



## 1. Información del empleado (se requiere toda la información)

<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Nombre de la compañía			Identificación/Número del empleado		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Nombre del participante (Primer nombre Inicial 2º nombre Apellido)			Número de Seguro Social		
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono de día		Fecha de contratación		Fecha de nacimiento	
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Dirección			Correo electrónico (Si se proporciona, se enviarán por correo electrónico todas las notificaciones)		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>
Ciudad			Estado		Código Postal
Frecuencia de pago: <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 52 <input type="checkbox"/> Otro _____			<input type="text"/>		<input type="text"/>
			Género		Estado civil

## 2. Información de inscripción

Tipo de inscripción (seleccione uno de los siguientes)	Fechas del año del plan	Mes	Día	Año
<input type="checkbox"/> Periodo de inscripción abierta:	Fecha de vigencia para el participante	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Nueva contratación/Cambio de eleg. de prestaciones	Fecha de finalización del año del plan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 3. Primas del empleado

Si tiene una deducción de nómina por las primas del seguro, las primas elegibles se deducirán antes de que se calculen los impuestos. Los empleados se inscribirán automáticamente en esta parte del Plan de Sección 125. Sin embargo, si lo desea, puede darse de baja voluntariamente de la parte del Plan que es la Conversión de Prima del Empleado al ponerse en contacto con su Departamento de Recursos Humanos y llenar un formulario de exención. \*Favor de tener en cuenta: No se pueden reclamar las primas de seguro como gastos reembolsables de su cuenta médica flexible.

## 4. Elección anual

	<b>Cuenta de gastos médicos</b>		<b>Cuenta de gastos de atención a dependientes</b>
Elección anual (el límite es establecido por su compañía)	\$ <input type="text"/>	Elección anual (el límite del IRS es de \$5,000)	\$ <input type="text"/>
Número de periodos de pago	÷ <input type="text"/>	Número de periodos de pago	÷ <input type="text"/>
Cantidad por periodo de pago (a deducirse cada periodo de pago)	= <input type="text"/>	Cantidad por periodo de pago (a deducirse cada periodo de pago)	= <input type="text"/>

## 5. Otros servicios

A. ¿Elige la tarjeta flexible de débito?  Sí  No (si es ofrecida por el empleador, todos los participantes en la FSA recibirán una tarjeta flexible de débito.)

Tarjeta flexible de débito	Una tarjeta flexible de débito paga directamente de su cuenta de gastos flexibles en el punto de servicio. <b>Guarde sus recibos. Se requiere la presentación de documentación.</b> La tarjeta flexible debe ofrecerla el empleador. <b>Verifique con su empleador para saber si la tarjeta es una opción con su plan de prestaciones flexibles.</b> No puede elegir tanto Auto EOB como la Tarjeta Flexible puesto que tendrá como resultado el reembolso duplicado.
----------------------------	---

B. ¿Quiere establecer un Auto EOB?  Sí  No (No puede elegir tanto Auto EOB como la Tarjeta Flexible de Débito puesto que tendrá como resultado el reembolso duplicado.)

Auto EOB	Auto EOB es la transferencia automática de reclamaciones elegibles de salud de la aseguradora de salud del participante. El pago se le hará automáticamente desde su cuenta de gastos flexibles. <b>No todas las aseguradoras ofrecen este programa y puede no estar disponible para su grupo. Verifique con su empleador para saber si Auto EOB es una opción con su plan de prestaciones flexibles.</b>
----------	---

## 6. Autorización del participante

Autorizo que mi empleador reduzca mi pago sobre la base de cada periodo de pago según lo indicado arriba. Entiendo que mi reducción es por un año del plan flexible y que no puedo cambiar o revocar mi elección a menos que experimente un cambio de estado de acuerdo con la Sección 125 del Código del Servicio Interno de Ingresos y presente el cambio dentro de 30 días del cambio de estado. Estoy conciente de la disposición de caducidad del plan y que mi Seguro Social y prestaciones federales de desempleo se pueden reducir por causa de mi salario reducido para propósitos de impuestos. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para las Prestaciones Flexibles. Por el presente documento certifico que las peticiones de reembolso que presentaré son gastos elegibles para el IRS y que no me van a reembolsar, ni me han reembolsado previamente por estos gastos; ni estoy buscando reembolso por estos gastos de seguro o de cualquier otra fuente. También entiendo que Discovery Benefits, sus agentes o empleados, no se considerarán responsables si presento gastos elegibles no del IRS para el reembolso.

## 7. Negativa del participante

Entiendo que si elijo no participar, no puedo entrar en el programa hasta el año próximo a menos que experimente un cambio de estado de acuerdo con la Sección 125 del Código del Servicio Interno de Ingresos y presente el cambio dentro de 30 días del cambio de estado.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma del empleado	Fecha