

**Datos del empleado** (escriba en letra de imprenta con claridad).

Nº de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Departamento/Área \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Domicilio del empleado \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

*Ayúdenos a cuidar el medioambiente. Si nos proporciona un correo electrónico, será nuestro medio de contacto principal.*

Fecha de empleo \_\_\_\_\_ Entrada en vigencia del plan \_\_\_\_\_  
Mes Día Año Mes Día Año

**Datos del empleador** (la información que se solicita a continuación debe ser completada por el empleador).

Fecha de la 1.ª deducción de nómina \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Año de plan de 12 meses

Entrada en vigencia del plan para el empleado \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Año de plan corto

**Elecciones del empleado** (la información que se solicita a continuación debe ser completada por el empleado).

**A. Primas médicas de grupo** (si participa en planes de seguro de su empleador, sus primas se deducirán automáticamente antes de impuestos, a menos que informe al Departamento de Personal o de Recursos Humanos al respecto).

	Elección anual	N.º de deducciones de nómina	\$ por cheque de pago
<b>B. FSA para salud</b>	\$ _____ / _____	=	\$ _____
<b>C. FSA para guardería de dependiente</b>	\$ _____ / _____	=	\$ _____
<b>D. Póliza de salud individual</b>	\$ _____ / _____	=	\$ _____
<b>E. FSA para fines determinados</b>	\$ _____ / _____	=	\$ _____
<b>F. Cargo administrativo (si lo hay)</b>	\$ _____ / _____	=	\$ _____
<b>TOTALES</b>	\$ _____ / _____	=	\$ _____

Mi empleador ofrece la descarga automática de reclamos a través de mi prestador de servicios médicos y deseo aprovechar ese servicio.

**No, no deseo inscribirme.** Si ocurre un cambio de estado, puedo tener el derecho a inscribirme en el plan en ese momento (si el plan de mi empleador lo permite).

**Sí, deseo inscribirme.** Las normas del Servicio de Impuestos Internos (IRS) establecen cuatro condiciones: 1) cualquier gasto en el que incurra debe realizarse en el año del plan; 2) ningún gasto puede no estar cubierto por otra fuente, por ejemplo, un seguro; 3) para recibir el pago, usted debe proporcionar la documentación adecuada; 4) no puede cambiar ni revocar sus elecciones durante el año del plan, a menos que haya un cambio específico en su estado y su empleador lo admita. Consulte los detalles en el Resumen descriptivo del plan.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Información para depósito directo** (complete esta sección si es un cliente nuevo de eflex o si la información de su cuenta bancaria cambió durante el último año. No necesita completar esta sección si se le hicieron depósitos directos durante el último año del plan y si no hubo cambios en la información de su cuenta bancaria).

### Datos del empleado

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo (trabajo, celular): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

### Datos de la cuenta bancaria

Nombre del banco: \_\_\_\_\_

Domicilio del banco: \_\_\_\_\_

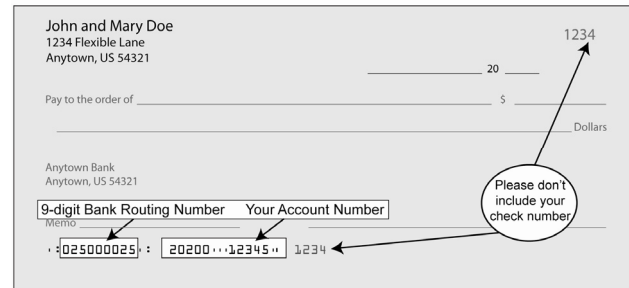
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

Número de ruta bancaria y de tránsito: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: Proporcione un cheque invalidado para cada cuenta indicada arriba. De lo contrario, no podremos procesar su inscripción. No use un recibo de depósito, ya que el número puede no ser válido.**



### Autorización

Autorizo que los reembolsos de mi cuenta de gastos flexibles según la Sección 125, de mi cuenta de gastos flexibles para dependientes, de mi cuenta de prima de salud individual, de mi cuenta de gastos flexibles para fines determinados o de mi plan de reembolso de gastos médicos según la Sección 105 se envíen a la institución financiera que se menciona arriba y se depositen en la cuenta designada.

En el caso de que se depositen fondos erróneamente en mi cuenta, autorizo a mi administrador según la Sección 125/105 a debitar de mi(s) cuenta(s), hasta el monto inicial del crédito.

También comprendo que todos los depósitos directos se realizan mediante la cámara de compensación automática (ACH, por su sigla en inglés) y que la disponibilidad de los fondos está sujeta a los términos y a las limitaciones de la ACH y de mi institución financiera.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Envíe el formulario con toda la información por fax, correo electrónico o correo postal, con un cheque invalidado, a su Departamento de Personal o de Recursos Humanos.**