

Formulario de Inscripción de la Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) para Empleados—ERF



Por favor escriba con letra de imprenta (molde).

* = campo requerido

1. Información sobre el empleo

Empleador* _____ División/clase _____

Fecha de contratación* _____ Fecha de vigencia de la FSA* _____ Fecha de la primera deducción _____

ID de miembro de PSA (en caso de que aplique) _____ ID de empleado _____ Horas trabajadas por semana _____

2. Información del empleado

Primer nombre del empleado, inicial 2do. nombre* _____ Apellido* _____

del Seguro Social* _____ Email _____

Dirección postal* _____

Ciudad* _____ Estado* _____ Código postal* _____

Teléfono de casa _____ Teléfono móvil _____

Fecha de nacimiento* _____ Nombre del beneficiario y relación _____

3. Componente de pago de las primas

Acepto que se realicen deducciones de mi salario (antes de impuestos) para pagar las primas del seguro médico y de hospitalización, el seguro de gastos médicos mayores, el seguro dental, el seguro visual y/o otros beneficios calificados que ofrezca mi empleador bajo la Sección 125 en beneficio mío y de los miembros elegibles de mi familia. Si mi empleador utiliza el método de inscripción continuo, seguiré inscrito en el Componente de Pago de las Primas hasta que yo notifique por escrito a mi empleador que ya no deseo que se deduzca la parte de las primas que me corresponde (antes de impuestos).

4. Elección de la cuenta de gastos flexibles

	Cuenta (según se ofrezca)	Elección de periodo de pago del empleado	Cantidad de fechas de pago	Elección anual del empleado	Elección de financiamiento PP de grupo	Financiamiento anual del grupo	Información de la cuenta
Componente DCAP	Gastos para el Cuidado de Dependientes (DCE)	\$	x	= \$	\$	\$	Gastos para el cuidado de menores (para dependientes menores de 13 años) y gastos para el cuidado de ancianos que usted incurra mientras se encuentre en el trabajo o la escuela.
	Cuenta de Salud FSA de Propósito General (HRE)	\$	x	= \$	\$	\$	Gastos médicos, dentales, visuales y preventivos elegibles para usted y sus dependientes.
Componente de salud FSA	Cuenta de Salud FSA de Propósito Limitado (LFSA)	\$	x	= \$	\$	\$	Gastos dentales, visuales y preventivos elegibles para usted y sus dependientes. Los empleados que contribuyan a una cuenta de ahorro para la salud pueden elegir este plan.
	Cuenta de Salud FSA de Alcance Limitado (LSFSA)	\$	x	= \$	\$	\$	Gastos dentales y visuales elegibles para usted y sus dependientes. Los empleados que no sean elegibles para el plan médico patrocinado de grupo pueden elegir este plan.

Marque este recuadro si usted o sus dependientes están inscritos (o planean inscribirse) en una cuenta de ahorro para la salud.

Marque este recuadro si usted no es elegible (o no será elegible) para participar en el plan médico de grupo patrocinado por su empleador.

Continúa >

5. Información del miembro

Nombre del empleador _____

Nombre del empleado _____

6. Opciones adicionales

Es posible que las opciones adicionales no estén disponibles para todos los planes. Consulte el resumen de su plan o hable con su empleador para obtener más información. Usted puede elegir la tarjeta de débito de beneficios, en caso de que esté disponible. Si usted está inscrito en el plan de PacificSource de su empleador, es posible que sea elegible para el programa EasyPay. Las reclamaciones FSA se pueden seguir presentando por fax, correo o de manera electrónica a través del portal FSA/HRA en PSA.PacificSource.com. **Seleccione una de las siguientes opciones:**

