



# 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 *(name of dependent(s))*:

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

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

El costo del servicio: \$

Nombre del Representante del Proveedor

Firma del Representante del Proveedor