

PLAN DE PENSIONES MINISTERIAL, INC.
Del Cuerpo Ministerial de la Iglesia de Dios Pentecostal, M.I.
PO Box 21065, San Juan, Puerto Rico 00928-0352
Tel. (787)763-6363, (787)999-0340 / Fax (787)999-0352

Requisitos para Participar en el Fondo de Incapacidad

- Cumplimentar una Solicitud de Ingreso provista por el Fondo de Incapacidad.
- Certificación del Secretario Regional acreditativa de que el Solicitante es un miembro del Cuerpo Ministerial, funcionario administrativo de la Iglesia.
- Ser miembro del Cuerpo Ministerial, funcionario administrativo de la Iglesia de Dios Pentecostal, Movimiento Internacional por un término de un (1) año.
- Certificación médica a la fecha de ingreso.
- Certificar por escrito que no tiene ni está en trámite de solicitar alguna pensión de Incapacidad temporera o permanente.
- La Junta evaluará y adjudicará sobre la aceptación o rechazo del solicitante.
- Una (1) foto 2 x 2

PLAN DE PENSIONES MINISTERIAL, INC.
Del Cuerpo Ministerial de la Iglesia de Dios Pentecostal, M.I.
PO Box 21065, San Juan, Puerto Rico 00928-0352
Tel. (787)763-6363, (787)999-0340 / Fax (787)999-0352

SOLICITUD DE INGRESO - FONDO INCAPACIDAD

NOMBRE: _____ SEG. SOC. _____

DIRECCION RESIDENCIAL: _____ ZIP CODE: _____

DIRECCION POSTAL: _____ ZIP CODE _____

FECHA NAC.: _____ LUGAR NAC.: _____

ESTADO CIVIL: _____ CIUDADANIA: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ OCUPACION: _____

ADEMAS DE MINISTRO, ¿CON QUIEN TRABAJA? _____

SALARIO ANUAL: _____ SEGURO VIDA POR: _____

COMPAÑIA: _____ FECHA DE LA POLIZA: _____

¿TIENE POLIZA POR INCAPACIDAD? SI _____ NO _____ COMPAÑIA: _____

¿LE HAN NEGADO ALGUNA POLIZA POR INCAPACIDAD? SI _____ NO _____ ¿POR QUE? _____

¿TIENE ALGUNA RECLAMACION POR INCAPACIDAD? SI _____ NO _____ ¿POR QUE MOTIVO? _____

¿ESTA RECIBIENDO BENEFICIOS DE INCAPACIDAD? SI _____ NO _____ ¿POR QUE MOTIVO? _____

NOMBRE DE SU MEDICO PERSONAL: _____

DIAGNOSTICO EN SU ULTIMA VISITA: _____

RAZON PARA SUS VISITAS POR LOS ULTIMOS DOS AÑOS? _____

HA PADECIDO O LO HAN TRATADO MEDICAMENTE DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

- | | |
|--------------------------------------------------------|-------------------|
| A. PROBLEMAS EN LOS OJOS, OIDOS, NARIZ O GARGANTA | SI _____ NO _____ |
| B. MAREOS, CONVULSIONES, PARALISIS, ATAQUES CARDIACOS | SI _____ NO _____ |
| C. PROBLEMAS MENTALES O DE NERVIOS | SI _____ NO _____ |
| D. ASMA O PROBLEMAS RESPIRATORIOS | SI _____ NO _____ |
| E. INFECCIONES SEVERAS, FIEBRE REUMATICA, ALTA PRESION | |
| FLEBITIS, VENAS VARICOSAS, OTROS PROBLEMAS SANGUINEOS | SI _____ NO _____ |
| F. DIABETES, TIROIDES, PROBLEMAS DE LAS GLANDULAS | SI _____ NO _____ |
| G. ALGUNA DEFORMACION FISICA, AMPUTACION | SI _____ NO _____ |
| H. PROBLEMAS EN LA PIEL, TUMORES O CANCER | SI _____ NO _____ |
| I. ALERGIAS, ANEMIAS | SI _____ NO _____ |
| J. ESTA ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO MEDICO | SI _____ NO _____ |
| K. ALGUNA CIRUGIA EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS | SI _____ NO _____ |
| L. LE HAN INFORMADO QUE TIENE QUE OPERARSE O SOMETERSE | |
| A ALGUN TRATAMIENTO PROXIMAMENTE | SI _____ NO _____ |

M. HA TENIDO ALGUN CAMBIO EN PESO ULTIMAMENTE SI___ NO___
SI CONTESTO SI ----- CUANTO AUMENTO _____LBS.
CUANTO DISMINUYO _____LBS.
SU ACTUAL ALTURA:_____ PESO:_____

N. SUS PADRES O HERMANOS HAN SUFRIDO DE DIABETES, CANCER O
DEL CORAZON SI___ NO___

EXPLIQUE LAS CONTESTACIONES POSITIVAS (SI). DIGA EL DIAGNOSTICO, LA FECHA O TIEMPO QUE DURO LA ENFERMEDAD, NOMBRE Y DIRECCION DEL MEDICO.

YO, _____ DECLARO QUE A MI MEJOR ENTENDER Y CONOCIMIENTO, MIS CONTESTACIONES A LAS PREGUNTAS EN ESTA SOLICITUD SON CIERTAS, COMPLETAS Y ESTAN CORRECTAMENTE REGISTRADAS. AUTORIZO HASTA DONDE SEA PERMITIDO POR LEY QUE CUALQUIER MEDICO U HOSPITAL QUE ME HAYA TRATADO O TENGA INFORMACION MEDICA SOBRE MI PERSONA SUPLA LA MISMA AL FONDO DE INCAPACIDAD DEL PLAN DE PENSIONES MINISTERIAL, INC.. O A SU REPRESENTANTE EN CASO DE SER NECESARIO, RELEVO A LOS MEDICOS DE SU RESPONSABILIDAD EN MANTENER LA PRIVACIDAD DE RECORDS HASTA DONDE LA LEY ASI LO PERMITA.

FIRMADO HOY ___ DE _____ DE 20 ____, EN _____, PUERTO RICO.

FIRMA DEL SOLICITANTE

.....
DECISION TOMADA POR LA JUNTA

_____ APROBADA

_____ DENEGADA

FECHA

OFICIAL DEL FONDO