

Escriba en letra imprenta legible y llene todas las secciones.

|                   |   |   |   |
|-------------------|---|---|---|
| Empleador:        | AÑO DEL PLAN ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___   |   |   |
|                   | <input type="checkbox"/> ELECCION INICIAL <input type="checkbox"/> RENOVACION <input type="checkbox"/> CAMBIO |   |   |
| Nombre:           | # Seguro Social:  |   |   |
| Dirección Postal: | Fecha de Nacimiento:   /   /  | <input type="checkbox"/> -Masculino<br><input type="checkbox"/> -Femenino |   |
| Ciudad:           | Estado:   | Código Postal:  | Día Efectivo:   /   /<br>(solo para cambios del medio año)            |
|                   |   |   | <input type="checkbox"/> -Casado<br><input type="checkbox"/> -Soltero |

## AUTORIZACION PARA LA ELECCION DE BENEFICIOS FLEXIBLE

### CUENTA DE GASTOS MEDICOS

La elección tiene que ser para gastos elegibles que solo me cubren a mi, a mis dependientes para los impuestos y/o a mi cónyuge (si presentamos declaraciones de impuestos juntos)

**ELECCION POR PERIODO DE PAGO:**

\$ \_\_\_\_\_ por: **S-BS-BM-M** (circule uno)

**CANTIDAD ANUAL ELEGIDA:** (para gastos médicos, dentales y de la vista; no incluye primas de seguro)

\$ \_\_\_\_\_ (elección X número de periodos de pago permanentes)

### CUENTA PARA EL CUIDADO DE NIÑOS / DEPENDIENTES

*NO PUEDE EXCEDER EL MAS BAJO DE LOS INGRESOS AJUSTADOS DEL ESPOSO O ESPOSA FIJARSE: SI UN CONYUGE ES ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO, FAVOR DE PREGUNTAR SOBRE LOS LIMITES*

**ELECCION POR PERIODO DE PAGO:**

\$ \_\_\_\_\_ por: **S-BS-BM-M** (circule uno)

**CANTIDAD ANUAL ELEGIDA:** (para cuidado de niños bajo la edad de 13 años; cuidado diario de adultos)

\$ \_\_\_\_\_ (elección X número de periodos de pago permanentes)

**PERIODOS DE PAGO: "S"= SEMANAL (52); "BS"= BISEMANAL (26); "BM"= BIMENSUAL (24); "M"= MENSUAL (12)**

**\*\*SI ESTA ELECCION ES UN CAMBIO DEL MEDIO AÑO, PEDIMOS QUE ESCRIBA ABAJO LA RAZON DEL CAMBIO:**

BENEFICIOS DE PRIMAS DEDUCIDAS DE LA NOMINA elegidos bajo IRC Sec. 125. Primas deducidas de la nómina serán deducidas antes de imponer impuestos para el año actual y todos los años del plan subsiguientes, basadas en esta forma de elección hasta que una revocación de elección firmada sea proveída por el participante.

**PROGRAMA DE BENEFICIOS:**

POLIZA PARA GRUPOS:   
POLIZA INDIVIDUAL:

**CANTIDAD DE LA PRIMA:**

**PERIODO DE PAGO:**  
\$ \_\_\_\_\_ **S-BS-BM-M** (circule uno)

**CERTIFICACION (Leer antes de firmar). Yo certifico que éstas son mis elecciones de beneficios y que:**

1. Autorizo la deducción antes de impuestos de una porción de mis ingresos para comprar los beneficios bajo IRC SEC. 125.
2. Los dependientes por los cuales reclamaré gastos médicos o gastos para el cuidado de dependientes califican como dependientes por lo siguiente: viven conmigo en una relación de padre/hijo o se apoyan de mi parte legalmente como dependientes.
3. Entiendo que la prima y otras contribuciones hechas bajo este plan son propiedad de mi empleador y serán utilizados para comprar la cobertura elegida y no pueden ser devueltas.
4. Reclamaciones para reembolso de las cuentas tienen que ser acompañadas por documentación del gasto menor "out-of-pocket".
5. Entiendo que la cobertura solo se aplica a los gastos incurridos durante la participación del año actual del plan.
6. Entiendo que este acuerdo no puede ser cambiado durante el año del plan a menos que tenga un cambio de situación calificativo.
7. Este acuerdo no puede ser renunciado durante el año del plan.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Autorización de la compañía: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**DENEGACION DE PARTICIPACION: (Firmar solo si no se inscribe en el plan de Beneficios Flexible)**

El programa de Beneficios Flexible de mi empleador se me ha sido explicado, he tenido la oportunidad de participar y he elegido no hacerlo.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_