Tarjeta de débito de beneficios	La tarjeta de débito de beneficios permite deducir los gastos directamente de su cuenta de salud FSA en el punto de venta. Es necesario tener recibos detallados de todas las transacciones que no sean automáticamente verificadas en el punto de venta. No tiene costo adicional obtener inicialmente su tarjeta de débito de beneficios. Cuando expiren las tarjetas (5 años), le enviaremos automáticamente un juego de reemplazo sin costo alguno. <i>Indique si usted desea inscribirse y/o seguir inscrito o si desea cancelar su inscripción.</i>	Inscribirse y/o seguir inscrito Cancelar mi inscripción
Tarjeta de débito de beneficios de reemplazo	Usted puede obtener dos tarjetas de débito de beneficios adicionales o de reemplazo a un costo de \$10. Este costo se deduce de su cuenta de salud FSA. Por favor indique si sus tarjetas se extraviaron o si fueron robadas (y si usted desea recibir tarjetas con nuevos números). O indique si usted desea ordenar tarjetas adicionales con el mismo número de tarjeta.	Extraviadas/robadas Adicionales
EasyPay	EasyPay es un programa de reembolso automático de las reclamaciones elegibles procesadas por PacificSource Health Plans. Los empleados deben estar inscritos en el plan de PacificSource de su empleador para ser elegibles para el programa EasyPay. Los empleados o los miembros de su familia con una cobertura secundaria no son elegibles para el programa EasyPay. Es necesario llenar, firmar y devolver el formulario de inscripción de EasyPay para poder inscribirse. Dicho formulario está disponible en PSA.PacificSource.com/forms .	

7. Autorización o exención del participante

Autorización del participante

Certifico que la información proporcionada en este formulario es correcta y verdadera según mis conocimientos y que los niños sobre quienes reclamaré gastos de dependientes o gastos para el cuidado de menores residen conmigo en una relación de padres-hijos o dependen legalmente de mí para su manutención. Entiendo que cualquier monto restante en mi(s) cuenta(s) que no sea utilizado para pagar gastos elegibles que sean incurridos durante el año del plan pudiera perderse de acuerdo con las disposiciones actuales del plan y las leyes fiscales. También comprendo que las reducciones de compensación flexible estarán vigentes durante el año del plan y no podrán revocarse a menos de que ocurra un cambio calificado en el estatus. Adicionalmente, entiendo que las reducciones pueden reducir igualmente mis beneficios futuros del Seguro Social.

En caso de que yo pierda la cobertura del componente de salud FSA como resultado de un evento que cumpla con los requisitos (tal como la terminación del empleo o la pérdida de la elegibilidad debido a una reducción en las horas de trabajo), es posible que yo tenga el derecho de solicitar la continuación de la cobertura de salud FSA según lo permita el plan de mi empleador. Comprendo que no puedo ser obligado a reembolsar al empleador (incluso voluntariamente) cualquier monto que exceda del saldo de mi cuenta de salud FSA.

Exención del participante

No deseo participar en el plan ni inscribirme en el componente de salud FSA, el componente DCAP y el componente de pago de las primas. Entiendo que al negarme a participar, no podré inscribirme durante este año del plan a menos de que mi empleador permita realizar cambios a mediados de año y yo tenga un evento calificativo en cumplimiento con la sección 125 del Código del IRS y solicite mi inscripción dentro de un plazo de 30 días a partir de dicho evento.

Cualquier persona que llene esta solicitud con información materialmente falsa o que oculte información material con la intención de cometer intencionalmente un fraude pudiera estar sujeta a penalidades criminales y civiles, además de que PacificSource Administrators, Inc. pudiera cancelar la membresía de dicha persona y negarse a pagar sus reclamaciones.

Firma del empleado* _____ Fecha _____

Empleado: Por favor devuelva el original a su empleador y conserve una copia para su expediente.

Empleador: Por favor revise la información del formulario, conserve una copia para su expediente y proporcione una copia a PacificSource Administrators, Inc. o envíe una hoja de cálculo de manera electrónica.

PacificSource Administrators, Inc. PO Box 70168, Springfield, OR 97475; **800-422-7038**, TTY: 711 (aceptamos llamadas del servicio de retransmisión); fax 800-575-1109; PacificSource.com/PSA

CLB122ERF_1024