

**Solo para miembros del Plan de Ahorro de Salud (HSP)**

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* FECHA EFECTIVA (mm/dd/aa):	
NOMBRE:		FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa):	
DIRECCIÓN POSTAL:		TELÉFONO:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Soltero
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	CORREO-E:

 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](http://www.allegianceflexadvantage.com).

**AUTORIZACIÓN DE ELECCIÓN DE BENEFICIOS FLEXIBLES FLEXIBLES DE DE PROPÓSITO LIMITADO Y CUIDADO DIURNO**

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 DENTALES Y VISIÓN _____ 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)**
 Sí, deseo recibir la tarjeta de débito de beneficios flexibles para el año del plan en curso.

*Sírvase proporcionar una dirección de correo-e para recibir comunicaciones de la tarjeta de débito por correo-e.*
 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:**

- Sólo puedo usar la tarjeta para pagar gastos elegibles y obtendré y proporcionaré toda la documentación solicitada para estos gastos.
- No puedo procurar el reembolso bajo ningún otro plan de gastos pagados con la tarjeta.
- Se me ha proporcionado una explicación de los cargos asociados con la tarjeta de débito.

**CERTIFICACIÓN *Certifico que éstas son mis elecciones de beneficios y que :***

- Autorizo la deducción "antes de impuesto" de parte de mi sueldo en base a las elecciones arriba indicadas.
- Mi elección de FSA de atención propósito limitado es para gastos dentales y visión para mí mismo, mi cónyuge y mis dependientes calificados.
- 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.
- Entiendo que mis aportaciones sin usar hechas a la FSA no me pueden ser reembolsadas y pasan a ser la propiedad de mi empleador.
- Las solicitudes de reembolso enviadas a Allegiance deben estar acompañadas de documentación del gasto.
- Entiendo que la cobertura sólo se aplica a gastos incurridos durante el año del plan y durante mi período de empleo.
- 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): \_\_\_\_\_