



## Cuentas de Gastos Flexibles - FORMULARIO DE ELECCIÓN

**Usted debe completar y enviar el presente formulario. Por favor imprima.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Empleador / División: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a mi empleador a reducir mi salario (sobre una base antes de impuestos) por la cantidad necesaria para pagar por el coberturas se indican a continuación.  
 Entiendo que debo usar todas mis contribuciones de beneficios flexibles o renunciar a ellos.

**Cuenta Flexible de Gastos de Salud (FSA)**  
 (Elección anual máxima es de \$3,200)  Sí  No \$ \_\_\_\_\_  
 MONTO ANUAL

**Plan de Asistencia cuidado de dependientes (DCAP):**  
 (Elección anual máxima es de \$5,000)  Sí  No \$ \_\_\_\_\_  
 MONTO ANUAL

**Viajero diario - Estacionamiento calificado:**  
 (La contribución mensual máxima del IRS es de \$315)  Sí  No \$ \_\_\_\_\_  
 CANTIDAD MENSUAL

**Viajero diario - Tránsito y furgoneta compartida:**  
 (La contribución mensual máxima del IRS es de \$315)  Sí  No \$ \_\_\_\_\_  
 CANTIDAD MENSUAL

**Por favor completo la siguiente información dependiente e indicar si solicita una tarjeta de débito:**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre de pila: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 SS Dependiente #: \_\_\_\_\_ Relación:  Cónyuge  Dependiente de tarjeta:  Sí  No

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre de pila: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 SS Dependiente #: \_\_\_\_\_ Relación:  Cónyuge  Dependiente de tarjeta:  Sí  No

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre de pila: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 SS Dependiente #: \_\_\_\_\_ Relación:  Cónyuge  Dependiente de tarjeta:  Sí  No

Su elección para participar en los beneficios antes de impuestos elegibles constituirá una elección bajo sus empleadores Sección 125 Plan de cafetería y las contribuciones que están obligados a hacer en virtud de tal plan serán deducidos de su (ejemplos: Grupo de salud, dental y de Plan de Visión) salario en una base antes de impuestos a menos que se solicite lo contrario.

\_\_\_\_\_  
 Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Autorización Empleador

\_\_\_\_\_  
 Fecha

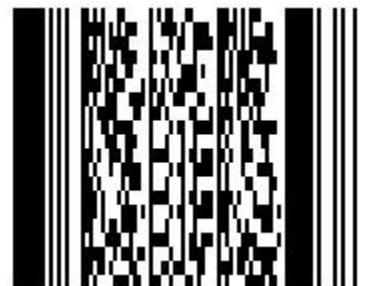
**EMPLEADOR - POR FAVOR COMPLETE**

Beneficiarse Fecha Efectiva \_\_\_\_\_

Fecha Pagar por primera Contribución \_\_\_\_\_ Número de períodos de pago \_\_\_\_\_

Fax: 877-723-0147 o correo electrónico: [processing@amben.com](mailto:processing@amben.com)

Correo: American Benefits Group • PO Box 1209, Northampton, MA 01061-1209 • 800-499-3539



Al firmar el reverso de este formulario, entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

La Compañía y Yo estoy de acuerdo que mi compensación en efectivo se reducirá en las cantidades que he elegidos en esta forma en una base por pago período durante el año del plan (o durante dicha parte del año, ya que queda después de la fecha de este acuerdo).

ESTE ACUERDO ESTÁ SUJETO A LOS TÉRMINOS DE PLAN DE CAFETERÍA DE LA EMPRESA, PLAN DE REEMBOLSO MÉDICO Y / O PLAN DE ASISTENCIA PARA EL CUIDADO DE DEPENDIENTES, MODIFICADO DE VEZ EN CUANDO, se regirán e interpretarán de conformidad con las leyes, será válido COMO SELLADO DE INSTRUMENTOS BAJO LEYES APLICABLES, y revoca CUALQUIER ACUERDO ELECTORAL Y REDUCCIÓN DE COMPENSACIÓN PREVIO RELACIONADO CON DICHO PLAN (S).

No puedo cambiar o revocar este acuerdo de reducción de la compensación en cualquier momento durante el año del plan a menos que tenga un evento de cambio de estado (incluyendo el matrimonio, el divorcio, la muerte de un cónyuge o hijo, el nacimiento o adopción de un hijo, el cambio en la situación laboral, el cambio en horario de trabajo de los participantes o de su cónyuge, satisfactoria dependiente o dejar de satisfacer los requisitos de elegibilidad para dependientes, derecho a Medicare o Medicaid, sentencia, decreto u orden judicial o esos otros eventos como el Administrador del Plan determina que permitirá un cambio o revocación de una elección).

