



Formulario de Reembolso de la Cuenta de Gastos de Cuidado de Dependientes

Nombre del Empleador _____

Nombre del Empleado _____

Número de Seguro Social del Empleado _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Teléfono _____ Correo E. _____

Nombre del niño(s) _____

Fecha(s) de Servicio _____ Cargo(s) _____

Nombre y dirección del Local o del Proveedor _____

Tax ID o Número de Seguro Social del Proveedor _____

Firma del Proveedor _____

Los gastos de cuidado de dependientes presentados por el presente para el reembolso del plan no han sido reembolsados y no serán reembolsados a través de ningún otro plan de cuidado de dependientes, incluidos otros arreglos de gastos flexibles de cuidado de dependientes.

Firma del Empleado _____ Fecha _____

Mande correo a:

Attn: Flex Department c/o
Higginbotham
1300 Summit Ave, Ste 750
Fort Worth, TX 76102
Teléfono: 866-419-3519
Fax: 817-882-9267
Fax gratuito: 866-419-3516
Correo E.: flexclaims@higginbotham.net