

Nombre del Patrón _____

Ubicación/División/Sucursal _____

Nombre del Empleado _____

Número de Seguro Social _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Código Postal _____

Dirección del email _____

☐ ¿Depósito Directo? Llene el reverso de la planilla

Por favor, marque la casilla correspondiente y llene los montos de selección de HCFSa, aunque sea \$0. Luego ponga su firme, la fecha y entrégueselo al Patrón. El costo de sus primas de seguro se calcula con base en los beneficios que usted ha seleccionado y se retienen antes de deducir los impuestos. No se cobra tarifa por este concepto. Si usted no desea que le retengan las primas antes de deducir los impuestos, debe avisarle al departamento de nómina por escrito antes de la fecha de inicio del plan.*

☒ Primas antes de Deducir los Impuestos Automáticamente☐ Deseo Inscribirme en las Categorías para Atención Médica tal como se enumeran más abajo.

Cuentas de Gastos Flexibles

Monto de selección Anual

Cuenta de Gastos Flexibles para Atención Médica (HCFSa)

\$ _____

Vea al Patrón para Obtener los Máximos para el Año en el Plan

Cuenta de Gastos Flexibles para Cuidado al Dependiente (DCFSa)

\$ _____

El Máximo por Plan/Calendario/Hogar es de \$2.500/\$5.000 (vea la Guía para obtener datos importantes)

Las Primas de Seguro Colectivo Pertinentes se Deducen Antes de los Impuestos Automáticamente Libres de Impuestos

Su porción de las primas se calcula por los beneficios que usted seleccione.

*Por favor, vea a su patrón para determinar qué tarifas, de haber alguna, le corresponderían si usted participa en una FSA***Acuerdo de Reducción de Salario y Selección**

Por medio de la presente autorizo a mi patrón para que reduzca mi compensación en efectivo tal como se indica más arriba para el Año en el Plan siguiente a la fecha del presente acuerdo. Este monto total será dividido entre el número de períodos salariales y se podría ajustar para cumplir con el monto de selección anual si se pierde un ciclo salarial. Será posible tener acceso a los fondos, a los fines del reembolso, mediante la presentación de reclamos al plan por los gastos elegibles. (He seleccionado que se me retengan los costos de mis primas antes de deducir los impuestos -- sin embargo, entiendo que dichas primas no son reembolsables. El Departamento de Nómina calculará mi contribución con base en aquellos beneficios para los cuales me haya inscrito.)

Entiendo que a la presente planilla de selección, tanto para las categorías de FSA como para mis primas de seguro colectivo elegibles, no se podrá revocar ni se le podrán hacer cambios durante el año en el plan, a menos que exista un cambio de estatus calificado (Ej.: matrimonio, divorcio, fallecimiento de un cónyuge/hijo, nacimiento o adopción de un hijo, o terminación del empleo -- vea los documentos del plan) el cual justifique dicha revocación o cambio.

Entiendo que si al final del año en el plan y del período de gracia posterior queda sin utilizarse en la cuenta alguna contribución, corresponderá la regla de "úselo o piérdalo" del IRS y se perderán dichos fondos. Entiendo que se deberá incurrir en los gastos durante el año en el plan a fin de que se les considere elegibles (vea los documentos del plan para determinar si el plan tiene una extensión opcional). La fecha en la cual se ha incurrido en los gastos será aquella en la cual se prestaron los servicios, no la fecha en la que se hayan pagado o facturado los gastos. Sé que cada año tengo la opción de cambiar mis selecciones durante el Período de Inscripción Abierta [OEP por sus siglas en inglés]. Si no presento los cambios por escrito durante el OEP, mis selecciones *podrían* quedar iguales para el nuevo año en el plan (vea los documentos del plan para obtener datos específicos). Cada año se retienen antes de deducir los impuestos los cambios en las primas de seguro elegibles. Puedo elegir que no se retengan mis primas de seguro elegibles antes de deducir los impuestos, si presento tal solicitud al departamento de nómina antes de que se inicie el año en el plan o antes de que se tomen las primeras deducciones.

Firma del Participante _____

Fecha _____

☐ * Si usted no desea que retengan las primas de seguro elegibles antes de deducir los impuestos, ponga sus iniciales en la casilla y entréguele la planilla al patrón. Su patrón administra el Plan de Conversión de Primas y simplemente deduce su porción de las primas con base en un método antes de deducir los impuestos.

6180 Quail Valley Court
Riverside, CA 92507
951.656.9273 . 800.427.4549
Fax 951.656.9276 www.pagroup.us
flex@pagroup.us



Planilla de Autorización para Depósito Directo – reembolsos de la Cuenta de Gastos Flexibles

A fin de garantizarle una gestión rápida y exacta de su solicitud, por favor entréguele esta planilla a su patrón o envíela por fax al (951) 656-9276

o envíela por correo a:

PayPro Administrators, 6180 Quail Valley Court, Riverside, CA 92507

Nombre del Patrón *Llene esta Sección para toda Solicitud de Depósito Directo. Luego marque la casilla más abajo y llene esa sección*

Nombre del Empleado

SSN

☐ **Para Inscribirse en el Depósito Directo**, marque la casilla, adjunte el cheque anulado y llene: (no se aceptan planillas de depósito)

Nombre del Banco

Número de Identificación del Banco

Número de Cuenta

Autorización – Por medio de la presente autorizo a PayPro Administrators y a mi banco, tal como se indica en el cheque adjunto, para que hagan ingresos en mi cuenta designada.

Si PayPro Administrators le avisa alguna vez a mi Banco que se han depositado en mi cuenta, por error, fondos a los cuales no tengo derecho, autorizo a mi Banco para que le regrese dichos fondos a PayPro Administrators.

Firma

Fecha

☐ **Para Cambiar Su Banco y el Depósito Directo**, marque la casilla y adjunte el cheque anulado (no se aceptan planillas de depósito) (llene la parte superior de esta planilla)

Nombre del Banco

Número de Identificación del Banco

Número de Cuenta

Autorización – Por medio de la presente autorizo a PayPro Administrators y a mi banco, tal como se indica en el cheque adjunto, para que hagan ingresos en mi cuenta designada.

Si PayPro Administrators le avisa alguna vez a mi Banco que se han depositado en mi cuenta, por error, fondos a los cuales no tengo derecho, autorizo a mi Banco para que le regrese dichos fondos a PayPro Administrators.

Firma

Fecha

☐ **Para Cancelar el Depósito Directo**, marque la casilla y llene lo siguiente (también llene la parte superior de esta planilla)

Mi firma más abajo indica que deseo cancelar los depósitos directos. Entiendo que es necesario dar un aviso de 30 días antes de la fecha de cancelación.

Firma

Fecha



PAYPRO ADMINISTRATORS

6180 Quail Valley Court
Riverside, CA 92507
951.656.9273 • 800.427.4549
Fax 951.656.9276 www.pagroup.us
flex@pagroup.us