El Administrador del Plan puede reducir o cancelar mi reducción de la compensación o modificar este acuerdo en el caso de que él / ella cree conveniente, a fin de satisfacer ciertas disposiciones del Código de Rentas Internas. La reducción de mi compensación en efectivo en virtud de este acuerdo será, además de las reducciones previstas en otros acuerdos o planes de beneficios.

La cantidad de mi reducción de retribuciones en el ejercicio será acreditado a un seguro, reembolso médico, y / o cuenta de asistencia de cuidado de dependientes y dicho monto será pagado en mi nombre o me será reembolsado por los gastos calificados incurridos durante el año del plan. Si termina su empleo, sólo serán reembolsados por los gastos incurridos antes de mi fecha de terminación a menos que califique para, y elijo cobertura COBRA. Mis beneficios de Seguro Social pueden reducirse ligeramente como resultado de la renta imponible reducida debido a mi elección (s).

Si se aumentan o disminuyen, mientras que este acuerdo se mantiene vigente contribuciones necesarias para beneficios elegidos, se ajustará automáticamente la reducción de la compensación para reflejar ese aumento o disminución.

Cuenta de Gastos Flexibles de Salud (FSA) estará disponible sólo para los "gastos calificados de atención médica", que son los tipos de gastos médicos normalmente deducible en su declaración de impuesto sobre la renta federal, con algunas excepciones (por ejemplo, las primas de seguro de salud no pueden ser reembolsados de su FSA Salud). Estoy de acuerdo en notificar a la empresa si hay razón para creer que cualquier gasto para el cual se ha obtenido el reembolso no es un gasto de calificación. También estoy de acuerdo en indemnizar y reembolsar a la compañía en la demanda de cualquier responsabilidad en que pueda incurrir por falta de retención federal, estatal o impuestos locales o impuestos de Seguro Social de cualquier reembolso que recibo de un gasto que no califica, hasta por la cantidad de tal impuesto efectivamente adeudado por mí.

Plan de Asistencia cuidado de dependientes (DCAP) estará disponible sólo para los "gastos calificados de cuidado de dependientes", como se describe a continuación. Estoy de acuerdo en notificar a la empresa si hay razón para creer que cualquier gasto para el cual he obtenido el reembolso no es un gasto de calificación, también estoy de acuerdo en indemnizar y reembolsar a la compañía en la demanda de cualquier responsabilidad en que pueda incurrir por falta de retención federal, estatal o local de impuestos o impuestos de Seguro Social de cualquier reembolso que recibo de un gasto no calificado, hasta el monto de dicho impuesto efectivamente adeudado por mí.

Estoy de acuerdo en proporcionar al Administrador del Plan con el nombre, dirección y número de identificación fiscal de cada proveedor de servicios de cuidado de dependientes.

Calificar gastos de cuidado de dependientes:

1. Los gastos se incurren por los servicios prestados después de la fecha de esta elección y durante el plan de ejercicio al que se aplica.
2. Cada individuo para quien usted incurre en los gastos es (a) un dependiente menor de 13 años a quien usted tiene derecho a reclamar como dependiente\* en su declaración de impuesto sobre la renta federal o (b) el cónyuge u otro dependiente fiscal\* que está físicamente o mentalmente incapaces de cuidarse a sí mismo.  
\*o un niño u otro dependiente menor de 13 años a quien usted está apoyando, pero no tiene derecho a reclamar como dependiente sólo por una declaración o decreto de divorcio escrito edad.
3. Los gastos se incurren para el cuidado de un dependiente descrito anteriormente, o para servicios domésticos relacionados, y se incurre para que pueda tener un empleo remunerado.
4. Si se incurre en los gastos por servicios fuera de su hogar, en que se incurren para el cuidado de personas a cargo que se describe en 2 (a) anterior, o que pasa regularmente por lo menos 8 horas al día en su hogar.
5. Los gastos se incurren por los servicios prestados por un centro de cuidado de dependientes (es decir, un centro que brinda atención a más de seis personas que no residen en el Centro), que cumple con todas las leyes y reglamentos estatales y locales aplicables.
6. Los gastos no son pagados o por pagar a un hijo tuyo, que es menor de 19 años al final del año en el que se incurre en los gastos.
7. Los gastos que no son pagados o por pagar a una persona para la cual usted o su cónyuge tiene derecho a una exención del impuesto personal.
8. El reembolso (cuando se agrega con el resto de los reembolsos percibidos por usted bajo el plan durante el mismo año) no podrá exceder el menor de los siguientes límites: (a) El máximo permitido por el Plan. (b) \$ 5,000 si presenta una declaración de impuestos conjunta o \$2,500 si se presentan declaraciones por separado. (c) Su remuneración imponible (después de todas las elecciones de reducción de la compensación). (d) Si es casado, el ingreso real o presunta del trabajo de su cónyuge.

Este contrato se extinguirá automáticamente si el Plan es cancelado o suspendido.