



Formulario de Inscripción/Cambio

CUENTA DE AHORRO DE SALUD (HSA)

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

Fecha De Nacimiento (MM/DD/YYYY)

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

Calle

Correo Electronico

Ciudad

Estado Código Postal

Número de Teléfono

Estatus del Empleado:

Tiempo
Completo

Medio
Tiempo

Número de la Seguridad Social (NSS)

Autorizo a mi compañía a iniciar la siguiente deducción de nomina para contribuir a mi HSA:

Deducción por Paga
\$

Elección Anual del Plan
\$

LÍMITES DEL IRS DISPONIBLES EN:
BenefitResource.com/plan-limits

Esta es una: Nueva inscripción Cambio en la inscripción anterior

La combinación de contribuciones de empleados, empleadores y terceras agencias no puede exceder los límites establecidos.

POR FAVOR CERTIFIQUE LO SIGUIENTE:

- Entiendo los requisitos de elegibilidad de contribuciones hechas a mi Cuenta de Ahorros de Salud y declaro que califico para hacer contribuciones a esta cuenta.
- Asumo completa responsabilidad de: (1) determinar mi elegibilidad para una HSA cada año que una contribución es hecha, (2) asegurándome que todas las contribuciones hechas a mi cuenta están en los límites establecidos por las leyes de impuestos, y (3) cualquier consecuencia de contribuciones y distribuciones de impuestos (incluyendo contribuciones transferidas).
- Autorizo a Benefit Resource, mi compañía y/o tercera parte a intercambiar información acerca de mi identidad, elecciones de inscripción, estatus y otra información necesaria para facilitar depósito directo a mi HSA, y realizar otros propósitos relacionados al pago de gastos de cuidado de salud. Estoy de acuerdo en indemnizar y mantener indemne a mi empleador, el Banco, el proveedor de seguros, y sus terceros proveedores de servicios frente a las reclamaciones o pérdidas que cualquiera de ellos pueda sufrir en virtud de esta autorización, y liberar a cada uno de ellos de cualquier reclamación o responsabilidad basadas en esta autorización.

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) HSA:

Fechas de Pago de la HSA este Año:

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.