Formulario de Reembolso Continuo Trimestral

Nota: La tarjeta de débito no puede usarse con Reembolso continuo

1 Información Personal

Nombre de la Compañía

Dirección de correo electrónico del empleado

Nombre del Empleado

Número de Seguro Social del Empleado (obligatorio)

Dirección postal Ciudad, Estado, Código Postal del Empleado

Instrucciones

1. Determine su elección de período de pago para gastos
a. Ingrese el gasto anual total
b. Determine su número anual de períodos de pago = semanal/52, quincenal/26, bimensual/24, mensual/12
c. Divida el Gasto Anual Total por el número de períodos de pago para calcular su Deducción de Período de Pago
2. Para reembolso continuo, complete las secciones de Proveedor de Servicio y Reembolso Continuo
3. Envíe el formulario completo a National Benefit Services, LLC
4. Al final de cada trimestre vuelva a presentar este formulario con recibos trimestrales anteriores para continuar con el reembolso

2 Elección de Período de Pago

$ _____ ÷ _____ = $ _____

Gasto Anual Total | Número de Períodos de Pago | Deducción de Período de Pago

3 Reembolso Continuo

Los gastos no pueden reembolsarse bajo el plan antes del momento de prestación de los servicios. No obstante, puede ser reembolsado bajo el plan después de que los servicios son ofrecidos y antes de que el pago se vence si aquellos gastos forman parte de una solicitud de reembolso continuo.

Puede usar este formulario para solicitar reembolso continuo. No se pagará ningún reembolso en virtud del programa de reembolso continuo para ningúnmes en que los servicios no son prestados. Es su responsabilidad asesor al administrador del plan acerca de la finalización o interrupción de dichos servicios. Su reembolso se pagará en cada período de la nómina de pagos. Los recibos deben ser presentados por NBS de forma trimestral.

☐ **¡SÍ! Inscríbame para reembolso continuo**
Su reembolso se le enviará automáticamente después de cada período de la nómina de pago.

4 Firma del Empleado

He revisado la información en estes formulario de solicitud y verifique que la información indicada anteriormente y adjunta es verdadera y correcta. Comprendo que si existen cambios referentes al pago continuo, NBS debe ser notificado de inmediato. En caso de incumplimiento, podrían derivarse impuestos adicionales aplicables para los cuales sería responsable. **Asimismo, comprendo que las copias de los recibos para pago de gastos deben enviarse a NBS en forma trimestral o el reembolso continuo finalizará.**

Firma Empleado

Fecha

5 Proveedor de Servicio

Nombre Proveedor

De: Para:
Fecha del rango de servicio (Máximo 1 año)

Dirección postal Ciudad, Estado, Código Postal del Proveedor de Servicios

6 Recibo trimestral y Extensión de Reembolso Contiuo

Recibos Trimestrales ☐ 1er Trimestre ☐ 2do Trimestre ☐ 3er Trimestre ☐ 4to Trimestre

Cada trimestre vuelva a presentar este formulario con los recibos trimestrales anteriores para el reembolso continuo

Servicio ofrecido

$ _____
Recibos Totales

De: Para:
Continúe mi reembolso continuo

8523 S Redwood Rd, West Jordan, UT 84088 • (855) 399-3035 • Fax (844) 438-1496 • my.NBSbenefits.com