

# Contrato de reembolso

Cuenta de gastos flexibles (FSA) de cuidado de dependientes

Puede usar este formulario para reembolsos automáticos cada mes si está obligado a pagar cantidades mensuales incluso cuando no requiere cuidado debido a una enfermedad, vacación, etc.

### Instrucciones

1. Por favor marque todas las secciones en letra de molde. Información que falte puede causar demoras.
2. Marque la casilla abajo para empezar, cambiar o suspender un reclamo existente.
3. Es su responsabilidad notificar a Allegiance de algún cambio de manera oportuna.
4. Puede mandar por fax su formulario completo a 1-877-424-3539.

Empleador:		Fecha:	
Nombre del empleado:		ID del empleado:	
Empieza*	Cambio*	*Suspensión	
Fechas que los precios son efectivos _____ a _____			
El proveedor carga \$ _____ por mes, y TOTAL \$ _____ por rango del contrato. (Por ejemplo: \$100 por mes x 12 meses en total será \$1200,00 por rango del contrato)			
Dependiente(s) recibiendo cuidado:			
Nombre del proveedor		Firma del proveedor	
Numero de identificación del proveedor			
<b>Unos ejemplos de gastos que son ELEGIBLES:</b>		<b>Unos ejemplos de gastos que NO son elegibles:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Centros de cuidado diurno</li> <li>Cuidado de ancianos</li> <li>Cuidado familiar de niños</li> <li>Campos diurnos</li> <li>Escuela preescolar</li> <li>Cuidado después de la escuela</li> <li>Niñera / Au Pair</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Comida</li> <li>Campamentos residenciales</li> <li>Pañales</li> <li>Gastos de educación, incluyendo el kindergarten</li> <li>Tasas incidentales, como tasas de actividades y excursions escolares</li> </ul>	

Los reclamos son pagados con los fondos disponibles en su cuenta al tiempo que se haga el pago. El balance continua disponible.  
Yo certifico que las dichas cantidades se deben al proveedor, incluso si ocurren ausencias durante el período de facturación.

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

DCA Contract 2024