, y completa según mi mejor conocimiento al ____/____/____.

Sólo para Uso de la Oficina:

Aceptado por: _____ Fecha: _____

Ubicación _____ Fecha Vigencia de Cobertura: _____