

Envíe el formulario de reclamo completo y firmado, junto con la documentación de respaldo por fax, escaneado por correo electrónico o por correo postal antes de las 2:00 p.m. hora del Pacífico para que se ingrese ese día a:

Creative Benefits, a division of WageWorks, Inc.
 PO Box 1928, Vista, CA 92085-1928
 Fax: (760) 758-4610 o línea gratuita (888) 295-5757
 Correo electrónico: claims@creativebenefits.com
 Teléfono: (888) 295-5656 (línea gratuita)

Formulario de reclamo de la Cuenta de Gastos

SECCIÓN A : INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Si ha cambiado de domicilio, asegúrese de notificar a su empleador para que actualicen sus registros.

Nombre Sam Participant
(Imprima o escriba en letra de imprenta: Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

¿Es un domicilio nuevo? SÍ NO (marque una casilla)

Dirección postal 956 Vale Terrace Dr.

Número de Seguro Social o su nro. de Identificación de participante asignado por Creative Benefits 123456789

Ciudad, estado, código postal Vista, CA 92084

Número de teléfono durante el día (760) 458-4600

Dirección de correo electrónico sparticipant@creativebenefits.com

Empleador Creative Benefits

Envíe fotocopias de los formularios y de la documentación. Conserve los originales para sus registros, ya que el reclamo y la documentación de respaldo es parte de dicho reclamo y se devolverá.

- El IRS ha determinado que los cheques cancelados, las copias de cheques, los saldos a futuro, los estados de cuenta de saldos anteriores, los recibos o estados de cuenta de tarjetas de débito no son documentos válidos para comprobar los gastos realizados.
- La recepción de reclamos enviados por fax no se puede verificar debido a la gran cantidad que recibimos. Llame al sistema automatizado al (888) 295-5656 después de las 5 p.m. hora del Pacífico o ingrese en www.creativebenefits.com para saber si su reclamo ha sido recibido e ingresado.

SECCIÓN B - GASTOS PARA PRESENTAR (Si usted es titular de una tarjeta de pagos de una cuenta de gastos, marque la casilla correspondiente a tarjeta de pago e ingrese \$0 en la columna de monto del gasto si está presentando documentación de respaldo de uso de la tarjeta de pago). Adjunte copias de la documentación de respaldo de su proveedor en las cuales consten los servicios, a quiénes se prestaron, la fecha (para los servicios de atención diurna para dependientes, en la documentación debe constar la fecha del servicio "desde y hasta", así como también información sobre el proveedor del servicio de atención diurna) y el monto pagado (así como también todas las facturas, recibos y demás documentación de respaldo).

TIPO DE GASTO HC = Gasto de asistencia médica DC = Gasto de atención diurna para dependientes	Toda la información es obligatoria. También puede presentar su reclamo en línea en nuestro sitio www.creativebenefits.com , imprimir una hoja de confirmación y enviarla por fax con sus recibos de terceros.
--	---

tarjeta de pago de la cuenta de gastos	tipo de gasto (marque sólo uno por fila)		descripción del gasto	atención preventiva	persona para la cual se efectuó el gasto	relación (cónyuge, hijo o dependiente a efectos impositivos)	fecha de nacimiento Formato de fechas: mm/dd/aa	fechas del servicio (desde - hasta) Formato de fechas: mm/dd/aa	monto del gasto
	HC	DC							
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Office Co-pay	<input checked="" type="checkbox"/>	Self	Self	10/26/74	05/05/08 05/05/08	\$ 40.00
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deductible	<input checked="" type="checkbox"/>	Sally	Spouse	06/08/78	05/25/08 05/25/08	\$ 85.50
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Day Care	<input checked="" type="checkbox"/>	Billy	Child	03/10/03	02/01/08 02/28/08	\$ 435.00
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					\$

La firma del proveedor de servicios de atención diurna puede ser sustituida por la documentación de respaldo.

Monto total a reembolsar **\$560.50**

→ FIRMA DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN DIURNA Angela S. Provider
 Al final del ejercicio fiscal, se le requiere que proporcione el IRS con el nombre, dirección y número de identificación fiscal de Impuestos Formulario 2441 con el fin de obtener la ventaja fiscal de estos gastos. Clear Form

FIRME Y FECHÉ EL FORMULARIO TODAS LAS VECES →

Certifico el presente reclamo de acuerdo con la Sección C: Certificación del empleado. Los reclamos no firmados serán rechazados en forma automática.
 FIRMA DEL PARTICIPANTE Sam Participant FECHA 1/27/09

SECCIÓN C : CERTIFICACIÓN DEL EMPLEADO

- Acepto que:
- No he recibido ni intentaré recibir un reembolso por estos mismos gastos incurridos en virtud de cualquier otro plan y no puedo reclamar estos mismos gastos a fin de obtener una deducción en el impuesto sobre la renta. Todos estos gastos incurridos califican como gastos elegibles para mí o mis dependientes elegibles de acuerdo con el Plan y las Normas del IRS.
 - En caso de haber incluido un medicamento, droga o insumo de venta libre, certifico que se está utilizando "para diagnosticar, tratar o prevenir una enfermedad específica o para afectar cualquier función o estructura del cuerpo". En caso de que el producto de venta libre sea un suplemento, medicamento a base de hierbas o vitamina, certifico que se utiliza para atención médica, según la definición establecida anteriormente, por indicación de un médico matriculado y no simplemente para mejorar la salud general, y además, he adjuntado el certificado del médico. Comprendo que ciertos medicamentos de venta libre pueden requerir certificaciones adicionales por parte de mi médico.
 - Solicito que todas las comunicaciones posibles se me envíen al correo electrónico que indico aquí.