



Hoja de Trabajo para Adjudicación de Gastos de la Cuenta FSA

Nota: Este no es un formulario de inscripción. Utilice esta hoja de trabajo para calcular el monto anual estimado que usted desea adjudicar en su formulario de inscripción. Este documento es para sus registros solamente.

Calcule sus Gastos Mensuales

A. Componente de Salud FSA

Deducibles mensuales del seguro de salud \$ _____

Coaseguros y co-pagos mensuales \$ _____

Gastos mensuales para el cuidado de la vista \$ _____

Gastos mensuales para el cuidado dental \$ _____

Gastos mensuales de medicamentos de prescripción \$ _____

Subtotal mensual. \$ _____

B. Cuidado de Dependientes

¿Cuánto paga usted al mes por el cuidado infantil de sus dependientes o el cuidado de ancianos dependientes mientras usted y/o su cónyuge trabajan, buscan trabajo o asisten a la escuela?. \$ _____

C. Primas del Seguro de Salud

. \$ _____

¿Cómo Puedo Ahorrar?

Para calcular su ahorro del impuesto sobre ingresos, su salario neto después de deducciones y su ahorro mensual, llene los datos de las secciones A, B y C en las filas correspondientes a los montos antes y después de impuestos en la columna de la derecha.

	Ejemplo sin FSA	Ejemplo con FSA	Su Cálculo
1 Salario bruto mensual	\$ 2,000	\$ 2,000	_____
2 Gastos de Salud FSA (de la sección A anterior)	\$ 0	\$ 50	_____
3 Cuidado de dependientes (de la sección B anterior)	\$ 0	\$ 400	_____
4 Primas del seguro de salud (de la sección C anterior)	\$ 0	\$ 200	_____
5 Salario ajustado (reste las líneas 2, 3 y 4 de la línea 1)	\$ 2,000	\$ 1,350	_____
6 Impuesto sobre ingresos (estimado a 22%; multiplique la línea 5 por .22)	\$ 440	\$ 297	_____
7 Salario neto (reste la línea 6 de la línea 5)	\$ 1,560	\$ 1,053	_____
8 Gastos del cuidado de la salud después de impuestos (de la sección A anterior)	\$ 50	\$ 0	_____
9 Gastos para el cuidado de dependientes después de impuestos (de la sección B anterior)	\$ 400	\$ 0	_____
10 Primas después de impuestos (de la sección C anterior)	\$ 200	\$ 0	_____
11 Salario neto después de deducciones (reste las líneas 8, 9 y 10 de la línea 7)	\$ 910	\$ 1,053	_____
12 Ahorro mensual (agregue las líneas 2, 3 y 4 y multiplique por .22)		\$ 143	_____
13 Ahorro anual* (multiplique la línea 12 por 12)		\$ 1,716	_____

Los reembolsos de las cuentas de gastos flexibles limitados solamente aplican a los gastos visuales y dentales y en ocasiones a los cuidados preventivos. Esta no es una lista completa y está sujeta a cambios. Es posible que apliquen restricciones adicionales. Para conocer una lista más extensa de los gastos elegibles, consulte los Ejemplos de Gastos Elegibles en https://psa.pacificsource.com/Forms_Flex.aspx.

Gastos Generalmente Reembolsables

Acupuntura y cuidados quiroprácticos
Vendajes y botiquines de primeros auxilios
Monitores de presión sanguínea y glucosa en sangre
Co-aseguro y deducibles**

Lentes de contacto, solución para lentes y anteojos de lectura/prescripción
Gastos dentales y de ortodoncia
Inmunizaciones y vacunas
Protectores solares (FPS 15+ o de amplio espectro)

* Se estima un impuesto combinado del 22% (federal y FICA). En aquellos estados que apliquen un impuesto sobre ingresos, el ahorro puede ser de hasta 44% dependiendo de su nivel de impuestos.

** El coaseguro y los deducibles solamente son reembolsables siempre y cuando no sean reembolsados por otro medio (tal como un seguro secundario).