

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA BENEFICIOS FLEXIBLES



Completar de forma legible en letra de molde

EMPLEADOR:		DIVISIÓN:	
N.º DE SEGURO SOCIAL:		INSCRIPCIÓN ABIERTA: EMPLEADO NUEVO CAMBIO*	
NOMBRE:		FECHA DE ENTRADA EN VIGOR (mm/dd/aa):	
DIRECCIÓN POSTAL:		FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa):	
CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL:		TELÉFONO:	M CASADO F SOLTERO
CORREO ELECTRÓNICO:			

Si todavía no se ha registrado para el depósito directo, es fácil. Visite la cuenta de beneficios flexibles de Allegiance, [www.askallegiance.com](http://www.askallegiance.com).

## AUTORIZACIÓN PARA LA ELECCIÓN DE BENEFICIOS FLEXIBLES

DEDUCIR LAS PRIMAS DEL SEGURO ANTES DE IMPUESTOS	DEDUCCIÓN POR PERÍODO DE NÓMINA	CANTIDAD DE PERÍODOS DE PAGO	MONTO TOTAL ANUAL ELEGIDO
	GASTOS MÉDICOS _____	X _____	= _____
	GUARDERÍA _____	X _____	= _____

PERÍODOS DE PAGO (marcar uno) 52 = SEMANALMENTE 26 = CADA DOS SEMANAS 24 = DOS VECES AL MES 12 = UNA VEZ AL MES El "Monto total anual elegido" se usará para ingresar los montos elegidos en el sistema de Allegiance.

## AUTORIZACIÓN DE ELECCIÓN DE TARJETA DE DÉBITO (SI SE LA OFRECE SU EMPLEADOR)

Sí, me gustaría una tarjeta de débito flexible para el año del plan actual. Proporcione una dirección de correo electrónico para recibir las comunicaciones sobre la tarjeta de débito. Para establecer su segunda tarjeta para el uso de un cónyuge o dependiente, ese usuario solo tiene que firmar el reverso de la tarjeta antes de usarla. Los comerciantes deberían reconocer la tarjeta como una tarjeta de beneficios prepagada.

### AL ELEGIR LA TARJETA DE DÉBITO FLEXIBLE:

- No puedo solicitar el reembolso a ningún otro plan por los gastos pagados con la tarjeta.
- Solo puedo utilizar la tarjeta para pagar los gastos elegibles y obtendré y proporcionaré toda la documentación solicitada para dichos gastos.

### CERTIFICACIÓN Certifico que estas son mis elecciones de beneficios y que:

- Autorizo la deducción "antes de impuestos" de una parte de mi salario en función de las elecciones de arriba.
- Mi elección de la Cuenta de gastos flexible (FSA) de atención médica es para los gastos médicos, dentales y de la vista para mí, mi cónyuge y mis dependientes calificados.
- Mi elección de la FSA de guardería es para el cuidado de mis hijos dependientes para fines tributarios, menores de 13 años o personas que no pueden cuidar de sí mismas, que vivan conmigo al menos 8 horas por día.
- Entiendo que no se me reembolsarán los aportes que no haya utilizado realizados a la FSA y que se convertirán en propiedad de mi empleador.
- Las solicitudes de reembolso enviadas a Allegiance deben estar acompañadas de la documentación del gasto.
- Entiendo que la cobertura se aplica solo a los gastos realizados dentro del año del plan y durante mi periodo de empleo.
- Entiendo que este acuerdo no puede modificarse o renovarse durante el año del plan, a menos que ocurra un cambio de estado calificado.

Se necesita tanto la firma del empleado como la autorización de la empresa para que se complete la inscripción.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Autorización de la empresa: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*Si este es un cambio de elección, indique el evento que califique. Tenga en cuenta que los cambios de elección son para fechas de servicio a futuro:

\_\_\_\_\_ Iniciales de RR. HH. \_\_\_\_\_

Solo para el uso de Allegiance

OFEE 2024

Número de grupo: \_\_\_\_\_ Fecha en que se completó: \_\_\_\_\_ Presentado por (iniciales): \_\_\_\_\_