



Formulario de Inscripción/Cambio

CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLE (FSA)

Compañía

Fecha Vigente de Inscripción (MM/DD/YYYY)

Nombre del Empleado - Primer Nombre, Las Iniciales, Apellido

Fecha de Empleo (MM/DD/YYYY)

Número de Membresía*

**Elección de su empleador.
A menudo su número de empleado o NSS.*

Fecha De Nacimiento (MM/DD/YYYY)

Calle o Apartado Postal

Correo Electronico

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de Teléfono

Estatus del Empleado:

Tiempo
Completo

Medio
Tiempo

FAVOR INGRESAR SU ELECCIÓN(S) FSA:

Deducción por Paga Elección Anual

FSA Medica

Nota: Si usted o su cónyuge tienen una Cuenta de Ahorro de Salud (HSA), contribuciones no pueden ser hechas a una HSA mientras tenga cobertura bajo una FSA Médica.

FSA Medica Limitada (reembolsa gastos dentales, visión y/o post-deducibles según lo permitido por su plan)

Nota: No se puede elegir esta cuenta si usted elige una FSA Médica. Puede elegir esta cuenta si usted está cubierto por una HSA. Con el fin de seguir con precisión los gastos elegibles, aplicarlos al deducible correcto y garantizar el reembolso de los gastos elegibles después de deducibles, usted debe indicar el nivel de cobertura que tiene bajo su seguro de salud.

Individual

Familia

FSA de Cuidado de Dependiente

Esta es una:

Nueva inscripción

Cambio en la inscripción anterior

SI SE TRATA DE UN CAMBIO EN LA INSCRIPCIÓN, seleccione el evento que provocó este cambio:

NOTA: Una elección sólo puede cambiarse si el cambio en el estatus afecta la elegibilidad de cobertura. Cualquier cambio en la elección debe ser consistente con el cambio de estatus y el cambio de elegibilidad.

La terminación de empleo del participante.

Cambio en el estatus de empleo del conyugue o dependiente (incluyendo terminación o comienzo de empleo).

Cambio en el estado civil del empleado (incluyendo matrimonio, divorcio, muerte, separación legal, anulación).

Cambio en número de dependientes tributarios (incluyendo nacimiento, adopción, dar en adopción, muerte).

Cambio en el plan de trabajo (reducción o incremento en las horas del empleado, conyugue o dependiente, incluyendo un cambio en tiempo completo y medio tiempo, una huelga o paro, y comienzo de o regreso de un permiso de ausencia no pagado).

Cambio de residencia o lugar de trabajo (empleado, conyugue, o dependiente).

El dependiente satisface o deja de satisfacer los requisitos de elegibilidad de dependientes (cumple mayoría de edad, estatus estudiantil, etc.).

Cambio en el costo o proveedor de cuidado de dependiente (para elecciones del FSA de cuidado de dependiente solamente).

Otro:



Formulario de Inscripción/Cambio

CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLE (FSA)

POR FAVOR CERTIFIQUE LO SIGUIENTE:

He recibido y leído el material impreso que explica mi plan y mis opciones bajo este. Tengo por entendido que cualquier gasto pagado bajo este Plan debe ser gastos elegibles gobernados por reglas de la Oficina de Servicios de Rentas Internas, deben ser servicios provistos para mí o un individuo calificado y no deben ser reembolsados por otra fuente. También comprendo que al firmar y someter esta inscripción, hago una elección irrevocable para el año actual del plan. Cualquier elección(es) arriba puede ser modificada sólo como se define en el plan. Además, autorizo la cantidad(es) arriba para ser deducida(s) de mi pago como se indica. También comprendo que cualquier cantidad(es) que no use, ya sea en cualquier Cuenta de Gastos Flexible será la cantidad confiscada después del tiempo indicado en el Resaltamiento del Plan.

También entendí 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 se me puede pedir que provea información que me identifique (por ejemplo: número de seguro social, dirección y fecha de nacimiento) cuando se me pregunte acerca de mis cuentas. También entendí que cualquier información personal obtenida no será compartida con nadie, incluyendo terceras partes no-afiliadas, excepto lo permitido por ley.

Si la Tarjeta Prepagada Beniversal® Mastercard® esta asociada con mi Cuenta de Gastos Flexibles:

- Autorizo la emisión de una Tarjeta Beniversal. Estoy de acuerdo en solo usar esta tarjeta para gastos médicos elegibles bajo el plan para mí o un individuo calificado y acatar todas las provisiones del Acuerdo del Usuario y promesas enviadas a mí con la tarjeta. Además, entiendo que si mi Tarjeta Beniversal es usada para otros en vez de gastos médicos elegibles o si violo los términos del Acuerdo del Usuario, mi cuenta puede ser suspendida y reembolsare al plan los gastos. Autorizo a mi compañía a deducir cualquier gasto no aprobado directamente de mi paga después de impuestos. También autorizo gastos de reemplazo de tarjetas y cualquier seguimiento requerido a ser deducido del balance de mi cuenta cuando sea necesario.
- Como el IRS requiere sustanciación para ciertas compras hechas con la Tarjeta Beniversal, acuérdesse de adquirir y retener suficiente documentación decualquier gasto pagado con la tarjeta y enviar tal documentación a Benefit Resource cuando se le solicite.

Firma

Fecha (MM/DD/YYYY)

DEVUELVA ESTE FORMULARIO TERMINADO A SU EMPLEADOR

SÓLO EMPLEADORES - Esta sección debe estar completada para que el empleado se inscriba

Ciclo de deducción:	Mensual	Quincenal	Bisemanal	Semanal
	Otro:			

Fecha de la primera deducción(es) FSA:	# Fechas de Pago de la FSA este Año:
--	--------------------------------------

Cambio en el nivel de cobertura de seguro de salud:	Individual	Familia
---	------------	---------

Código de Cubierta de Seguro:

Esta información es necesaria para las Tarjetas Beniversal. Este código de seis dígitos lo puede obtener de su forma de Información del Grupo de Seguro. Nota: Si el empleado no está asegurado a través del Plan(es) de la compañía, escriba NOMED.

EMPLEADORES: Conserve este documento para sus registros; NO lo envíe a BRI. La información requerida debe enviarse a BRI a través de su proceso normal de intercambio de archivos.