

Reembolso por atención de dependiente/Formulario de reconocimiento del proveedor

Nombre del empleado (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Número de seguro social:
Dirección: (calle, ciudad, estado y código postal)		
¿Es una dirección nueva?: <input type="checkbox"/> Sí		Tengo otros beneficios de American Fidelity: <input type="checkbox"/> Sí
Número de teléfono: (incluya código de área):	Dirección de correo electrónico:	
Forma de contacto preferida: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Texto		

Le enviaremos una notificación por correo electrónico cuando recibamos su reclamación y otra cuando enviemos un pago. También será notificado por correo electrónico sobre cualquier depósito directo. Asegúrese de que su dirección de correo electrónico sea legible.

Por la presente _____ (el "proveedor de atención del dependiente") reconoce que cumple con todas las regulaciones federales, estatales y locales aplicables que rigen los centros de atención de día de dependientes. El proveedor de atención del dependiente además reconoce que ha recibido \$_____ de _____ (nombre del empleado/"participante") por servicios de atención del dependiente incurridos por el periodo desde _____ hasta _____ para las siguientes personas:

Nombre:	Edad:
Nombre:	Edad:
Nombre:	Edad:

Proporcione la siguiente información requerida para el reembolso:

Nombre del centro de atención de día del dependiente o proveedor individual: _____

Número de identificación tributaria del centro de atención de día o número de seguro social del proveedor individual: _____

Domicilio del centro de atención de día del dependiente o proveedor individual: _____

Firma de un representante del centro de atención de día del dependiente o proveedor individual: _____

Autorizo el reembolso de los gastos indicados anteriormente de mi cuenta. Además, certifico que toda la información mencionada en este formulario es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Adicionalmente, certifico que: (1) el reembolso total a la fecha (incluyendo el monto actual solicitado) no excede el monto menor de \$5,000 o \$2,500 (si es un matrimonio y se presenta por separado), mis ingresos ganados, los ingresos ganados de mi cónyuge o el límite máximo establecido por mi empleador. (2) no se reclamará ningún tipo de crédito o deducción del impuesto federal sobre la renta, incluido el crédito fiscal por atención de dependiente, sobre el monto requerido. No buscaré reembolso de ninguna otra cobertura del plan. (3) los servicios de atención de dependiente, que generaron los gastos por los que se solicita reembolso, ya se han brindado.

Firma: _____ Fecha: _____

¿Quién califica como dependiente para las Cuentas para atención de dependientes (Dependent Care Accounts - DCA)?

Unos pocos criterios definen a un dependiente que califica según la sección 152(a)(1) del Código de Ingresos Internos para una DCA.

- Primero, un menor que califica y es su dependiente fiscal y todavía no cumplió 13 años de edad debe tener el mismo lugar de residencia principal que usted durante más de la mitad del año.
- Segundo, un menor que califica o pariente que califica, según se define en la sección 152(a)(1) o (2) del Código de Ingresos Internos, que es incapaz física o mentalmente de su propio cuidado y tiene el mismo lugar de residencia principal que usted durante más de la mitad del año. La persona debe pasar al menos ocho horas por día en su hogar.
- Además, si su cónyuge es física o mentalmente incapaz de cuidarse a sí mismo y tiene el mismo lugar de residencia principal que usted durante más de la mitad del año, también puede calificar como dependiente. Para cumplir con los requisitos, la persona debe pasar al menos ocho horas por día en su hogar.

El tiempo promedio de procesamiento desde la recepción de un voucher completado es de 5 a 7 días hábiles; sin embargo, los tiempos de procesamiento pueden variar durante el año. American Fidelity no será responsable por los faxes no recibidos.