



**CUENTA DE GASTOS FLEXIBLE (FSA) DE ESTACIONAMIENTO
SOLICITUD DE REEMBOLSO**

Para enviar reclamaciones escaneadas o para obtener formularios adicionales, visite: www.askallegiance.com

Escriba legiblemente en letra de molde en tinta negra o azul. No incluya gastos de atención médica en este formulario.

Nombre del empleador: _____ N° total de páginas sometidas: _____
Nombre del empleado: _____ Atención: _____
ID del empleado: _____ Comentarios: _____
(Número de seguro social o si asignada, ID alternativa)

Los Reclamos por fax y por correo pueden tardar más en procesarse que los reclamos electrónicos y no aparecerá en su cuenta hasta que ser reembolsado. Para un proceso rápido y fácil, por favor entre en línea para enviar su reclamo. Si no ha recibido el reembolso dentro de dos semanas, por favor, póngase en contacto con un representante de Allegiance al 877-424-3570.

Si desea que los pagos futuros sean depositados directamente en su cuenta bancaria, incluye un cheque anulado con este formulario o inscribise en el sitio web de Allegiance.

<u>Estacionamiento calificado</u>	<u>Por el mes de</u>	<u>Cantidad pagada</u>
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

DEBE SOMETER DOCUMENTACION DE TERCERA PERSONA DE SUS GASTOS CON ESTE FORMULARIO DE RECLAMO (RECIBO QUE MUESTRA FECHAS DE SERVICIO Y LAS CUOTAS PAGADAS. SI LA DOCUMENTACIÓN NO ESTÁ ADJUNTA, SU RECLAMO SERÁ DEMORADO).

Certifico que las fechas y los servicios son verdaderos y que los gastos reclamados han sido incurridos en conexión con estacionamiento relacionado al trabajo.

Firma (requerida): _____ Fecha: _____

[] Marque aquí si su dirección ha cambiado. Dirección nueva: _____

***Si su dirección ha cambiado, por favor informa su empleador.*