

**Progressive Benefit Solutions, LLC ACCOUNT ENROLLMENT/CHANGE FORM
POR FAVOR IMPRESIÓN CLARAMENTE (no abrevie)**

NOMBRE DEL PATRÓN				
Nombre pasado	Nombre	MI	Número de Seguridad Social	
Dirección casera	Ciudad	Estado	Cierre relámpago	
Teléfono del día ()	Teléfono casero ()	Fecha del Hire	Fecha de nacimiento	E-mail

<p>Estado de la inscripción:</p> <p><input type="checkbox"/> Nuevo Hire <input checked="" type="checkbox"/> Abra la inscripción</p> <p><input type="checkbox"/> Cambio en estado Fecha del acontecimiento: _____</p> <p>Usted puede ser permitido para cambiar su elección del FSA si usted tiene un cambio calificativo del estado. Para realizar un cambio, usted debe divulgar el cambio dentro 30 días del acontecimiento a los recursos humanos. Todos los cambios están conforme a la aprobación del administrador del plan. Solamente los costos incurridos en o después de la fecha de su cambio calificativo del estado son elegibles para el reembolso bajo nueva elección.</p>	<p>Si el cambio del estado, indica razón: <u>Cuenta del gasto del cuidado médico</u></p> <p><input type="checkbox"/> Cambie en estado civil <input type="checkbox"/> Nacimiento/adopción/colocación para la adopción del niño <input type="checkbox"/> Muerte de un dependiente <input type="checkbox"/> Cambie en la elegibilidad del dependiente <input type="checkbox"/> Usted/su dependiente hace elegibles para Seguro de enfermedad o Medicaid <input type="checkbox"/> Cambie en residencia/el lugar de trabajo que afecta la elegibilidad de las ventajas del healthcare <input type="checkbox"/> Váyase sin la paga debido al despliegue militar <input type="checkbox"/> Cambie en su/el estado de empleo de los esposos que afecta la elegibilidad del cuidado médico ventajas.</p> <p><u>Cuenta dependiente del gasto del cuidado</u></p> <p><input type="checkbox"/> Su necesidad de cambios dependientes del cuidado <input type="checkbox"/> Sus cambios dependientes del abastecedor del cuidado <input type="checkbox"/> Los costes de cuidado dependiente aumentan en más el de 10% (y el cuidado no es proporcionado por un pariente)</p>
--	---

<p>Cuenta del gasto del cuidado médico</p> <p>Utilizado para los costos elegibles sin seguro del cuidado médico incurridos en por usted o un dependiente cubierto. Refiera por favor a su información de la ventaja para las cantidades de la contribución del mínimo y del máximo del plan.</p> <p>Cantidad anual \$_____ de la elección</p> <p>Por cantidad del período de la paga \$_____</p> <p><input type="checkbox"/> Renuncie la cobertura</p>	<p>Cuenta dependiente del gasto del cuidado</p> <p>Utilizado para los costos dependientes elegibles del cuidado incurrió en de modo que usted y su esposo (si está casado) puedan trabajar. Contribución máxima: \$5.000 (\$2.500 si limadura casada por separado)</p> <p>Cantidad anual \$_____ de la elección</p> <p>Por cantidad del período de la paga \$_____</p> <p><input type="checkbox"/> Renuncie la cobertura</p>
---	---

Frecuencia de la paga: Semanal Dos veces por semana Semi-monthly Mensual

Reconozca eso:

- Autorizo a mi patrón a reducir mi paga sobre una base del pre-tax por la cantidad total de las contribuciones observar-sobre.
- Entiendo que **no puede cambiar o revocar** mis elecciones antes del final del año del plan por el cual está en efecto a menos que experimente un cambio calificativo del estado según lo permitido por el plan y la sección 125 del código de la renta pública. Cualquier cambio a mis elecciones se debe archivar con y aprobar por los recursos humanos dentro **30 días** de la fecha del cambio del estado.
- Cualquier elección del pre-tax que haya hecho aquí reducirá mi remuneración para los propósitos del impuesto de Seguridad Social, que podrían reducir mis ventajas de Seguridad Social levemente.
- Cualquier cantidad restante en mis cuentas flexibles del gasto después del final del año del plan, será **perdido** según los requisitos de ley.
- Entiendo que mis contribuciones se pueden utilizar solamente para el pago de los costos incurridos en durante el año del plan por el cual este acuerdo está adentro afecta o el período de gracia subsecuente si es permitido por el plan.
- Entiendo que puedo cambiar mi elección (s) antes del final del año del plan para QTA (transporte cualificado). Los planes de QTA son gobernados por Section 132 del código de la renta pública. Cualquier cambio se debe divulgar a los recursos humanos en el plazo de 30 días del cambio del estado.
- Todas las demandas sometieron para el reembolso están conforme a requisitos de la justificación y me requerirán a **conservar todos los recibos/declaraciones detallados y ofrezcalas como prueba de la elegibilidad** cuando pedido por el administrador del plan, administrador de demandas (soluciones progresivas de la ventaja, LLC (PBS)) o el IRS.
- No buscaré el reembolso de demandas con mis cuentas flexibles del gasto cuando son elegibles para el reembolso a otra parte.
- Acuerdo utilizar la tarjeta del debe de las ventajas para los costos elegibles solamente.
- Entiendo que la tarjeta del debe de las ventajas será hecha inactivo si no me conformo con las provisiones del plan/de la tarjeta o sobre la terminación del empleo.
- Soy responsable de cualquier honorario asociado a la tarjeta del debe de las ventajas, pagada no de otra manera por mi patrón.

