

FORMULARIO DE RECLAMO PARA LA CUENTA DE GASTOS

DEL PLAN FLEXIBLE DE BENEFICIOS

Información del Empleado (*Favor usar letra de imprenta*)

Nombre del Empleado _____ # ID del Empleado _____

Nombre de la Compañía _____ # Teléfono de Día _____

Descripción de los Gastos y las Cantidades Solicitadas en el Reclamo

Anote cada gasto en una línea separada y adjunte, al formulario, las copias necesarias de los recibos y/o la hoja de Explicación de Beneficios (EOB) del seguro.
 Consulte su Plan de Beneficios Flexibles para las limitaciones de las cantidades de reclamo.

GASTOS DE CUIDADO DE HIJOS O DEPENDIENTES [C/D FSA]:				
Nombre del Dependiente	Fechas del Servicio Desde Hasta		Tipos de Servicio	Cantidad del Reclamo
Total del Reclamo Presentado por el Cuidado de Hijos/Dependientes				\$ _____

No. de Identificación Federal o Seguro Social del proveedor de Cuidado de H/D: _____
 Firma del proveedor de Cuidado de H/D: _____ Fecha de la Firma del Proveedor: _____

GASTOS DE CUIDADO DE SALUD (MÉDICOS, DENTALES Y/O LA VISTA) [HEALTH FSA]:					
Nombre del Dependiente	Parentesco	Fechas del Servicio Desde Hasta		Tipos de Servicio	Cantidad del Reclamo
Total del Reclamo Presentado por el Cuidado Médico, Dental y/o Vista					\$ _____

CERTIFICACIÓN DEL EMPLEADO DE LA SOLICITUD DE REEMBOLSO

Certifico que mi cónyuge, un dependiente elegible, o yo mismo, hizo los gastos reclamados para reembolso de mi(s) Cuenta(s) del Plan Flexible de Beneficios. Los gastos mencionados fueron hechos y no serán reembolsados por ninguna otra compañía o plan de seguro. Según mi leal conocimiento y parecer, estos gastos son elegibles para reembolso según lo especifica mi Plan de Beneficios Flexible. No usaré los gastos, reembolsados por el Plan de Beneficios Flexible, como deducciones o créditos cuando presente mi declaración de impuestos.

Cualquier persona que a sabiendas y con intento de dañar, defraudar o engañar cualquier plan calificado, presenta una declaración de reclamo conteniendo información falsa o incompleta puede ser culpable de un acto criminal sancionable bajo la ley.

Firma del Empleado _____ Fecha _____

SOLO PARA USO INTERNO Reclamo Revisado Por: _____ Fecha de Entrada del Reclamo: _____