



Formulario de Reclamación de HSA

Empleador _____ Teléfono _____
Nombre _____ SSN (Últimos 4 dígitos) _____
Correo electrónico _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

FSA - Reclamaciones de Gastos de Cuidado de Dependientes

Nombre del/de los Dependiente(s)	Período Cubierto	Nombre, Dirección y Número de Identificación Fiscal del Proveedor de Servicios	Monto
Total de la Reclamación de Gastos de Cuidado de Dependientes			

NOTA: No se realizará ningún pago bajo el Plan si el proveedor de servicios es su dependiente para fines del impuesto federal sobre la renta, o si es su hijo o hijastro menor de 19 años.

HSA – Gastos Médicos

Fecha en que se Incurrió el Gasto	Nombre del Proveedor de Servicios	Descripción del Gasto	Persona para Quien se Incurrió el Gasto	Monto Neto
Total de la Reclamación de Gastos de Atención Médica				

Lea Atentamente

El abajo firmante comprende plenamente que es el único y total responsable de la suficiencia, exactitud y veracidad de toda la información relativa a esta reclamación que sea proporcionada por él mismo. Asimismo, entiende que a menos que un gasto por el cual se solicita el pago o reembolso sea un gasto adecuado bajo el Plan, el abajo firmante puede ser responsable del pago de todos los impuestos relacionados, incluyendo el impuesto sobre la renta federal, estatal o municipal, sobre los montos pagados por el Plan que correspondan a dicho gasto.

Firma del Empleado _____ Fecha ____ / ____ / ____



Instrucciones

Envíe este formulario por correo postal, fax o correo electrónico a:

EMPOWER
7309 E 21st St. N Suite 110
Wichita, KS 67206

Teléfono: (316) 687-3444 Fax: (316) 687-2113
Correo electrónico: customerservice@empowerflex.com

- Complete toda la información en el formulario de reclamación para cada monto cuyo reembolso se solicita.
- Debe firmar y fechar el formulario de reclamación.
- Se deben incluir los recibos como respaldo de los montos de las reclamaciones de Cuidado de Dependientes.
- Aunque no es obligatorio enviar copias de los recibos médicos de la HSA junto con este Formulario de Reclamación, conserve estos recibos en caso de que sean requeridos para una futura auditoría fiscal.

Gastos Elegibles para el Cuidado de Dependientes (Para participantes inscritos únicamente en FSA de Cuidado de Dependientes)

Gastos necesarios para que usted y su cónyuge (si está casado) puedan tener un empleo remunerado.

- Gastos pagados a un centro de cuidado diurno de dependientes o a un proveedor de cuidados.
- Gastos pagados por el cuidado de un dependiente menor de 13 años que viva con usted.
- Gastos pagados por el cuidado de otros dependientes que vivan con usted y sean física o mentalmente incapaces de cuidarse a sí mismos.

! ¡Por favor, adjunte los recibos a este formulario para todos los gastos de Cuidado de Dependientes!

¿Qué gastos se pueden reclamar?

Para ver una lista completa de gastos, visite: empowerflex.com/eligibility-list/