

**MINISTERIO DE AYUDA MUTUA PARA ENTERRAMIENTO**

P.O. Box 677606 Orlando, FL 32867-7606 • Tel. (407) 673-7263 • Fax: (407) 703-8746 • Email: ame.fl@ame-us.org

**SOLICITUD DE BAJA**

Soy: El Pastor/Pastor Laico de la iglesia  Coordinador  Miembro Sostenedor

POR ESTE MEDIO YO, \_\_\_\_\_

MIEMBRO SOSTENEDOR DE LA IGLESIA DE \_\_\_\_\_

MI NUMERO DE MIEMBRO ES \_\_\_\_\_

Correo Electrónico (e-mail) \_\_\_\_\_

SOLICITO AL MINISTERIO DE AYUDA MUTUA PARA ENTERRAMIENTO, INC. LA BAJA PARA:

- a) Mis Dependientes y Yo \_\_\_\_ (Si marca esta casilla entregue al Coordinador su paquete de membresía)
- b) Solo mis dependientes abajo mencionados \_\_\_\_\_

NOMBRE DE MIS DEPENDIENTES

FECHA DE NACIMIENTO

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**YO ENTIENDO Y ACEPTO QUE:**

- El paquete de membresía es pertenencia del Ministerio de Ayuda Mutua para Enterramiento, Inc. Y por esta razón le estoy devolviendo junto a este documento si me doy de baja junto a mis miembros dependientes.
- Entiendo que el dinero contribuido no me será reembolsado puesto que ha sido utilizado para ayudar al enterramiento de los ya fallecidos.

POR FAVOR, EXPLIQUENOS BREVEMENTE LAS RAZONES PARA DARSE DE BAJA.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**NOTA:**

De acuerdo con el Artículo IV, Sección 4b de los reglamentos, todo miembro que no esté al día con sus cuotas al momento de darse de baja no podrá volver a pertenecer al Ministerio a menos que cubra el balance que dejo pendiente y cumpla con los requisitos de readmisión. (Ver parte de Atrás de este documento).

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Día) (Mes) (Año)

\_\_\_\_\_  
Firma del Delegado Local

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Día) (Mes) (Año)

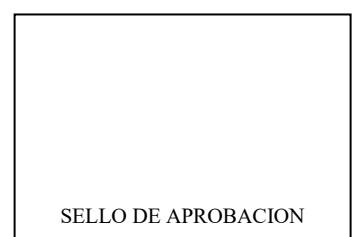
**PARA USO OFICIAL SOLAMENTE**

Aprobada por la Directiva del Ministerio de Ayuda Mutua para Enterramiento, Inc. en:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Día) (Mes) (Año)

\_\_\_\_\_  
Director Administrativo

\_\_\_\_\_  
Representante de Finanzas



## MINISTERIO DE AYUDA MUTUA PARA ENTERRAMIENTO

P.O. Box 677606 Orlando, FL 32867-7606 • Tel. (407) 673-7263 • Fax: (407) 703-8746 • Email: ame.fl@ame-us.org

### REQUISITOS PARA RE-ADMISION

A continuación, detallamos los criterios actuales considerados por la Junta Directiva al evaluar una persona para ser re-admitida como miembro del Ministerio de Ayuda Mutua para Enterramiento, Inc.

- a) Debe ser no mayor de 60 años.
- b) Buena Salud física y mental. (Verificable)
- c) No poseer historial de enfermedades tales como Diabetes en su etapa madura, Derrame Cerebral, SIDA en su etapa terminal, Condiciones Cardiacas, Enfermedades Pulmonares, Cáncer u otras condiciones terminales pronosticadas por un profesional de la salud.
- d) No debe residir en un asilo para personas mayores (ancianos) u hospicios, bien sean públicos o privados.
- e) La persona estará en un periodo de espera de (6) meses antes de recibir los beneficios por Funeral y un (1) año antes de recibir los beneficios de Cementerio. (Será Re-Admitido bajo la clasificación B).
- f) Si después de la persona haber sido aceptada, falleciera de algunas de las condiciones arriba mencionadas antes de cumplir su primer año como miembro y se comprueba que existía un historial médico previo a la fecha de aceptación, la persona no recibirá los beneficios.
- g) Si la persona recibe los beneficios y luego se comprueba que la información dada en a solicitud era falsa, la familia será responsable de devolver al Ministerio de Ayuda Mutua para Enterramiento, Inc., en un periodo no mayor de 6 meses, la cantidad total del costo de los beneficios obtenidos.