

Formulario de Gastos Recurrentes para el Cuidado de Dependientes



Información del Empleado

Nombre del empleador _____ ID de miembro de PacificSource _____
Apellido del empleado _____ Primer nombre, inicial 2do. nombre _____
Dirección postal _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____ Dirección de email _____

Información de los Dependientes

Nombre del dependiente _____ Fecha de nacimiento _____
Nombre del dependiente _____ Fecha de nacimiento _____
Nombre del dependiente _____ Fecha de nacimiento _____
Nombre del dependiente _____ Fecha de nacimiento _____

Información del proveedor de cuidados diurnos (esta sección debe ser llenada por el proveedor de cuidados diurnos)

Nombre del proveedor de cuidados diurnos _____ ID de impuestos del proveedor _____
Tarifa del proveedor _____ Fecha de inicio de la tarifa _____ Fecha final de la tarifa _____
Frecuencia:
Semanal Bisemanal, los siguientes días del mes: _____ y _____ Mensual, el día _____ del mes
Firma del proveedor _____ Fecha _____

Ejemplos de gastos elegibles para el cuidado de dependientes: guarderías, servicios de niñera, campamentos de día, preescolar, cuidados para antes y después de la escuela, cuidado de ancianos

Ejemplos de gastos no elegibles para el cuidado de Dependientes: comidas, campamentos para pasar la noche, cuidados médicos, gastos educativos/colegiaturas, jardín de niños, cuotas varias (cuotas por actividades, visitas guiadas, etc.)

Autorización de reclamaciones recurrentes

Este formulario evita la necesidad de tener que entregar documentación adicional para los gastos para el cuidado de dependientes (DCE) que sean recurrentes. **La vigencia del formulario se indica arriba o el formulario es válido durante el año del plan actual, cualquiera que sea menor.** Nota: En el caso de las tarifas por hora, no es posible configurarlas como gastos recurrentes.

Mediante este formulario, solicito que me inscriban en el programa de reembolso de gastos recurrentes para el cuidado diurno a través de mi cuenta de Gastos para el Cuidado de Dependientes (DCE). Cuando se reciban las deducciones en la nómina, PSA generará automáticamente un reembolso por los gastos incurridos. Entiendo que debo llenar un nuevo Formulario de Gastos Recurrentes para el Cuidado de Dependientes **cada año del plan** o cuando termine mi contrato en la fecha indicada arriba.

Certifico que la información proporcionada en este Formulario de Gastos Recurrentes para el Cuidado de Dependientes es completa y verdadera según mis conocimientos. Solamente estoy solicitando el reembolso de los gastos elegibles incurridos en beneficio de los participantes elegibles del plan durante el año del plan aplicable. Certifico que estos gastos no han sido, ni se espera que sean, reembolsados bajo este o cualquier otro plan de beneficios y que no serán considerados como una deducción para el pago de impuestos sobre ingresos. Autorizo que el monto arriba solicitado sea deducido de mi cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes (DCE).

Firma del empleado* _____ Fecha _____

PO Box 2797, Portland, OR 97208-2797 | Teléfono 800-422-7038, TTY: 711. Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión. | Fax 866-446-6090

Presente las reclamaciones electrónicamente a través del portal FSA/HRA de PacificSource Administrators, Inc.: PacificSource.com/PSA

CLB739_0622