

Forma de Escoger el Plan de Beneficios Flexibles de Empleado



Por favor marca uno de lo siguiente:

- Matrícula Abierta para Nuevo Año del Plan (Año de Plan: _____): _____)
- Empleado Nuevo (Año de Plan: _____)
- Cambio de Contribución o Deducción de la Nómina

EL PATRON LLENA LA AREA SOMBRADA

Numero del Grupo	Locación	Clasificación de Empleado	Fecha Efectivo

Evento o Razón para el Cambio: _____
 Fecha de primero cheque cambiado: _____

(Indica la Elección Anual Nuevo y Cantidad de Contribución para cada Cheque en Sección 2)

1.	Apellidos _____ Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____	Mes _____ Día _____ Año _____	Sexo Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	
Información del Empleado	Dirección (por Correo) _____		Número de Seguridad Social _____		
	Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____	Condición Marital Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/>		Fecha de Empezar ____/____/____	
	Nombre del Patrón _____		Número de Teléfono de Casa. (____) _____		
2.	Escoja asignar lo siguiente mesualmente:				
Plan de Reembolso Medical	Plan de Reembolso Medical _____ - Dolares Mensual Antes de los Taxes	X	_____ # de Meses (i.e. 12)	=	_____ Dolares Anual Antes de los Taxes
Plan de Reembolso Medical	Deducciones de los Cheques _____ Total Anual de Dollars Antes de los Taxes	÷	_____ # de Cheques	=	_____ Contribución cada Cheque
	Este es un cambio. Selección Nuevo Anual \$ _____ Este es un cambio. Selección Nuevo Anual \$ _____				
3.	Escoja asignar lo siguiente mesualmente:				
Plan de Reembolsar para Cuidar Dependientes	Plan de Reembolso Cuidar Dependientes _____ Soltero, Patrón del Casa o Casado- Pone Declaración Juntos, \$5,000 Máximo, Casado, Pone Declaración Separados. \$2,500 Máximo, Monthly Before-Tax Dollars	X	_____ # de Meses (i.e. 12)	=	_____ Dolares Anual Antes de los Taxes
Plan de Reembolsar para Cuidar Dependientes	Deducciones de los Cheques _____ Total Annual Before-Tax Dollars	÷	_____ # de Cheques	=	_____ Contribución cada Cheque
	Este es un cambio. Selección Nuevo Anual \$ _____ Este es un cambio. Selección Nuevo Anual \$ _____				
4.	Designo lo siguiente mi beneficiario. Si me muera, pague los cheques de mi cuenta flexible a esta persona.				
Designo su beneficiario.	Relación _____ Beneficiario _____				
5.	He recibido la oportunidad de participar en los Planes de Reembolsar Gastos Medicales y de Cuidar Dependientes y he decidido que no quiero hacerlo				
Firma SOLO si no quiera participar en los Planes de Reembolsar.	Firma _____ Fecha _____				
6.	Los pagos para seguro del grupos se puede pagar con dolares antes de los taxes. Le doy mi patrón permiso para reducir mis cheques para pagar la póliza de seguro que escojo				
Plan de Pagar el Seguro	Firma _____ Fecha _____				
7.	Lea y Firme.				
Lea y Firme.	Mi firma en esta forma indica que he recibido y leído los materials que explica el plan de beneficios flexibles de mi patrón. Entiendo que este es un contrato que no puedo cambiar o cancelar por un año sino haya un cambio de condición de mi familia (casarse, divorciarse, nacer o adoptar un niño, o se termine el trabajo del esposo). Entiendo que cantidades no usados al fin del año pertenece al patrón. Entiendo que cantidades del reembolso medical o de cuidar dependientes no puede ser deducciones para los taxes. Solo pido reembolsos para medical o cuidar los dependientes que no esten pagados de cualquier otro plan. Le doy mi patron permiso para reducir mi cheque para los pagos que indico arriba.				
	Firma _____ Fecha _____				