

# Formulario de Gastos Recurrentes para el Cuidado de Dependientes



## Información del Empleado

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ ID de miembro de PacificSource \_\_\_\_\_  
Apellido del empleado \_\_\_\_\_ Primer nombre, inicial 2do. nombre \_\_\_\_\_  
Dirección postal \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_ Dirección de email \_\_\_\_\_

## Información de los Dependientes

Nombre del dependiente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Nombre del dependiente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Nombre del dependiente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Nombre del dependiente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

## Información del proveedor de cuidados diurnos (esta sección debe ser llenada por el proveedor de cuidados diurnos)

Nombre del proveedor de cuidados diurnos \_\_\_\_\_ ID de impuestos del proveedor \_\_\_\_\_  
Tarifa del proveedor \_\_\_\_\_ Fecha de inicio de la tarifa \_\_\_\_\_ Fecha final de la tarifa \_\_\_\_\_  
Frecuencia:  
Semanal Bisemanal, los siguientes días del mes: \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ Mensual, el día \_\_\_\_\_ del mes  
Firma del proveedor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Ejemplos de gastos elegibles para el cuidado de dependientes:** guarderías, servicios de niñera, campamentos de día, preescolar, cuidados para antes y después de la escuela, cuidado de ancianos

**Ejemplos de gastos no elegibles para el cuidado de Dependientes:** comidas, campamentos para pasar la noche, cuidados médicos, gastos educativos/colegiaturas, jardín de niños, cuotas varias (cuotas por actividades, visitas guiadas, etc.)

## Autorización de reclamaciones recurrentes

Este formulario evita la necesidad de tener que entregar documentación adicional para los gastos para el cuidado de dependientes (DCE) que sean recurrentes. **La vigencia del formulario se indica arriba o el formulario es válido durante el año del plan actual, cualquiera que sea menor.** Nota: En el caso de las tarifas por hora, no es posible configurarlas como gastos recurrentes.

**Mediante este formulario, solicito que me inscriban en el programa de reembolso de gastos recurrentes para el cuidado diurno a través de mi cuenta de Gastos para el Cuidado de Dependientes (DCE).** Cuando se reciban las deducciones en la nómina, PSA generará automáticamente un reembolso por los gastos incurridos. Entiendo que debo llenar un nuevo Formulario de Gastos Recurrentes para el Cuidado de Dependientes **cada año del plan** o cuando termine mi contrato en la fecha indicada arriba.

Certifico que la información proporcionada en este Formulario de Gastos Recurrentes para el Cuidado de Dependientes es completa y verdadera según mis conocimientos. Solamente estoy solicitando el reembolso de los gastos elegibles incurridos en beneficio de los participantes elegibles del plan durante el año del plan aplicable. Certifico que estos gastos no han sido, ni se espera que sean, reembolsados bajo este o cualquier otro plan de beneficios y que no serán considerados como una deducción para el pago de impuestos sobre ingresos. Autorizo que el monto arriba solicitado sea deducido de mi cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes (DCE).

Firma del empleado\* \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

PO Box 2797, Portland, OR 97208-2797 | Teléfono 800-422-7038, TTY: 711. Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión. | Fax 866-446-6090

**Presente las reclamaciones electrónicamente a través del portal FSA/HRA de PacificSource Administrators, Inc.: [PacificSource.com/PSA](https://www.pacificsource.com/PSA)**

CLB739\_0622