

# Formulario de Reembolso FSA para el Cuidado de Dependientes

página \_\_\_\_ de \_\_\_\_

NOMBRE DEL EMPLEADO: APELLIDO \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_ INICIAL DE SU SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_ NOMBRE DE LA COMPAÑÍA \_\_\_\_\_

LOS ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DEL SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO DEL DÍA \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN DEL CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_  marque si es nueva

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO: CALLE  marque si es nueva \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

Según mis conocimientos y creencias, mis declaraciones para el reembolso son completas y verdaderas. Estoy reclamando el reembolso solamente por los gastos elegibles contraídos durante el plan anual aplicado para mí mismo y / o mis dependientes legales. Yo certifico que los gastos no han sido reembolsados anteriormente, ni serán reembolsado bajo otro plan de beneficios y no serán reclamados como una deducción de impuestos de ingreso ni un crédito de impuestos. Si haya una diferencia entre la cantidad total de gastos pedidos abajo y la cantidad total de los recibos adjuntos, yo recibiré el reembolso según el total de la cantidad de los gastos elegibles en los recibos adjuntos.

**X**

**VERIFICACIÓN DE FIRMA DEL EMPLEADO (Los recibos no serán tramitados sin la firma) \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_**

**PASO 1:** Esta sección del formulario del reembolso tiene que ser completada solo por los gastos elegibles y solo por los gastos contraídos durante el año de su plan. Usted tiene que haber sido un participante en el plan al momento en que el gasto fue contraído. La fecha contraída del gasto es la fecha del servicio. Este formulario es solo para los gastos del Cuidado de los Dependientes así que por favor no remita ningún gasto de Atención Médica con este formulario.

**COMPLETE ESTA SECCIÓN SI ESTÁ PROPORCIONANDO LOS RECIBOS**

Los recibos tienen que incluir la siguiente información:

- Fecha del Servicio
- Servicio/Objeto Comprado
- Proveedor del Servicio
- Cantidad de Servicio
- Asegúrese de sumar en total sus gastos
- Cheques cancelados / extractos de tarjetas de crédito no son formas de documentación aceptables

FECHA DE SERVICIO	PROVEEDOR	TIPO DE SERVICIO	CANTIDAD DE SERVICIO
De: / / A: / /			\$ .
De: / / A: / /			\$ .
De: / / A: / /			\$ .

**COMPLETE ESTA SECCIÓN SI NO ESTÁ PROPORCIONANDO LOS RECIBOS**

- La firma de su proveedor y el formulario completado de la reclamación servirán como un recibo.
- Todos los espacios en la sección tienen que ser completamente llenados para poder tramitar su reclamación.

<b>FIRMA DEL PROVEEDOR PARA EL CUIDADO DEL DEPENDIENTE</b>	
<b>X</b>	
<b>NOMBRE DEL PROVEEDOR PARA EL CUIDADO DEL DEPENDIENTE</b>	<b>NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN DE IMPUESTOS</b>
<b>FECHA DE SERVICIO</b>	<b>CANTIDAD DE SERVICIO</b>
De: / /                      A: / /	

**TOTAL DE GASTOS PARA EL CUIDADO DEL DEPENDIENTE \$ .**



**PASO 2: Favor de mandar por fax a 877-767-8804** para el tiempo de tramitación más rápido, complete, firme y mande por fax su formulario de reembolso y toda la documentación necesaria. Una página de cubierta no es requerida. Si usted prefiere mandar el formulario y los recibos por correo, favor de mandarlos a PlanSource, P.O. Box 160940, Altamonte Springs, FL 32714. Por favor guarde todos los recibos de documentación original según las obligaciones del IRS.

##12T00848#####