

Existen Diversas Formas En Las Que Una Persona Puede Aplicar Para El Programa De Medi-Share:

- Sitio web de Medi-share (autoguiado).
- Por teléfono con un Representante de Desarrollo (DEV, por sus siglas en inglés).

Para Aplicar A Través Del Sitio Web:

- Los aplicantes deberán visitar MyChristianCare.org/medi-share
- Hacer clic en “**aplicar ahora**”.

- **Completar El “Paso 1: Formulario De Aspectos Básicos”.**
- El aplicante deberá introducir información como su nombre y apellido, fecha de nacimiento, estado civil, contacto principal (cabeza del hogar), y cómo descubrió Medi-Share.

MEDI-SHARE ONLINE APPLICATION

Step 1: Basics Step 2: About Applicants Step 3: Application Fee

Primary Contact Information

Please enter the information for the person you would like to designate as the primary contact for your household.

* FIRST NAME:	* LAST NAME:
<input type="text" value="First Name"/>	<input type="text" value="Last Name"/>
* BIRTHDATE:	* MARITAL STATUS:
<input type="text" value="MM/DD/YYYY"/>	<input type="text" value="--Select--"/>

If you are applying for a child(ren) only membership, please call (800) 772-5623 for assistance with completing your application.

APLICACIÓN EN LÍNEA A MEDI-SHARE

Paso 1: Aspectos Básicos

Paso 2: Sobre Los Aplicantes

Paso 3: Tasa De Aplicación

Información Del Contacto Principal

Por favor, ingrese la información de la persona que quisiera designar como el contacto principal del hogar.

NOMBRE:

APELLIDO:

FECHA DE NACIMIENTO: MM/DD/AAA

ESTADO CIVIL: Seleccionar

Si está aplicando para una membresía solamente para niños, por favor llame al (800) 772-5623 para obtener asistencia al completar su aplicación.

- **Completar El “Paso 2: Formulario Sobre Los Aplicantes”.**
- El aplicante deberá indicar la cantidad de aplicantes, su Porción Anual por Hogar y la información del contacto principal (cabeza del hogar).

Step 1: Basics **Step 2: About Applicants** Step 3: Application Fee

NUMBER OF APPLICANTS:
1

* PICK YOUR PORTION:

ANNUAL HOUSEHOLD PORTION	STANDARD MONTHLY SHARE	*HEALTHY MONTHLY SHARE
<input type="checkbox"/> \$1,000	\$172.00	\$160.00
<input type="checkbox"/> \$1,750	\$172.00	\$158.00
<input type="checkbox"/> \$3,000	\$129.00	\$118.00
<input type="checkbox"/> \$4,250	\$102.00	\$95.00

Paso 1: Aspectos Básicos

Paso 2: Sobre Los Aplicantes

Paso 3: Tasa De Aplicación

CANTIDAD DE APLICANTES: 1

* SELECCIONE SU PORCIÓN:

PORCIÓN ANUAL POR HOGAR
CUOTA MENSUAL ESTÁNDAR
CUOTA MENSUAL SALUDABLE

APPLICANT 1: PRIMARY CONTACT

NAME: Jane Doe
BIRTHDATE: 10/10/1998

* SOCIAL SECURITY NUMBER: XXX-XX-XXXX * GENDER: --Select--

SHOW SSN

* I have read the Medi-Share Guidelines (If you have not read the Guidelines you must read them [online](#) or call [800-772-5623](tel:800-772-5623) to receive a copy by mail).

* I understand that Medi-Share is not insurance.

CANCEL NEXT

Paso 1: Aspectos Básicos

Paso 2: Sobre Los Aplicantes

Paso 3: Tasa De Aplicación

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL:

GÉNERO: *Seleccionar*

MOSTRAR NSS

He leído las Directrices de Medi-Share (si no ha leído las directrices, debe leerlas en línea o llamar al 800-772-5623 para recibir una copia por correo).

Comprendo que Medi-Share no es un seguro.

CANCELAR
SIGUIENTE

- Completar el “Paso 3: formulario de tasa de aplicación”.
- El aplicante pagará la tasa de aplicación de \$50.00 en línea.

APPLICATION FEE

Step 1: Basics Step 2: About Applicants **Step 3: Application Fee**

APPLICATION CHARGE: \$50.00

To complete your application, please enter payment information for the \$50 application fee.

PAYMENT INFORMATION

* CARD NUMBER:

* EXPIRATION DATE:

Month Year

* CVV/CID: [WHAT'S THIS?](#)

TASA DE APLICACIÓN

Paso 1: Aspectos Básicos

Paso 2: Sobre Los Aplicantes

Paso 3: Tasa De Aplicación

CARGO DE APLICACIÓN: \$50

Para completar la aplicación, por favor ingrese la información de pago para la tasa de aplicación de \$50.

INFORMACIÓN DE PAGO

NÚMERO DE TARJETA:

FECHA DE VENCIMIENTO:

MES AÑO

CVV/CID: ¿QUÉ ES ESTO?

CVV/CID:

CARDHOLDER INFORMATION

* FIRST NAME:

* LAST NAME:

* PHONE:

* EMAIL:

TERMS & CONDITIONS

Terms & Conditions: I authorize Christian Care Ministry, Inc. (CCM) to charge my credit/debit card for this one-time payment of my application fee. If CCM is unable to secure funds from my credit/debit card for this transaction for any reason, including but not limited to, insufficient funds in my credit/debit card account or insufficient or inaccurate information provided by me, actions may be undertaken by CCM including the charging of a Non-sufficient Funds fee (NSF), and I understand that I will be solely responsible for any fees that my financial institution may assess.

INFORMACIÓN DEL TITULAR:

NOMBRE:

APELLIDO:

TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

TÉRMINOS Y CONDICIONES

Términos y condiciones: autorizo a Christian Care Ministry, Inc. (CCM) a hacer un cargo en mi tarjeta de crédito/débito por este pago único de mi tasa de aplicación. Si CCM no puede asegurar los fondos de mi tarjeta de crédito/débito para esta transacción por cualquier razón, incluyendo, aunque sin limitarse solo a ello, fondos insuficientes en mi tarjeta o cuenta de crédito/débito o información insuficiente o imprecisa ofrecida por mí, CCM puede proceder con acciones que incluyen cobrar una tasa de fondos insuficientes (NSF, por sus siglas en inglés) y comprendo que seré el único responsable por las tasas que mi institución financiera decida cobrar.