

Sírvase escribir claramente en letra de molde

EMPLEADOR:		DIVISIÓN:	
Nº DE SEGURO SOCIAL:		<input type="checkbox"/> INSCRIPCIÓN ABIERTA <input type="checkbox"/> EMPLEADO NUEVO <input type="checkbox"/> CAMBIO*	
NOMBRE:		FECHA EFECTIVA (mm/dd/aa):	
DIRECCIÓN POSTAL:		FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa):	
CIUDAD:		ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
CORREO-E:		TELÉFONO:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Soltero
Si todavía no se ha inscrito para el depósito directo, es fácil. Visite el sitio de Internet de beneficios flexibles de Allegiance www.allegianceflexadvantage.com .			
AUTORIZACIÓN DE ELECCIÓN DE BENEFICIOS FLEXIBLES			
DEDUCIR PRIMAS DE SEGURO ANTES DE IMPUESTOS	DEDUCCIÓN POR PERÍODO DE NÓMINA	♦ NÚMERO DE PERÍODOS DE NÓMINA	IMPORTE ANUAL TOTAL ELEGIDO
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	GASTOS MÉDICOS _____ X _____ = _____ CUIDADO DIURNO _____ X _____ = _____		
♦ PERÍODOS DE NÓMINA - 52 = SEMANAL 26 = BISEMANAL (cada 2 semanas) 24 = BIMENSUAL 12 = MENSUAL La "deducción por período de nómina" se usará para ingresar los importes de la elección en el sistema de Allegiance.			
AUTORIZACIÓN DE ELECCIÓN DE TARJETA DE DÉBITO (SI SU EMPLEADOR LA OFRECE)			
<input type="checkbox"/> Sí, deseo recibir la tarjeta de débito de beneficios flexibles para el año del plan en curso. <i>Sírvase proporcionar una dirección de correo-e para recibir comunicaciones de la tarjeta de débito por correo-e.</i>			
<input type="checkbox"/> Sí, deseo una tarjeta para mi cónyuge. Sólo marque si su empleador permite tarjetas de cónyuge.			
Nombre del cónyuge: _____ N° de Seguro Social : _____ Fecha de nacimiento: _____			
AL ELEGIR LA TARJETA DE DÉBITO DE BENEFICIOS FLEXIBLES:			
1. Sólo puedo usar la tarjeta para pagar gastos elegibles y obtendré y proporcionaré toda la documentación solicitada para estos gastos. 2. No puedo procurar el reembolso bajo ningún otro plan de gastos pagados con la tarjeta. 3. Se me ha proporcionado una explicación de los cargos asociados con la tarjeta de débito.			
CERTIFICACIÓN <i>Certifico que éstas son mis elecciones de beneficios y que :</i>			
1. Autorizo la deducción "antes de impuesto" de parte de mi sueldo en base a las elecciones arriba indicadas. 2. Mi elección de FSA de atención médica es para gastos médicos, dentales y de la visión para mí mismo, mi cónyuge y mis dependientes calificados. 3. Mi elección de FSA de cuidado diurno es para el cuidado de mis hijos dependientes para fines de impuestos menores de 13 años de edad o personas que no pueden cuidarse a sí mismas y que residen conmigo por lo menos 8 horas cada día. 4. Entiendo que mis aportaciones sin usar hechas a la FSA no me pueden ser reembolsadas y pasan a ser la propiedad de mi empleador. 5. Las solicitudes de reembolso enviadas a Allegiance deben estar acompañadas de documentación del gasto. 6. Entiendo que la cobertura sólo se aplica a gastos incurridos durante el año del plan y durante mi período de empleo. 7. Entiendo que este acuerdo no puede cambiarse ni revocarse durante el año del plan, salvo que experimente un cambio de situación calificado.			
Se exige la firma del empleado y la autorización de la compañía para completarse la inscripción.			
Firma: _____		Fecha: _____	
Autorización de la compañía: _____		Fecha: _____	
*Si este es un cambio de elección, indique el evento calificado:			
_____		Iniciales de RH _____	

Para uso de Allegiance solamente

Número de grupo: _____ Fecha completado: _____ Ingresado por (iniciales): _____