



Declaracion de Gastos

CUIDADO DE DEPENDIENTE

Someta esta forma junto con la forma de reclamo completada a Benefit Resource, LLC.

Nombre del Empleado

Fecha (MM/DD/YYYY)

Los servicios de cuidado de dependientes fueron provistos a *(Nombre del/de las dependiente(s))*:

por *(nombre de persona/compañía proveen cuidado)*:

los servicios fueron provistos en las fechas: / / a / /

El costo del servicio: \$

Nombre de la Persona que Brinda el Cuidado

Firma de la Persona que Brinda el Cuidado