



FORMA DE INSCRIPCIÓN PLAN DE BENEFICIO DE CONMUTACIÓN

245 Kenneth Drive
Rochester NY 14623-4277
Teléfono: (800) 473-9595
www.BenefitResource.com

(POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE)

COMPAÑÍA:

FECHA VIGENTE DE INSCRIPCIÓN: / /

A. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Número de Membresía:

Nombre del Empleado: (Apellido) (Nombre) (Inicial)

Dirección: (Calle) (# Apt)

(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono: Fecha De Nacimiento: / /

Fecha de Empleo: / / Estatus del empleado (Marque una): Tiempo Completo Medio Tiempo

Correo Electrónico: _____

(Nota: Benefit Resource utilizara este correo electrónico para comunicarse con usted acerca de su plan)

B. CUENTAS DEL PLAN DE BENEFICIO DE CONMUTACIÓN (CBP)

Por favor introduzca su elección(es) CBP: Tipo de Cuenta Elección Mensual

Estacionamiento \$ _____

Transportación Masiva \$ _____

C. CERTIFICACIÓN DEL EMPLEADO *Devuelva la forma firmada a su compañía*

- Yo he recibido y leído el material impreso adjunto con mi Plan de Beneficio de Conmutación y mis opciones bajo este. Tengo por entendido que cualquier gasto pagado bajo este Plan deben ser gastos elegibles gobernados por las regulaciones del IRS y no deben ser reembolsados de alguna otra fuente. También comprendo que firmando y sometiendo esta inscripción, hago una elección que permanecerá en vigor hasta que una forma de cambio sea sometida durante la inscripción abierta o cuando un cambio permisible haya ocurrido. Cualquier elección(es) arriba puede ser modificada sólo como se define en el Plan.
- Autorizo la cantidad(es) arriba para ser deducida de nómina como se indica y también autorizo cualquier avance de deducción de salario necesario (como se describe en este punto).
- Autorizo la emisión de la Tarjeta Prepagada Mastercard® (“Tarjeta”). Acuerdo usar esta Tarjeta sólo para gastos elegibles bajo el Plan y estar sujeto al Acuerdo del Usuario enviado con mi Tarjeta. Además, entiendo que si mi Tarjeta es usada para otros gastos aparte de los definidos en el Plan o si violo los términos del Acuerdo del Usuario, mi cuenta puede ser suspendida y reembolsar al Plan los gastos. También acuerdo tener cualquier gasto no aprobado y/o donde aplica el reemplazo de la Tarjeta deducido del siguiente pago después de impuestos como un avance de sueldo.
- También entiendo que la ley Federal requiere que todas las instituciones financieras obtengan, verifiquen y registren información que identifica a cada persona con una cuenta. También entiendo que puedo estar obligado a proveer información que me identifique (por ejemplo número de Seguro Social, dirección y fecha de nacimiento) al hacer averiguaciones acerca de mi Tarjeta. Tengo por entendido que cualquier información personal obtenida no será compartida con nadie, incluyendo terceras partes no afiliadas, excepto lo permitido por ley.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

D. INFORMACIÓN DE DEDUCCIÓN DE NÓMINA *La compañía debe completar esta sección para que el empleado sea registrado.*

• Ciclo de deducción: mensual quincenal bisemanal (2 al mes) semanal (4 al mes)

• Fecha de la primera deducción(es) CBP: ____/____/____ • Mes en que la Tarjeta será emitida: _____

Si algo en este documento conflige con la versión en Inglés, la interpretación de la versión en Inglés prevalece.

Su Tarjeta Prepagada Beniversal Mastercard es emitida por el banco The Bancorp Bank en conformidad a la licencia de Mastercard International Incorporated. Mastercard es una marca comercial registrada de Mastercard International Incorporated. The Bancorp Bank es miembro del FDIC.