



The MEMPHIS Plan
Healthcare Advisory Team
1350 Concourse Ave, Ste. 142
Phone 901-272-7526
MP Fax 901-278-6622
ChurchHealth.org/Memphis-Plan/

Declaración Anual de Elegibilidad de Empleados

de Grupo: _____

Nombre de Cuenta: _____

Fecha: _____

Completado por: _____
(MEMPHIS Plan Representante)

Estimado empleador del MEMPHIS Plan,

El MEMPHIS Plan ofrece servicios esenciales a empleados con acceso limitado a los cuidados de salud, posible gracias a la generosidad de nuestra comunidad de profesionales médicos. Para simplificar la verificación anual de elegibilidad, el MEMPHIS Plan le solicita a cada empleador participante que complete esta declaración anual.

Requisitos de Elegibilidad Para Empleados

- Trabajar por lo menos 20 horas por semana; y
- Tener ingresos de la familia iguales a o menores que el 200% del Nivel Federal de la Pobreza, basados en ingresos y número de personas en la familia.

2026 Pautas Federales de la Pobreza (200% FPL)

Número de Personas en la Familia	Máximo de Ingresos Anuales de Todos en la casa
1	\$31,920
2	\$43,280
3	\$54,640
4	\$66,000

Declaración Anual Para Empleadores

Yo certifico que, por parte de la cuenta del empleador identificada arriba, yo aseguraré que cada empleado actualmente ingresado o ingresando en el MEMPHIS Plan cumpla con los requisitos de elegibilidad escritos arriba. Yo entiendo que la elegibilidad debe ser verificada para ingresos actuales y futuros y que yo llevo la responsabilidad de notificarle al MEMPHIS Plan si un empleado ingresado todavía no cumple con los requisitos de la elegibilidad. Yo certifico que la información proveída en esta declaración es correcta al mejor de mi saber y entender.

Nombre de Representativo del Empleador: _____

Firma: _____

Título: _____

Fecha: _____ Teléfono: (_____) _____

Favor de entregar la declaración completada a memphisplan@churchhealth.org

Fecha límite de entrega: November 15, 2026