

FONDOS DEL EMPLEADO (FSA) AND CUENTA DEPENDIENTE DEL CUIDADO (DCA)
Impreso de Inscripción/ Cambio Del Estado Civil

Nombre Del su Empleo _____		COMPANY ID: CHO _____	
FECHA DE ENTRADA EN EL PLAN: _____		Fecha de la primera reducción de su nómina: _____	
Por favor, marca uno:		Estado Civil:	
<input type="checkbox"/> Esto es una elección anual regular <input type="checkbox"/> Soy empleado/a nuevo <input type="checkbox"/> Ha habido cambio en mi estado familiar <input type="checkbox"/> Esto es una terminación		<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado legalmente <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado	
Cambio es debido a:		Participo en el plan de la salud como:	
<input type="checkbox"/> Unión <input type="checkbox"/> Su pareja se emplea <input type="checkbox"/> Cambio en las horas trabajadas <input type="checkbox"/> Divorcio/ separación <input type="checkbox"/> Cambio de dirección <input type="checkbox"/> Otro (explica): _____		<input type="checkbox"/> Muerte de un familiar <input type="checkbox"/> Su pareja ha dejado de trabaja <input type="checkbox"/> De baja del trabajo <input type="checkbox"/> Nacimiento o adopción <input type="checkbox"/> Fecha del cambio: _____	
		<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Empleado/a y Pareja <input type="checkbox"/> Empleado/a e hijo <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> No participo en el plan de la salud	
Apellidos, Nombre Mailing Address (Street or PO BOX) Numero de Telefono		Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Ciudad Estado Codigo Postal Email Address - Necessary to receive email communication on your account	

Enumere familiares que cumplen los requisitos para cobertura

Apellido, si es diferente	Nombre	IM	Relación	Fecha de Nacimiento	Sexo (M/F)	¿Estudiante?	S.S. #

PLAN YEAR ELECTION – Autorizo a mi patrón a reducir de mi paga una contribución pre-tax para deposito en:

<input type="checkbox"/> Flexible Spending Account (reembolso de los costes de cuidado médico no pagados por otra póliza.) <i>Aportación cada período de paga:</i> \$ _____	<i>Aportación Anual:</i> \$ _____
<input type="checkbox"/> Dependent Care Reimbursement Account (day care expenses for eligible dependents) <i>Aportación cada período de paga:</i> \$ _____	<i>Aportación Anual:</i> \$ _____

AUTORIZACIÓN O RENUNCIA DE LA PARTICIPACIÓN

Solicito participar en las ventajas indicadas. Entiendo que mis elecciones indicadas están comprometiéndome durante el año entero del plan y no pueden ser revocadas, modificadas o enmendadas al menos que sea debido a uno de los cambios en el estado de mi familia según lo descrito dentro del plan. Además certifico que las personas para las quien demando los costes del cuidado de familiares o del cuidado médico son familiares en mis declaraciones de la renta. Si he renunciado la participación, entiendo que no me puedo inscribir en el plan hasta el comienzo del próximo año del plan. Bajo pena del perjurio acuerdo utilizar la tarjeta de Choice Strategies para la compra de artículos y paga de servicios que satisfacen los reglamentos y que no sean cubiertos por otra póliza o plan. Entiendo que soy responsable de proporcionar documentos necesarios para satisfacer la demanda del coste medico a rembolsar, y cualquier coste reembolsado descubierto de no ser en cumplimiento con los reglamentos, tendré que compensar a la cuenta. Entiendo que estos costes no se pueden declarar en mi vuelta de los impuestos sobre la renta.

- Elijo participar en Choice Strategies FSA plan
 Elijo no participar en Choice Strategies FSA plan

Dirija el Depósito (ACH): Al archivar demandas manualmente, autorizo por este medio la tarjeta bien escogida del cuidado para acreditar la cuenta indicado abajo:

Número de Cuenta: _____ Número de la Encaminamiento (9 dígitos): _____
 Tipo de cuenta: Comprobación Ahorros

Firmando autorizo compartir información de la demanda con mi patrón, sus agentes, y Choice Strategies.

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____ Revised 07/25/08