

**FORMULARIO DE REGISTRO DE CUENTA DEPENDIENTE Y GASTOS FLEXIBLES PARA
POR FAVOR COMPLETE ESTE FORMULARIO Y ENVÍE A SU EMPLEADOR**

Apellido _____ Nombre _____

Número de seguridad social _____ Fecha de contratación _____

Dirección _____ Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____ Teléfono (____) _____

(Marque aquí si el número de móvil)

Dirección de correo electrónico _____

Opción I: Cuenta de reembolso médico

Ingrese una elección de contribución ANUAL ANTES DE IMPUESTOS de hasta el máximo*: \$ _____

Opción II: Cuenta de reembolso por cuidado de dependientes

\$ _____

Opción III: Renuncia de beneficios fiscales

Se me ha dado la oportunidad de inscribirme en estos planes de ahorro de impuestos y me he negado a participar. Entiendo que perderé todos los ahorros impositivos que pueda haber recibido como participante.

Firma del empleado _____

Fecha _____

For Employer Use Only

Effective Date: _____