

# Formulario de elección



- Si decide no participar para el año actual, escriba su nombre y firme al final para renunciar a participar -

Apellido (en letra de molde) \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial segundo nombre \_\_\_\_\_

Dirección física \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electronica (si tiene) \_\_\_\_\_ Fecha de nómina para comenzar \_\_\_\_\_  
(mm/dd/aaaa)

Autorizo y ordeno a \_\_\_\_\_ que aparte de mi salario bruto el equivalente a la cantidad necesaria para financiar mi Plan de Cafetería, tal como se indica a continuación. Entiendo que esa reducción de mi salario bruto, que el Plan considera como contribuciones electivas, comenzarán a hacerse en mi primer cheque de nómina después del \_\_\_\_\_. Entiendo que la finalidad de este programa es permitirles a los empleados que seleccionen beneficios que aparecen calificados en el marco de las guías del Código de Ingresos Internos. También entiendo que los planes de cuentas de gastos flexibles (FSA) permitirán que se me reembolsen gastos de bolsillo calificados como reembolsables para pagar servicios médicos, dentales, de visión y/o de cuidado para dependientes, y que a partir del \_\_\_\_\_ los gastos que califican como gastos médicos que se pagan del bolsillo excluyen los medicamentos de venta libre, salvo que estén recetados. Entiendo que al terminar el período de gracia para reclamos perderé el saldo que quede en mis cuentas FSA.

Sus primas de seguro se deducen de su salario automáticamente antes de calcular y deducir impuestos.

Elijo Participar in la eleccion de Cuentas de gastos flexibles (FSA)

FSA para gastos por \$ \_\_\_\_\_ (Cantidad anual) \_\_\_\_\_

Gastos de cuidado para dependiente (DCAP) \$ \_\_\_\_\_ (Cantidad anual) \_\_\_\_\_

Gastos para pagar primas de planes de salud \$ \_\_\_\_\_ (Cantidad anual) \_\_\_\_\_

## Elijo la tarjeta mySourceCard® como mi método de pago.

Entiendo que la tarjeta se usa para pagar solo en establecimientos comerciales definidos como de ciertas categorías y que no se acepta en todos los que aceptan MasterCard®. Entiendo que no puedo usar la tarjeta en ningún establecimiento, banco o cajero automático para obtener dinero en efectivo. Entiendo que la tarjeta se usa exclusivamente para pagar Gastos calificados como reembolsables según los define el plan o los planes en los que participo. Si la tarjeta se expide de conformidad con los Planes del empleador y la uso para pagar un gasto que no es reembolsable, quedaré endeudado con mi empleador y deberé pagar ese gasto en su totalidad. Estoy de acuerdo en que debo conservar todos los recibos relativos a todos los gastos que pague con la tarjeta y que, si me los piden, debo enviarlos para que Beneliance los revise. Si no los envié haré que el gasto se trate como no reembolsable y tendré que enviarle el pago a mi empleador. Puedo pagar contra la cantidad de un reclamo pendiente, con un cheque personal, un retiro electrónico de mi cuenta personal de cheques o de ahorro, una deducción de mi salario neto u otras opciones que mi empleador haya establecido.

## Elijo el Depósito directo como mi método para recibir pagos.

Número de ruta bancaria \_\_\_\_\_ Número de cuenta \_\_\_\_\_  
(Debe rellenar los nueve recuadros). (Incluya las rayas pero no los espacios ni lo simbolos especiales)

----- PEGUE AQUI UN CHEQUE ANULADO -----

**NO pegue una boleta de depósito porque a menudo no contienen toda la información que se necesita.**

Entiendo que este acuerdo para reducir el salario permanecerá vigente y no se podrá revocar ni cambiar durante el Año plan, a menos que la revocación o cambio obedezca a una nueva elección en virtud de y conforme con un cambio en el estado familiar. Certifico que la información de arriba es correcta y verdadera y que elijo participar.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
O que elijo no participar en las cuentas FSA. (mm/dd/aaaa)

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(mm/dd/aaaa)

Beneliance | PO Box 55068 | Little Rock, AR 72215  
sin cargos 877-685-0655 | Teléfono 501-687-6954 | Facsímile sin cargo 855-445-1696 | beneliance.com