

Completar de forma legible en letra de molde

EMPLEADOR:		DIVISIÓN:			
N.º DE SEGURO SOCIAL:		<input type="checkbox"/> INSCRIPCIÓN ABIERTA <input type="checkbox"/> EMPLEADO NUEVO <input type="checkbox"/> CAMBIO* FECHA DE ENTRADA EN VIGOR (mm/dd/aa):			
NOMBRE:		FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa):			
DIRECCIÓN POSTAL:			TELÉFONO:		<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> F
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	CORREO ELECTRÓNICO:		

Entiendo que el empleador mencionado arriba proporcionará los siguientes beneficios dentro de los parámetros del documento del plan, el acuerdo de reembolso de gastos médicos y la descripción resumida del plan.

CUENTA DE REEMBOLSO DE ATENCIÓN MÉDICA (HRA)

 MONTO DE LA HRA: \$ _____ período: S. 2 S. 2 M. M ANUAL (marcar una opción)

MONTO ANUAL ELEGIDO: \$ _____

♦ PERÍODOS DE PAGO:

52 = SEMANALMENTE (S.) 26 = CADA DOS SEMANAS (2 S.) 24 = DOS VECES AL MES (2 M.) 12 = UNA VEZ AL MES (1 M.)

DEPENDIENTES (Use una hoja adicional, si es necesario)

	NOMBRE DE PILA	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO DE PILA	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL (exigido por ley si es mayor de 1 año)	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO M o F
CÓNYUGE						
HIGO						
HIGO						
HIGO						
HIGO						

CERTIFICACIÓN *Certifico que estas son mis elecciones de beneficios y que:*

- Entiendo que la cobertura se aplica solo a los gastos realizados durante mi período de participación activa en la HRA.
- Mi elección de mi HRA es para los gastos para mí, mi cónyuge y mis dependientes calificados.
- Las solicitudes de reembolso enviadas a Allegiance deben estar acompañadas de la documentación del gasto.

Se necesita tanto la firma del empleado como la autorización de la empresa para que se complete la inscripción.

Firma: _____ Fecha _____

Autorización de la empresa: _____ Fecha: _____

***Si este es un cambio de elección, indique el evento que califique:**

_____ Iniciales de RR. HH. _____