

Formulario de Elección para *FlexMagic*[®]

NOMBRE		NO. DEL SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO	
COMPAÑÍA			UBICACIÓN		
DIRECCIÓN D DOMICILIO					
TELÉFONO DE LA CASA		TELÉFONO DEL TRABAJO		NO. DE EMPLEADO	
NOMBRE DE CÓNYUGE (SI ESTÁ INCLUIDA EN EL PLAN)				FECHA DE NACIMIENTO DE CÓNYUGE	
NOMBRE(S) DE DEPENDIENTES		FECHA DE NACIMIENTO		NOMBRE(S) DE DEPENDIENTES	
_____		_____		_____	
_____		_____		_____	
_____		_____		_____	

Seguros (Marque Una Caja)

- Parte I (Aceptar)** Opto por reducir mi salario bruto y que todas las primas de los seguros elegibles médicos, dentales y/o de la vista, que he escogido, sean pagadas en mi nombre con dólares antes de la deducción de impuestos. Una vez hecha la elección, este pago, hecho antes de la deducción de impuestos, continuará cada Año de Vigencia del Plan hasta que firme una renuncia al mismo. Esta renuncia sólo puede hacerse durante el período de inscripción o debido a un cambio de status durante el Año de Vigencia del Plan.
- Parte I (Renunciar)** No quiero pagar mi porción de las primas elegibles con dólares antes la deducción de los impuestos.

Cuentas de Gastos (Marque Una Caja)

- Parte II (Aceptar)** Opto por reducir mi salario bruto y destinar la siguiente suma de dinero a la(s) Cuenta(s) de Gastos, especificada(s) a continuación. Entiendo que esta elección NO implica una continuidad de la misma para el Plan del próximo año y que debo re-elegir esta opción en el próximo período de inscripción.
- Gastos para Cuidado de Hijos/Dependientes* \$ _____ dividido entre # _____ días de pago del Año del Plan = \$ _____ /período de pago
- Gastos para Cuidados de Salud* \$ _____ dividido entre # _____ días de pago del Año del Plan = \$ _____ /período de pago
- *No puede exceder los límites Máximos de Dólares del Plan (Vea la Página Informativa)*

Parte II (Renunciar) No deseo participar en las Cuentas de Gastos Flexibles.

Entiendo que si no reclamo el dinero que queda en mi cuenta de gastos durante el periodo de gracia, de 90 días a partir de la fecha de cierre del Año de Vigencia del Plan, pierdo todo derecho sobre los fondos restantes que quedarán a disposición del patrón. Los gastos elegibles deben ser incurridos durante el Año de Vigencia del Plan mientras soy participante activo del Plan. También entiendo que mi participación en este Plan podrá afectar mis beneficios futuros del Seguro Social y que el dinero destinado al Plan no puede ser usado como crédito o deducción en mi declaración de impuestos.

Propósito: Este contrato ha sido creado para permitir al empleado convertir una parte de sus ganancias sujetas a impuestos, en estatus de beneficio libre de impuestos, de acuerdo con la Sección 125 del Plan y otros códigos señalados en el Plan de Beneficios Flexibles. El Patrón y el Empleado aceptan esta elección de mutuo acuerdo. Es un contrato obligatorio que estará vigente desde _____ hasta _____. **No se permiten cambios en la elección durante el Año de Vigencia del Plan, a menos que se produzca un "cambio de status."**

Limitaciones: El programa no afectará ningún otro contrato existente del empleado. Todos los otros beneficios que el empleado esté recibiendo se mantendrán invariables. La terminación del empleo anula este contrato. Los gastos reembolsados al empleado por cualquier otro plan de compañía o de seguro no son elegibles para el Plan de Beneficios Flexibles

Beneficios: Los beneficios, libres de impuestos, ofrecidos por el Patrón bajo este programa pueden incluir: Parte I: Las primas de seguros médicos, dentales y/o de la vista de grupo pagadas por el empleado. Parte II: Gastos de cuidado para hijos/dependientes necesario para poder trabajar y gastos médicos, pagados de su propio bolsillo. Entiendo las opciones de beneficios que me ofrece el Plan y elijo la(s) opción/opciones arriba indicada(s).

Firma del Empleado _____ Fecha _____

Firma del Patrón _____ Fecha _____

****Para uso del Administrador del Plan/Coordinador**** Elección Inicial Elección de Empleado Nuevo Fecha de Empleo _____

Cambio de Status Fecha de Recibo de la Solicitud de Cambio _____

Motivo del cambio: _____
(La nueva elección debe ser consistente con el Cambio de Status y documentarse con una solicitud por escrito y dentro de los 30 días del evento.)

Terminación Fecha del Cambio _____

COBRA Elegida (Cuenta de Gastos para Cuidados de Salud) Sí No

Fecha Vigente del Cambio _____ Fecha de la Primera o Última Deducción _____ No. de Deducciones por Período de Pago _____

Aprobado por _____ Fecha de Aprobación _____

Copia Blanca – Departamento de Personal

Copia Amarilla – Departamento de Planilla/TPA

Copia Rosa - Empleado

[Spanish Election Form 08-27-02.doc](#) [Spanish Election Form 08-08-02.doc](#)

Lidke & Associates, Inc.