

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE CUENTA DE AHORRO DE SALUD

POR FAVOR COMPLETE ESTE FORMULARIO Y ENVÍE A SU EMPLEADOR

Apellido _____ Nombre _____

Número de seguridad social _____ Fecha de contratación _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____ Teléfono (____) _____

☐ (Marque aquí si el número de móvil)

Dirección de correo electrónico _____

Opción I: Cuenta de ahorro de salud

Ingrese una elección de contribución ANUAL ANTES DE IMPUESTOS.

Individual \$ _____

Familia \$ _____

Opción II: 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: _____