

Beneficio de Transporte



Inscripción **Cambio**

1. Información de la inscripción actual

Si necesita realizar un cambio, proporcione la información anterior en esta sección y luego ingrese la información nueva en la sección 2.

A excepción de los cambios de estatus calificados, su elección de beneficios aplicará hasta el final del año del plan actual.

Nombre del empleador _____ Fecha de vigencia _____ División/clase _____

Nombre del empleado _____ Email _____

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono móvil _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AA) _____ ID del miembro (si conoce el dato) _____

Beneficiario _____

Solicito que se realicen las siguientes reducciones por periodo: Estacionamiento \$ _____ Transporte \$ _____

El empleador contribuye a la(s) cuenta(s) del empleado.

2. Cambiar información

Por favor proporcione la información nueva.

Nombre del empleador _____ Fecha de vigencia _____ División/clase _____

Nombre del empleado _____ Email _____

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono móvil _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AA) _____ ID del miembro (si conoce el dato) _____

Beneficiario _____

Solicito que se realicen las siguientes reducciones por periodo: Estacionamiento \$ _____ Transporte \$ _____

3. Autorización

Certifico que la información proporcionada en este formulario es correcta y verdadera según mis conocimientos. Entiendo que las cantidades anteriormente indicadas solamente pueden cambiar en caso de que ocurra un evento calificativo y durante el periodo de inscripciones abiertas. Comprendo que cualquier monto restante en mi cuenta el final del año del plan se transferirá al siguiente año del plan. También entiendo que perderé los fondos no utilizados en caso de la terminación de mi empleo según lo dispuesto en la Sección 132. Adicionalmente, entiendo que las reducciones anteriores pueden reducir igualmente mis beneficios futuros del Seguro Social.

Firma del empleado _____ Fecha _____

Participante: Devuelva el formulario original a su empleador y conserve una copia para su expediente.

Empleador: Envíe una copia a PacificSource Administrators, Inc.

P.O. Box 70168, Springfield, OR 97475

Teléfono: **800-422-7038**, TTY: 711. Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.

Fax: 800-575-1109

PacificSource.com/PSA