

Instrucciones

El Formulario de Cambios de la Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) le permite cambiar sus elecciones de beneficios según lo permita el plan. Por favor consulte el Resumen Descriptivo del Plan antes de solicitar el cambio para verificar si cumple con las reglas del plan y con los requerimientos establecidos por el Servicio de Recaudación de Impuestos (IRS). Adicionalmente, los cambios tienen que ser prospectivos y consistentes con el tipo de evento, además de que deben solicitarse dentro de un plazo de 30 días a partir de que ocurra el evento calificativo.

**La nueva elección indicada al reverso es solamente una estimación. La elección del periodo de pago actual dependerá de los cambios permitidos por su plan, de la aprobación de la elección por parte de su empleador y del periodo de pago durante el cual dicho cambio sea ingresado al sistema de nómina. No es posible reducir una elección a un nivel menor del que haya sido reembolsado.

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

¿Necesita ayuda para determinar sus elecciones? Utilice esta hoja de trabajo para calcular el monto estimado de sus elecciones. Por favor recuerde que esta hoja no toma en cuenta los planes sujetos a un prorrateo.

	Cuenta de Salud FSA	Cuidado de Dependientes
1 Elección del Año Anterior Su elección anual más reciente	\$ _____	\$ _____
2 Nueva Elección Anual La suma de sus elecciones para todo el año del plan	\$ _____	\$ _____
3 Monto Ya Deducido durante este año del plan	\$ _____	\$ _____
4 Nueva Elección Anual Línea 2 menos línea 3	\$ _____	\$ _____
5 Número de Fechas de Pago Restantes durante este año del plan	_____	_____
6 Elección Máxima por Periodo de Pago Línea 4 dividida entre línea 5	\$ _____	\$ _____

Preguntas y Respuestas Frecuentes

1. ¿Qué significa "consistente con el evento"?

- Los cambios en la elección de la cobertura de salud FSA deben realizarse debido a un cambio en el estatus y deben corresponder a dicho cambio en el estatus. Deben afectar la *elegibilidad* para la cobertura de su plan. **Ejemplo:** La elección de una cobertura de salud FSA puede incrementarse en el caso de un cónyuge o una familia recién elegible o puede reducirse si el cónyuge o la familia son elegibles bajo su plan de salud. Usted no puede cambiar su elección si contrae matrimonio, si no tiene cambios en su elegibilidad y si desea cancelar su elección para ahorrar dinero.
- Los cambios en la elección del Programa de Asistencia para el Cuidado de Dependientes (DCAP) deben afectar a los gastos del DCAP y corresponder al evento. **Ejemplo:** Una elección DCAP puede cancelarse cuando su hijo cumpla 13 años de edad a mediados del año del plan, esto debido a que el niño ya no es un individuo calificado según los requisitos establecidos en las reglas del DCAP.

2. ¿Qué es el prorrateo y cómo afecta a mi elección?

Si en su plan se aplica el prorrateo, esto significa que la deducción máxima por periodo de pago no puede exceder del máximo de su plan dividido entre la cantidad de periodos de pago en el año. **Ejemplo:** \$2,600 ÷ 12 fechas de pago = \$216.67, por lo que la elección máxima por periodo de pago es de \$216.67. Si usted se inscribe en el plan a mediados de año y solamente quedan 6 fechas de pago en el año del plan, la elección máxima es de \$1,300 (\$216.67 x 6).

Recursos

- El **Resumen Descriptivo del Plan (SPD)** explica a detalle la operación y las reglas que aplican a su plan. Consulte la Sección II ("Un Vistazo a Su Plan") para conocer las características específicas que ofrece su empleador y la Sección V ("Disposiciones Administrativas—Cambios en las Elecciones") para obtener mayor información acerca de los cambios en las elecciones. Por favor póngase en contacto con su Departamento de Recursos Humanos para solicitar una copia del SPD de su plan.
- El **Folleto FSA** es un documento informal que resume la información y las especificaciones de su plan.



Formulario de Cambio de la Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) para Empleados

Por favor escriba con letra de imprenta (molde). * = campo requerido

Empleo

Empleador* _____ ID de Miembro de PSA _____

Empleado

Apellido del Empleado* _____ cambiar Primer Nombre,* Inicial 2do Nombre _____

Fecha de Nacimiento* _____ Núm. del Seguro Social _____

Dirección Postal* _____ cambiar

Ciudad* _____ Estado* _____ Código Postal* _____

Teléfono Principal _____ cambiar Teléfono Secundario _____ cambiar

Email _____ cambiar

En caso de ser provisto, es posible que las notificaciones se envíen por email.

Evento Calificativo

Los cambios deben realizarse antes de su fecha de vigencia, deben ser consistentes con el evento y deben solicitarse dentro de un plazo de 30 días a partir de que ocurra el evento calificativo. Los cambios entrarán en vigor el primer día del siguiente periodo de pago después de la fecha del evento calificativo.

Fecha del Evento Calificativo* _____ Fecha del Siguiete Periodo de Pago* _____

Fecha Cuando se Realizará la Nueva Deducción _____

Cuenta de Salud FSA: Monto de la Nueva Elección por Periodo de Pago** \$ _____

Cuenta de Salud FSA: Monto de la Nueva Elección Anual** \$ _____

DCAP: Monto de la Nueva Elección por Periodo de Pago** \$ _____

DCAP: Monto de la Nueva Elección Anual** \$ _____

Seleccione un evento de cambio de estatus.*

Nacimiento/Adopción de un Niño(a) (puede ser retroactivo) Fecha _____

Cambio en la Cobertura o el Costo de la Asistencia para el Cuidado de Dependientes

Cambio en el Estatus del Empleo
Yo mismo Cónyuge

Cambio en el Estado Civil Legal
Matrimonio Divorcio Separación legal

Fallecimiento de Cónyuge Hijo(a) Fecha _____

Recuperación de Elegibilidad del Empleado

Recontratación del Empleado

Ineligibilidad de Dependiente (debido a edad, custodia o residencia)

Juicio, Decreto u Orden de la Corte

Otro

Explicación del cambio* _____

Autorización del Participante

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 pudiera cancelar la membresía de dicha persona y negarse a pagar sus reclamaciones.

Firma del Empleado* _____ Fecha* _____

Autorización del Empleador* _____ Fecha* _____

Empleador: Por favor revise el formulario, verifique que el cambio sea consistente con el evento y confirme que su plan permita realizar cambios. Una vez aprobado el formulario, devuelva una copia a PacificSource Administrators para su procesamiento y conserve una copia para su expediente.