



Formulario para Cuenta Flexible de Gastos

Nombre del Empleador

Apellido del Empleado

Primer Nombre (con letra de segundo nombre)

Número de Seguro Social

(Por favor solicite todos los camois de dirección a través 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

Y atestigo por la siguiente que he adherido la documentación necesaria para verificar estos gastos. Yo entiendo que como estos gastos son reembolsados a través de mi cuenta de gastos no pueden ser reclamados como crédito del impuesto federal o un crédito al fin de año. Yo certifico por el siguiente que no voy a someter estos gastos para pago por una terceta 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 reembolse al Plan por gastos ineligibles que fueron pagados con la tarjeta. Yo atesto que cualquier gasto de medicamento de estantería he sido incurrido por el principal propósito del alivio o prevención de un defecto o enfermedad física o mental y no es para propósito cósmético 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 ellgibles con el nombre de la droga o articulo y la fecha de compra imprimida en el recibo de un comerciante independiente.

Someta su reclamación a:

Taxsaver Plan
P.O. Box 609002
Dallas, TX 75360
214-528-8122 fax
claims@taxsaverplan.com

Contacte con nosotros en:

214-559-0472
800-328-4337
csr@taxsaverplan.com
www.taxsaverplan.com