

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (en Imprenta)**

Marque aquí si se ha modificado la dirección

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, \_\_\_\_\_  
 Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de Contacto \_\_\_\_\_  
 durante el Día: \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_  
 SSN (últimos 4 dígitos): \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_

**GASTOS DE SALUD NO REEMBOLSADOS (Adjuntar documentación de respaldo)**

Sus recibos incluyen <u>todos</u> los siguientes ?		Nombre y Dirección del Prestador	Servicio Prestado	Nombre del Paciente	Importe facturado
		Fecha del Servicio	<b>*** No se aceptan recibos de tarjeta de crédito ***</b>		
Persona que recibió el Servicio	Fecha del Servicio	Nombre del Prestador del Servicio	Descripción de los Servicios	Importe	
<b>Total de Gastos de Salud No Reembolsados</b>					

**GASTOS DE DEPENDENT DAYCARE (CUIDADO DE LOS DEPENDIENTES)** (Si el prestador no firma el formulario, adjuntar la documentación de respaldo)

*La documentación de respaldo sólo se exige si el prestador no firma este formulario. De lo contrario, en la documentación debe incluirse el nombre, la dirección y el nro. de identificación tributaria del proveedor, el nombre del dependiente, la descripción del servicio y el importe cobrado.*

Nombre del Niño/a	Edad	Fecha del Servicio		Nombre del Proveedor	Importe
		del	al		
<b>Total de Gastos de Dependent Daycare (Cuidado de los Dependientes)</b>					

Certifico que he prestado servicios de cuidado de dependientes de la forma descrita. He cobrado \$\_\_\_\_\_ por los servicios brindados en las fechas mencionadas.

Nro. de Seguridad Social (SSN) o de Identificación Tributaria \_\_\_\_\_ Firma del Proveedor \_\_\_\_\_

**LEER CON ATENCIÓN**

Lo expuesto es una declaración verdadera y exacta de todos los gastos incurridos por mis dependientes elegibles o por mi en la(s) fecha(s) indicadas, y no solicitaré un reembolso a ningún otro plan inclusive el Plan de Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA). Entiendo que no puedo reclamar ningún gasto reembolsado en mi declaración de impuestos sobre el ingreso, y que puedo ser responsable del pago de todos los impuestos vinculados, entre ellos el impuesto Federal, Estatal o de la Ciudad sobre el ingreso, así como de cualquier multa relacionada en concepto de montos pagados por gastos reclamados de forma indebida en virtud de las disposiciones de este plan.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Participante \_\_\_\_\_  
 Fecha

Enviar por correo a: myCafeteriaPlan, 432 East Pearl St., Miamisburg, OH 45342  
 Enviar por Fax al: 937.865.6502

Acceda a la información de su cuenta las 24 horas del día, siete días a la semana a través de nuestro sitio web: [www.myCafeteriaPlan.com](http://www.myCafeteriaPlan.com)