Employee Signature: _____ Date: _____

VUELVA ESTE LLENADA EL FORMULARIO A LOS RECURSOS HUMANOS RECORDATORIOS DEL FSA

Cuenta del gasto del cuidado médico

- La cuenta del gasto del cuidado médico permite que usted haga contribuciones del pre-tax a una cuenta que se pueda utilizar para pagar los costos aprobados IRS del cuidado médico no cubiertos bajo plan de la subsidio por enfermedad para el cual le o a sus dependientes para los propósitos del impuesto del IRS alisten. Los ejemplos de costos incluyen co-pagos, deductibles, los cristales y seguro sobre - las drogas contrarias (OTC). Un listado lleno de los costos elegibles se puede encontrar en costos de la publicación 502, médico del IRS y dental en www.irs.gov.

Cuenta dependiente del gasto del cuidado

- La cuenta dependiente del gasto del cuidado permite que usted haga contribuciones del pre-tax a una cuenta que se pueda utilizar para pagar el coste de cuidado para sus niños bajo edad de 13 o para el dependiente (sus padres incluyendo) que es mentalmente o físicamente incapaz de uno mismo-cuidado y vive regularmente en su casa por lo menos ocho horas por día mientras que usted (o su esposo) trabaja o atiende a la escuela sobre una base a tiempo completo.
- La guardería dependiente elegible incluye a centros de guardería, a nin@eras, o a compañeros.
- Usted puede contribuir hasta un máximo de \$5.000 si usted es un solo padre o un par casado que archiva una vuelta común (las contribuciones combinadas hechas por usted y su esposo no pueden exceder de \$5.000), o \$2.500 por persona si le casan y limadura por separado.
- Usted debe repasar si un cuidado dependiente FSA o el crédito de impuesto federal sería más ventajoso para usted.

El alistar en un FSA

- Una nueva elección de la inscripción del FSA se debe hacer cada año. La participación es voluntaria.
- Usted puede contribuir a uno o a ambos FSA que son ofrecidos.
- Usted no tiene que ser alistado en la compañía médica/el plan de la salud para alistar en una cuenta flexible del gasto.
- Una vez que esté hecho, su elección **es irrevocable y no puede ser cambiado** durante el año del plan a menos que usted tenga un cambio calificativo del estado.
- Los costos se deben incurrir en dentro del año actual del plan o del período de gracia subsecuente si están permitidos.
- Le publicarán una tarjeta del debe de las ventajas para la facilidad del pago de sus costos elegibles del FSA. La tarjeta es válida por esos años continuos que usted elija para participar en los FSA de la compañía para arriba a la fecha de vencimiento demostrada en el frente de su tarjeta. Los honorarios del reemplazo se aplicarán si una tarjeta nueva debe ser reeditada o se solicitan las tarjetas adicionales. Estos honorarios serán deducidos de su cuenta.

Fecha eficaz de la cobertura

- Si usted es nuevo empleado, usted debe hacer su elección del FSA y someter esta forma a los recursos humanos en el plazo de 30 días de su fecha de la elegibilidad. Sus contribuciones llegarán a ser eficaces con el primer período de la paga que sigue su fecha de la elegibilidad. Si usted renuncia cobertura en la época del hire, usted debe esperar hasta el período abierto próximo de la inscripción para elegir para participar por el año subsecuente del plan a menos que usted tenga un cambio calificativo del estado durante el año del plan.
- Si usted es que alista o de fabricación de mediados del año del cambio de la elección debido a un cambio calificativo del estado, su elección se debe recibir y aprobar por los recursos humanos en el plazo de 30 días de la fecha del cambio del estado.
- Si usted es rehired en el mismo año civil después de una rotura en el servicio que es 30 días o menos, sus elecciones anteriores del FSA serán