

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE LA CUENTA DE REEMBOLSO DE SALUD (HRA)

POR FAVOR COMPLETE ESTE FORMULARIO Y ENVÍE A SU EMPLEADOR

NOMBRE DE EMPRESA: _____

Apellido _____

Nombre _____

Número de seguro social _____

Fecha de contratación _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ **Ciudad** _____

Estado _____ **Código Postal** _____ **Teléfono (____)** _____
 (Marque aquí si el número de móvil)

Correo electrónico

Tipo de Cobertura: **Soltero** _____ **Esposo /Cónyuge** _____ **Padre / Hijo** _____ **Familia** _____

Información dependiente

Proporcione la información de su cónyuge y / o dependiente.

1	Nombre dependiente	Relación	SSN	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Tarjeta
2	Nombre dependiente	Relación	SSN	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Tarjeta
3	Nombre dependiente	Relación	SSN	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Tarjeta
4	Nombre dependiente	Relación	SSN	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Tarjeta
5	Nombre dependiente	Relación	SSN	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Tarjeta

Firma del empleado _____ **Fecha** _____

For Employer Use Only

Effective Date: _____