

Formulario de verificación del cuidado de personas dependientes

Tenga en cuenta que este formulario no reemplaza la necesidad de presentar una solicitud de cuidado de dependientes. Su finalidad es más bien acompañar a su solicitud de reembolso de gastos de dependencia y servir de sustituto de la documentación necesaria para justificar dicha solicitud. No se hará ningún reembolso de este formulario que no se actualice a una reclamación o que se acompañe del formulario correspondiente.

Este formulario debe ser cumplimentado por su proveedor después de haber incurrido en gastos de cuidado de dependientes y debe utilizarse en lugar de la documentación de cuidado de dependientes. Adjunte este formulario a una solicitud de reembolso en línea o con tarjeta de débito a través de su cuenta en línea o a un formulario de solicitud de reembolso. Si sus gastos mensuales por atención a dependientes superan sus deducciones mensuales de nómina, puede rellenar un Formulario de Solicitud de Atención a Dependientes Recurrente al inicio del año del plan y se le reembolsará a medida que sus deducciones de nómina se contabilicen en su cuenta.

Paso 1: Información y firma del proveedor de cuidado de personas dependientes (a cumplimentar por el proveedor)

Certifico que la información proporcionada a continuación es exacta. Entiendo que el propósito de mi firma en este formulario es corroborar el nombre del proveedor de servicios de cuidado de dependientes, las fechas en que se prestan dichos servicios y el importe en dólares de los mismos. Me comprometo a proporcionar los recibos necesarios para documentar los gastos incurridos por el afiliado en concepto de cuidado de dependientes, si así se me solicita.

*=Campos obligatorios

*Nombre de dependiente(s)	*Fecha Rango de Servicios (mm/dd/aa)	*Importe cobrado	*Nombre del proveedor	*Firma del proveedor	*Nombre del firmante

Nota: Las fechas indicadas deben corresponder al año del plan en curso. No deben presentarse fechas futuras. Por favor, envíelo después de que todas las fechas hayan sido incurridas.

Paso 2: Certificación del participante

A mi leal saber y entender, la información facilitada es completa y exacta. Certifico que mis gastos de cuidado de dependientes son elegibles según lo definido por el IRS y que no he sido reembolsado previamente por estos gastos ni estoy solicitando el reembolso de ninguna otra fuente. Entiendo que WEX Health Inc., incluidos sus agentes y empleados, no será responsable si presento gastos no elegibles para reembolso. He obtenido o realizado esfuerzos razonables para obtener el número de identificación fiscal (TIN) del proveedor e incluiré el TIN en el formulario 2441 del IRS que debo adjuntar a mi declaración de impuestos federales. Debo conservar una copia de toda la documentación presentada en caso de auditoría del IRS.

Al enviar este formulario certifico lo anterior.

Paso 3: Envíe su(s) formulario(s)

Cargue este formulario en una solicitud en línea o con tarjeta de débito a través de su cuenta en línea.