



Formulario de Cambio de Contribución a la Cuenta de HSA

Utilice este formulario para realizar una contribución única a su cuenta HSA o para modificar una contribución a la HSA ya existente.

Por favor, complete y firme este formulario y devuélvalo a su empleador.

Información del Titular de la Cuenta de HSA

Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre
Número de Seguro Social (solo los últimos cuatro dígitos)	Empleador	

Modificar Elección Actual

☐ Deseo agregar una contribución única a mi cuenta HSA efectiva en la siguiente fecha de nómina (MM/DD/AAAA): ____/____/____ El monto de esta contribución deberá ser: \$ _____

☐ Deseo cambiar mis contribuciones al Plan HSA efectivas en la siguiente fecha de nómina (MM/DD/AAAA): ____/____/____

Elección Anual Existente: \$ _____ Nueva Elección Anual: \$ _____
Deducción por Período de Pago: \$ _____ Deducción por Período de Pago: \$ _____

El cambio mencionado anteriormente entrará en vigor en la siguiente fecha de nómina: (MM/DD/AAAA): ____/____/____

Autorizo a mi empleador a deducir de mi(s) cheque(s) de pago los nuevos montos de contribución a la HSA mostrados arriba. Entiendo que soy responsable de garantizar que mis contribuciones anuales a la HSA no excedan los límites establecidos por el IRS (Servicio de Impuestos Internos).

Firma del Titular de la Cuenta

Fecha

Firma del Empleador

Fecha