



Formulario de Inscripción para el take care PLAN DE BENEFICIOS FLEX

POR FAVOR IMPRIMIR. *Se requiere toda la información o su inscripción no se puede procesar.*

Empleador _____ Número de Seguro Social _____

Nombre de Empleado _____ Fecha de Nacimiento (MM-DD-AAAA) _____

Dirección de Casa _____ Apt/Suite _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono: _____

Correo Electronico: _____

SI Necesito una segunda tarjeta a nombre de mi cónyuge/dependiente (Primer Nombre) _____ (Apellido) _____

CUENTA DE SALUD – FLEXIBLE SPENDING ACCOUNT(FSA)

Fecha de vigencia de la elección: _____

- SI** Elijo contribuir con una cantidad de elección anual de \$ _____ (antes de los impuestos) por Año del Plan, que es \$ _____ por periodo de pago para financiar mi cuenta que paga gastos de atención medica de desembolso directo calificados que no estan cubiertos por el plan de salud de mi empleador o ningun otro plan de salud.
- NO** Rechazo esta opcion para este año del plan y entiendo que perderé todos los ahorros fiscales que podría recibir como participante.

CUENTA DE SALUD – DEPENDENT CARE SPENDING ACCOUNT(FSA)

Fecha de vigencia de la elección: _____

- SI** Elijo contribuir con una cantidad de elección anual de \$ _____ (antes de los impuestos) por Año del Plan, que es \$ _____ por periodo de pago para financiar mi cuenta que paga gastos de atención medica de desembolso directo calificados que no estan cubiertos por el plan de salud de mi empleador o ningun otro plan de salud.
- NO** Rechazo esta opcion para este año del plan y entiendo que perderé todos los ahorros fiscales que podría recibir como participante.

.....
IMPORTANTE - Lea lo siguiente antes de firmar este formulario de inscripción. Mi empleador y yo acordamos que mi ingreso imponible se reducirá cada periodo de pago durante ese año por una porción igual de las elecciones de beneficios (seleccionado arriba) establecido anteriormente y que los gastos calificados se pagaran sobre una base libre de impuestos. Entiendo que puedo cambiar mi elección en caso de ciertos cambios en mi estado y que, antes del primer día de cada del plan, se me ofrecera la oportunidad de cambiar mi elección de beneficios para el proximo año del plan. Reconozco que he recibido, leído y comprendido la Descripción Resumida del Plan. Entiendo que los beneficios de Take Care Flex estan disponibles para pagar solo los gastos calificados y que los gastos calificados pagados con la tarjeta no pueden ser reembolsados por ningun otro plan y que no buscare el reembolso pagado con la tarjeta de ninguna otra fuente. Entiendo que al usar la tarjeta de beneficios flexibles, debo guardar todos los recibos y que, en ocasiones, se me puede pedir documentación de los cargos realizados con mi tarjeta. También entiendo que si se hace un pago que no es por gastos calificados, Reembolsare a mi empleador los gastos que no haya pagado yo, y autorizo a mi empleador a deducir la cantidad de mi cheque de pago (si lo permite la ley estatal).

Firma del Empleado _____

Fecha _____

DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETO A SU EMPLEADOR.