



Formulario de Gastos Recurrentes para el Cuidado de Dependientes

Información del Empleado

Nombre del Empleador _____ ID de Miembro de PacificSource _____
Apellido del Empleado _____ Nombre e Inicial 2do Nombre _____
Dirección Postal _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono de Casa _____ Teléfono del Trabajo _____ Email _____

Información de Dependientes

Nombre del Dependiente _____ Fecha de Nacimiento _____
Nombre del Dependiente _____ Fecha de Nacimiento _____
Nombre del Dependiente _____ Fecha de Nacimiento _____

Información del Proveedor de Cuidados Diurnos (debe ser llenado por el proveedor)

Nombre del Proveedor de Cuidados Diurnos _____ ID de Impuestos del Proveedor _____
Tarifa del Proveedor _____ Fecha de Inicio de la Tarifa _____ Fecha Final de la Tarifa _____
Frecuencia: Semanal Quincenal Mensual
Firma del Proveedor _____ Fecha _____

Ejemplos de Gastos Elegibles para el Cuidado de Dependientes: Centros de cuidados diurnos, servicios de niñera, campamentos diurnos, preescolar, cuidados para antes y después de la escuela, cuidado de ancianos

Ejemplos de Gastos NO Elegibles para el Cuidado de Dependientes: Alimentos, campamentos con estancia durante la noche, cuidados médicos, gastos educativos / colegiaturas, kindergarten, cuotas misceláneas (cuotas por actividades, visitas guiadas, etc.)

Autorización para Reclamación Recurrente

Este formulario evita la necesidad de tener que entregar documentación adicional al solicitar el reembolso de los Gastos para el Cuidado de Dependientes (DCE) que sean recurrentes. **La vigencia del formulario se indica arriba o el formulario es válido durante el año del plan actual, cualquiera que sea menor.** Nota: En el caso de las tarifas por hora, no es posible configurarlas como gastos recurrentes.

Mediante este formulario, solicito que me inscriban en el programa de reembolso de gastos recurrentes para el cuidado diurno a través de mi cuenta de Gastos para el Cuidado de Dependientes (DCE). As payroll deductions are received, Cuando se reciban las deducciones en la nómina, PSA generará automáticamente un reembolso por los gastos incurridos. Entiendo que debo llenar un nuevo Formulario de Gastos Recurrentes para el Cuidado de Dependientes **cada año del plan** o cuando termine mi contrato en la fecha indicada arriba.

Certifico que la información proporcionada en este Formulario de Gastos Recurrentes para el Cuidado de Dependientes es completa y verdadera según mis conocimientos. Solamente estoy solicitando el reembolso de los gastos elegibles incurridos en beneficio de los participantes elegibles del plan durante el año del plan aplicable. Certifico que estos gastos no han sido, ni se espera que sean, reembolsados bajo este o cualquier otro plan de beneficios y que no serán considerados como una deducción para el pago de impuestos sobre ingresos. Autorizo que el monto arriba solicitado sea deducido de mi cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes (DCE).

Firma del Empleado* _____ Fecha _____