

CUENTA DE AHORROS DE SALUD (HSA) FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

INSTRUCCIONES

1. Usted debe estar inscrito en un plan de salud calificado por HSA para inscribirse en una cuenta de ahorros de salud.
2. Rellene este formulario si desea inscribirse, cambiar o terminar sus deducciones de HSA.
3. Si se inscribe por primera vez, si durante la inscripción abierta, su cuenta HSA será efectiva el 1 de junio del año en curso. Si nueva contratación, su cuenta HSA será efectiva el día 1 del mes después de sus 30 días de alquiler.
4. Rellene el formulario en su totalidad, signo y fecha.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Apellido Nombre	Primero Nombre	M	Empleado #
Fecha de nacimiento	Nombre de la Empresa	Número de Teléfono	Correo Electrónico

Tipo de inscripción	Importe de deducción
<input type="checkbox"/> Nueva Inscripción	Elijo inscribirme para una suma global de: \$ _____ por período de pago no exceda de \$3.500 por persona o \$7.000 para la familia en un año calendario (enero-diciembre). (Hay un Catch-Up disponible de \$1.000,00 más para 55y <i>mayores en el año calendario.</i>)
<input type="checkbox"/> Cambio en la Inscripción	
<input type="checkbox"/> Terminar la Inscripción	

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su Departamento de recursos humanos al 1-817-850-3600.

AUTORIZACIÓN Y FIRMA

Por mi firma a continuación, acepto que mi salario será reducido por 3Twenty tres personal, LLC por el monto en dólares elegido aquí y colocado en mi cuenta de ahorros HSA.

S Firma del Empleado	Fecha
----------------------	-------