

**FORMULARIO DE REEMBOLSO DE GASTOS DE GUARDERÍA DEL DEPENDIENTE
RECONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL A CARGO**



Nombre del Empleado (Apellido, primer nombre e inicial del segundo)	N° del Seguro Social
Dirección de correo <input type="checkbox"/> <i>Marque el casillero si esta dirección es nueva; en ese caso, ¿tiene otros productos de AF?</i>	Dirección de correo electrónico
Nombre del Empleador	N° de teléfono de contacto durante el día

Recibirá una notificación por correo electrónico cuando se reciba su reclamo y otro cuando se envíe un pago. También recibirá una notificación por correo electrónico de los depósitos directos. Por favor, asegúrese de que su dirección de correo electrónico es legible.

Por el presente, _____ (el "Profesional a Cargo de la Guardería del Dependiente") reconoce que el centro cumple con todas las normas federales, estatales y municipales vigentes que rigen a las guarderías de dependientes. Además, el Profesional a Cargo de la Guardería del Dependiente reconoce que ha recibido \$ _____ de _____ (Nombre del Empleado / "Participante") por los servicios de guardería del dependiente prestados en el período que va del _____ al _____ a los siguientes individuos:

Nombre	Edad
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Por favor, proporcione la siguiente información necesaria para obtener el Reembolso de Gastos de la Guardería del Dependiente:

Nombre de la guardería del dependiente o del profesional	Número de identificación fiscal de la guardería o número del seguro social del profesional
	Fecha
Dirección de la guardería del dependiente o del profesional	Firma del representante de la guardería del dependiente o del profesional

Autorizo que se reembolsen los gastos reclamados que indico más arriba de mi cuenta y certifico, según mi leal saber y entender, que toda la información consignada en este formulario es verdadera y correcta. Además, certifico que 1) los reembolsos totales a la fecha (incluido el monto solicitado) no superan la menor de estas dos cifras, \$5.000 o \$2.500 (según corresponda), mis ingresos devengados, los ingresos devengados de mi cónyuge o el máximo fijado por mi empleador; 2) no se reclamarán Créditos Fiscales de Guardería del Dependiente ni otros créditos o deducciones del impuesto federal de la renta por el monto solicitado ni se procurará un reembolso de la cobertura de otro plan; y 3) los servicios de guardería que dieron lugar al gasto por el que se solicita el reembolso ya se han prestado.

Firma del empleado

Fecha de la firma

¿Quién es Dependiente Calificado para los Planes de Guardería del Dependiente?

- Su dependiente impositivo, según lo define el Artículo 152(a)(1) del Código de Impuestos Internos (o sea, un hijo que califica), que no cumplió 13 años y tiene el mismo lugar principal de residencia que usted durante más de medio año.
- Su dependiente impositivo, según lo define el Artículo 152(a) (1) o (2) del Código de Impuestos Internos (o sea, un hijo que califica o un familiar que califica) , que es física o mentalmente incapaz de cuidar de sí mismo y que tiene el mismo lugar principal de residencia que usted durante más de medio año. Esta persona deberá pasar al menos ocho horas diarias en su hogar.
- Un cónyuge que es física o mentalmente incapaz de cuidar de sí mismo y que tiene el mismo lugar principal de residencia que usted durante más de medio año. Esta persona deberá pasar habitualmente al menos ocho horas diarias en su hogar.

Dirección de correo:

American Fidelity Assurance Company, Flex Account Administration
P.O. Box 161968 Altamonte Springs, FL 32716

FAX: 844-319-3668 TELÉFONO: 1-800-662-1113

(No podemos verificar la recepción de su fax durante un día hábil completo después de su envío).

El tiempo promedio de procesamiento es de 5 a 7 días hábiles desde la recepción del formulario completo. Los tiempos de procesamiento pueden variar a lo largo del año.

American Fidelity no se hace responsable de los faxes no recibidos.

Revisado 0116