

--

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 ESTACIONAMIENTO *(Adjunte documentación de respaldo)*

Tipo de Gasto	Día del Servicio		Importe
	del	al	
Total de Gastos de Estacionamiento No Reembolsados			

GASTOS DE TRANSPORTE POR AUTOPISTA/VEHICULO/PASES DE TRANSITO *(Adjuntar documentación de respaldo)*

Tipo de Gasto	Fecha del Servicio		Importe
	del	al	
Total de Gastos de Transporte por Autopista y Otros Medios de Tránsito No Reembolsados			

LEER CON ATENCIÓN

Lo expuesto es una declaración verdadera y exacta de todos los gastos en los que incurri en la(s) fecha(s) indicadas, estando cubierto por el Plan de Cuenta(s) de Transporte y Estacionamiento Calificada(s). Se adjunta a este comprobante la documentación de respaldo de mi(s) prestador(es) de servicio correspondientes a todos los gastos. Entiendo que no puedo reclamar ningún gasto reclamado 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 del Plan de Cuenta(s) de Transporte y Estacionamiento.

 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