

## Formulario de solicitud de tarjeta de pago

Su empleador le ofrece la facilidad de la tarjeta de pago. Esta tarjeta le permite comprar productos en determinados comercios elegibles. Al elegir la tarjeta, usted acepta utilizarla sólo para gastos elegibles y presentar la documentación detallada de los gastos que realiza con la tarjeta en el plazo de 10 días hábiles a partir del uso de la misma. La documentación aceptable incluye la fecha del servicio, el nombre de la persona a la cual se le prestaron los servicios y una descripción de los servicios prestados junto con el monto cobrado. El comprobante de la tarjeta de crédito generalmente no constituye documentación suficiente a menos que también detalle los artículos comprados con información que identifique de manera correcta que la tarjeta se utilizó para gastos elegibles.

Si no presenta la documentación requerida de forma oportuna (generalmente, dentro de los 42 días de realizada la transacción), su tarjeta será suspendida. La reactivación de la tarjeta tendrá un cargo de \$5. Si pierde o le roban su tarjeta, debe llamarnos de inmediato. La reemisión de la tarjeta tendrá un cargo de \$5.

**Notas especiales** – Las cuentas de tránsito y de estacionamiento no requieren documentación en las transacciones con tarjeta de pago y no se pueden solicitar tarjetas dependientes para estas cuentas.

Generalmente, recibirá su tarjeta en un plazo de 2 a 3 semanas luego de solicitarla, pero no antes de la fecha de elegibilidad (a veces puede tardar de 4 a 6 semanas en llegar). **DEBE ACTIVAR LA TARJETA CUANDO LA RECIBE PARA PODER UTILIZARLA.** Si no activa su tarjeta dentro de los 30 días, será cancelada. La reemisión de la tarjeta luego de haber sido cancelada tendrá un cargo de \$5.

### Información del participante (información obligatoria)

Nombre \_\_\_\_\_ Nº de seguro social \_\_\_\_\_  
(Escriba en letra imprenta o a máquina: Inicial del apellido y del primer y segundo nombre) o su Nº de identificación de participante

Dirección postal \_\_\_\_\_ Nº de teléfono durante el día ( ) \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_ Nombre del empleador \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Solicitud de la tarjeta del participante

Autorizo a WageWorks, formerly Creative Benefits para que solicite una tarjeta de pago a fin de utilizarla con mi cuenta de gastos. Comprendo que mi empleador puede solicitarme que pague el cargo anual por la tarjeta de pago, que es un cargo no prorrateado y no reembolsable de \$14.40 por cada año de plan. Este cargo se debitará automáticamente de mi cuenta de ser necesario.

### Solicitud de la tarjeta del dependiente

(Para cuentas de gastos de asistencia médica, cuentas de gastos para el cuidado de dependientes o acuerdos de reembolsos de salud exclusivamente)

Para solicitar una tarjeta de pago adicional para un dependiente, su tarjeta de pago actual debe estar activa y debe haber fondos disponibles para que se emita dicha tarjeta.

Autorizo a WageWorks, formerly Creative Benefits para que solicite una tarjeta de pago a fin de que la utilice mi dependiente con mi cuenta de gastos flexibles. Comprendo que hay un cargo adicional de \$5.00 que se debitará automáticamente de mi cuenta.

Nombre del dependiente: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
(Escriba en letra imprenta o a máquina: Inicial del apellido y del primer y segundo nombre)

Esta tarjeta es para  Cónyuge  Otro dependiente

**Firme y envíe este formulario a:**

**WageWorks, formerly Creative Benefits**  
**PO Box 1928 Vista, CA 92085-1928**  
**Fax: 877-411-4449**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_