Formulario para Cuenta Flexible de Gastos

TAXSAVER PLAN

Nombre del Empleador

Apellido del Empledo Primer Nombre (con letra de molde por favor)...Número de Seguro Social
(Por favor solicite todos los camios de dirección através de su empleador)

Yo he incurrido los siguientes gastos que califican para reembolso bajo las disposiciones de este Plan:

Gastos para el Cuidado de Dependientes Edad del Dependiente(s) ____ $ _____

Gastos de Cuidado de Salud $ _____

[ ] Este es un Gasto de la Tarjeta de Débito

Yo atestiguo por la siguiente que he adherido la documentación necesaria para verificar estos gastos. Yo entiendo que como estos gastos son reembolsados através de mi cuenta de gastos no pueden ser reclamados como crédito del impuesto federal o un crédito al fin de año. Yo certifico por la siguiente que no voy a someter estos gastos para pago por una tercera partida, tal como mi plan médico principal, o cualquier otro plan de salud, tal como una póliza individual o el plan de salud de mi cónyuge o dependientes. Si este gasto fué pagado con mi tarjeta de Débito "Flex", yo entiendo que la tarjeta no es para uso de artículos personales, a menos que sean gastos elegibles bajo el Plan. Si yo usara la tarjeta para gastos inelegibles, se me requiere que reembolse al Plan por gastos inelegibles que fueron pagados con la tarjeta. Yo atesto que cualquier gasto de medicamento de estantería ha sido incurrido por el principal propósito del alivio o prevención de un defecto o enfermedad física o mental y no es para propósito cósmetico y será usado para mi mismo, mi cónyuge y/o dependientes.

_____ _____
Fecha Firma del Empleado

Documentación Requerida:

Gastos para Cuidado de Dependientes: Usted necesita someter recibos con detalles que verifiquen la fecha del cuidado, cantidad que se pago por el cuidado y el nombre del proveedor. Por favor obtenga la firma del proveedor en el recibo.

Gastos del Cuidado de Salud: Tendrá que someter:

1) Recibos del Plan de Salud (Explicación del Beneficios) que son enviados por el proveedor del plan de salud que verifican deducibles, copagos, pago del seguro y otros gastos no cubiertos por el plan.
2) Recibos con detalles de los proveedores del cuidado de salud que verifiquen la fecha del servicio, tipo de servicio, costo del servicio y nombre y teléfono del proveedor.
3) Recibos detallados de los gastos de medicamento de estantería elegibles con el nombre de la droga o artículo y la fecha de compra imprimida en el recibo por la tercera partida independiente.

Someta su reclamación a:

Taxsaver Plan
P.O. Box 609002
Dallas, Texas 75360
214-559-0472 / 800-328-4337 – www.taxsaverplan.com
214-528-8122 Fax
claims@taxsaverplan.com