

FSA

Forma de registraci3n y autorizaci3n

Correo electr3nico (necesario): _____

Empleador	Título de trabajo	Empleado	Principio	Rostra de pago	Deduci3n	Fecha de comienzo
Apellido	Nombre	Mid..Init.	Teléfono #			
Correo de empleado: (<u>Cheques de reembolso son enviados a la direcci3n</u>) Calle		Cuidad	Estado	Codigo postal		
Numero social	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Divorciada/o	Fecha de comienzo	Horas trabajadas Semanal		
_____/_____/_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Cazada/o				
Usted esta pagada/o:		<input type="checkbox"/> Semanal (52/año)	<input type="checkbox"/> Semi-Mensual (24/ año)	<input type="checkbox"/> Otro _____		
		<input type="checkbox"/> Semanalmente (26/año)	<input type="checkbox"/> Monthly (12/ año)			

AUTORIZACI3N DE COBERTURA Y PARTICIPACI3N

Pido que los siguiente costos seyan deducido de mi salario **por per3odo de pago**, como lo siguiente:

Prima de aseguranza \$ _____ Expensas m3dico \$ _____ Expensas para Guarderia de dia \$ _____

DEPOSITO DIRECTO ELECCI3N AUTORIZACI3N - OPTIONAL

Yo electo y directo Administrative Solutions, Inc. para iniciar depositos y/o correcciones para la instituci3n financiera enumerada abajo.

Reembolso de deposito directo so electronicamente depositada a su cuenta de banco. **Una copia de su cheque anulado deberia ser attachado.** Resbalones de depositos no son aceptados.

Empezar Depositos

Cancelar Depositos

<input type="checkbox"/> Checking	Enrutamiento #: _____
<input type="checkbox"/> Ahorros	Cuenta #: _____
	Nombre de Banco: _____

Yo enteniendo que fondos electronicos transferidos funds transfer (FET) seran iniciados en la fecha normal. Deposito pueden tomar hasta may tres (3) dias de negocios y aperrecher3n en la cuenta designada. Articulos devueltos due debido a informaci3n incorrecto de banco sera will be juzgado a \$25.00 cuota.

******PORFAVOR ADJUNTE UNA COPIA DE CHEQUE ANULADO******

Certifico que la informaci3n de arriba es correcta y verdadera hacia lo major de mi conocimiento. Autorizo las deducciones de n3mina de mis ingresos por cualquier contribuci3n que estoy haciendo para el costo de cualquiera de las anteriores. La (s) cuenta (s) aplicable (s) al final del año del plan no utilizada para los gastos elegibles incurridos durante el año del plan ser3 confiscada de acuerdo con las disposiciones actuales del plan y las leyes tributarias. Tambi3n entiendo que la deducci3n del Plan de beneficios flexibles de la Secci3n 125 estar3 vigente para el año del plan y no puede ser revocada a menos que experimente un cambio en mi estado familiar como se define en el Documento del Plan.

Firma

Fecha

DECLINACION DE COBERTURA Y PARTICIPACI3N

Se me ha dado la oportunidad de participar en el Plan de Beneficios Flexibles de la Secci3n 125 y he elegido no hacerlo. Si posteriormente quisiera inscribirme en este Plan, entiendo que mi elegibilidad y fecha efectiva ser3n determinadas de acuerdo con las disposiciones del Documento del Plan elegidas por mi Patr3n.

Firma

Fecha

