

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA LA HRA

Completar de forma legible en letra de molde

EMPLEADOR:		DIVISIÓN:	
N.º DE SEGURO SOCIAL:		INSCRIPCIÓN ABIERTA EMPLEADO NUEVO CAMBIO*	
		FECHA DE ENTRADA EN VIGOR (mm/dd/aa):	
NOMBRE:		FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa):	
		FECHA DE CONTRACIÓN (mm/dd/aaaa):	
DIRECCIÓN POSTAL:		TELÉFONO:	M Casado F Soltero
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	CORREO ELECTRÓNICO:
<p>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.</p> <p style="text-align: center;">CUENTA DE REEMBOLSO DE ATENCIÓN MÉDICA (HRA)</p> <p>MONTO DE LA HRA: \$ _____ período: S. 2 S. 2 M. M ANUAL (marcar una opción)</p> <p>MONTO ANUAL ELEGIDO: \$ _____</p> <p>♦ 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.)</p> <p>CERTIFICACIÓN <i>Certifico que estas son mis elecciones de beneficios y que:</i></p> <p>1. Entiendo que la cobertura se aplica solo a los gastos realizados durante mi período de participación activa en la HRA. 2. Mi elección de mi HRA es para los gastos para mí, mi cónyuge y mis dependientes calificados. 3. Las solicitudes de reembolso enviadas a Allegiance deben estar acompañadas de la documentación del gasto.</p> <p>Se necesita tanto la firma del empleado como la autorización de la empresa para que se complete la inscripción.</p> <p>Firma: _____ Fecha _____</p> <p>Autorización de la empresa: _____ Fecha: _____</p> <p>*Si este es un cambio de elección, indique el evento que califique:</p> <p>_____ Iniciales de RR. HH. _____</p>			

Solo para el uso de Allegiance

2024

Número de grupo: _____ Fecha en que se completó: _____ Presentado por (iniciales): _____