



# Forma de Inscripción/Cambio

## Cuenta de Ahorro de Salud

Compañía

Fecha Vigente de Inscripción (MM/DD/YYYY)

Nombre del Empleado

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*

Número de la Seguridad Social (NSS)

Correo Electronico

Calle o Apartado Postal

Número de Teléfono

Ciudad

Estado Código Postal

Estatus del Empleado

Tiempo Completo

Medio Tiempo

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

Deducción por Paga	Elección Anual del Plan	Límites de Contribución IRS
\$	\$	<b>2020:</b> Individual: \$3,550; Familia: \$7,100 <b>2021:</b> Individual: \$3,600; Familia: \$7,200 <b>Contribuciones adicionales para ponerse al día</b> (para aquellos mayores de 55 años): \$1,000
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)

**SÓLO EMPLEADORES – Esta sección debe completarse para que el empleado ingrese una nueva inscripción**

Ciclo de Deducción: Mensual      Quincenal      Bisemanal      Semanal

Otro:

Fecha de la Primera Deducción HSA:

# Fechas de Pago de la HSA este Año:

**Envíe estos documentos por:**

**Fax:**  
(585) 427-9320

**Correo:**  
Benefit Resource, LLC  
PO BOX 642  
Willow Grove, PA 19090

La Tarjeta pre-pagadas Beniversal son emitida por el banco The Bancorp Bank en conformidad con la licencia de Mastercard International Incorporated Mastercard es una marca comercial registrada de Mastercard International Incorporated y los círculos de diseño es una marca de Mastercard. La tarjeta Beniversal son aceptadas en comercios calificados que aceptan Mastercard Debito. El banco The Bancorp Bank es miembro del FDIC. © 2020 Benefit Resource | Derechos Reservados

Servicios de Custodia son provistos por UMB Bank, n.a.: Miembro FDIC. Un Acuerdo separado de Custodia HSA gobernara la Cuenta HSA.