

Formulario de solicitud de reembolso



Nota: Este formulario debe completarse para presentar un reclamo manual o en línea. Este formulario no debe usarse para justificar los gastos de la tarjeta de débito.

Guía de finalización

Tenga en cuenta que la información faltante puede resultar en la denegación o demora de su solicitud. No resalte la documentación, ya que las secciones resaltadas se vuelven ilegibles en nuestro software de imágenes. Documentación, como se especifica en "Requisitos de documentos", debe enviarse con este formulario.

Paso 1: Su información

Dirección de correo electrónico: Incluya una dirección de correo electrónico si prefiere recibir notificaciones electrónicamente o si su dirección de correo electrónico ha cambiado.

Paso 2: Información de reembolso

Tipo de plan: Ingrese el código (ubicado debajo de la tabla de reclamos) para identificar la cuenta desde la cual está solicitando el reembolso.

¿Presentó su declaración en línea?: Si se presentó un reclamo en línea en myaccounts.hsabank.com, marque "Y" para sí; si no, marque "N" para no.

Fecha(s) Gasto(s) incurrido(s): Proporcione la fecha o el rango de fechas en que se incurrió en los gastos.

Nombre del comerciante/proveedor: Proporcione el nombre del comerciante o centro donde se incurrió en el gasto.

Nombre de la persona que recibe el producto/servicio: Proporcione su nombre o el nombre del dependiente fiscal para el que se proporcionó el servicio o se compró el producto.

Monto de la reclamación: Proporcione la cantidad total solicitada para el gasto especificado.

Reembolso total solicitado: Sume las cantidades en las casillas de "Monto de reclamación".

Paso 2a: Firma y certificación del proveedor de cuidado de dependientes

Si el proveedor de la guardería no puede proporcionar un recibo, se requiere una firma para que se paguen sus reclamos de su FSA para el cuidado de dependientes (DC-FSA).

Paso 3: Certificación

Firme y feche el formulario después de leer la declaración de certificación.

Envíe el formulario completo con la documentación de respaldo a HSA Bank:

En línea: Inicie sesión en su cuenta HSA. Si aún no ha creado su nombre de usuario y contraseña, hágalo en hsabank.com y después inicie sesión. A continuación, seleccione Resources (Recursos) en las opciones de navegación que aparecen a la izquierda y en la sección Secure Document Upload (Cargar documentos de manera segura) a la derecha, haga clic en Upload (Cargar).

Correo electrónico: hsaforms@hsabank.com; Correo postal: HSA Bank, P.O. Box 2744, Fargo, ND 58108

Llame al 844-650-8936 para obtener ayuda.

Requisitos de documentación

La documentación para los gastos médicos requerida por el IRS incluye un recibo de un tercero que contiene la siguiente información:

- Nombre de la persona que recibe el producto/servicio
- Nombre del comerciante/proveedor
- Fecha en que se recibió el servicio o se realizó la compra
- Descripción del servicio o artículo comprado
- Monto en dólares (después del seguro, si corresponde)

La documentación para los gastos médicos requerida por el IRS incluye un recibo de un tercero que contiene la siguiente información:

Por favor, tenga en cuenta: Si no hay un recibo disponible, una declaración firmada por el proveedor que incluya la siguiente información es suficiente. Consulte el paso 2 del formulario.

- Nombre de la persona que recibe el producto/servicio
- Fechas de servicio incurridas
- Monto en dólares
- Nombre del proveedor de la guardería
- Descripción de los servicios

La documentación para los gastos de estacionamiento incluye lo siguiente:

(Por favor, tenga en cuenta: si no hay un recibo disponible, proporcione una declaración firmada que detalle los gastos)

- Recibo de estacionamiento

Las formas de documentación inaceptables incluyen las siguientes:

- Estados de cuenta del proveedor que solo indican el monto pagado, el saldo a futuro o el saldo anterior
- Recibos de tarjetas de crédito que solo reflejan un pago
- Facturas por gastos médicos/de atención de dependientes prepagos donde los servicios aún no se han realizado

Formulario de solicitud de reembolso



Este formulario es para el reembolso de cualquier gasto de bolsillo.

***Requerido**

Paso 1: Su información						
Nombre del empleador:*			ID de empleado:*			
Nombre (primer nombre, inicial del 2.º nombre, apellido)*						
Correo electrónico:			Número de seguridad social:*			
Paso 2: Información del reembolso						
Si no puede proporcionar un recibo de cualquier reclamo presentado para su DC-FSA, su proveedor de cuidado infantil debe completar el Paso 2a. Si prefiere presentar solo un reclamo para el año del plan, acceda al Formulario de solicitud de atención de dependientes recurrentes en myaccounts.hsabank.com .						
Paso 2a: Firma y certificación del proveedor de cuidado de dependientes (para reclamos de cuidado de dependientes)						
Certifico que la información proporcionada a continuación es precisa. Entiendo que el propósito de mi firma en este formulario es eliminar la necesidad de que el titular de la cuenta proporcione recibos para fines de reembolso. Certifico que la información de DC-FSA proporcionada a continuación es precisa.						
Firma del proveedor de cuidado de dependientes:*						
Paso 2b: Información del reclamo						
Tipo de plan ^{*1}	¿Presentó su declaración en línea? (sí/no) *	Fecha(s): Gasto(s) incurridos*	Nombre del comerciante /proveedor*	Descripción de servicios (para la DC-FSA y gastos de estacionamiento)	Nombre de la persona recibiendo el producto/ servicio*	Monto del reclamo*
						\$
						\$
						\$
						\$
						\$
¹ Tipos de planes FSA – Cuenta de gastos flexible o limitada para la atención médica; DC-FSA – FSA para el cuidado de dependientes; HRA – Acuerdo para el reembolso de gastos médicos; PARK – Cuenta FSA para el estacionamiento; LSA – Cuenta de gastos de la vida cotidiana					Reembolso total solicitado* \$ 0	
Paso 3: Certificación						
Certifico que las solicitudes de reembolso que presento son gastos elegibles según lo definido por el IRS y que no he sido reembolsado previamente por estos gastos, ni estoy buscando el reembolso de estos gastos de ninguna otra fuente. Entiendo que HSA Bank, sus agentes o empleados, no serán responsables si presento gastos no elegibles para reembolso. Al enviar esta solicitud, certifico que la información proporcionada es completa y precisa. Si hay algún cambio en la información proporcionada, entiendo que es mi responsabilidad notificar a HSA Bank. Entiendo que debo conservar una copia de toda la documentación enviada en caso de una auditoría del IRS. Si solicito un reembolso por los gastos de tránsito y estacionamiento y no he proporcionado un recibo, certifico que dicho recibo no está disponible.						
Firma:*			Fecha:*			