

**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:** \_\_\_\_\_