

## CUENTA FLEXIBLE

### Formulario de Verificación de Gasto

NOMBRE DE EMPLEADOR

(FAVOR ESCRIBIR CON LETRAS DE MOLDE)

#### COMO PREPARAR EL FORMULARIO

**USE ESTA FORMA SOLAMENTE SI SU CUENTA FLEXIBLE DE DEBITO FUE USADA PARA PAGAR ESTE GASTO Y USTED A RECIBIDO UNA PETICIÓN DE VERIFICACIÓN.**

**PASO 1:** Llene toda la información del empleado. Esta forma será procesada electrónicamente. Imprima claramente y solamente en el espacio proporcionado.

**PASO 2:** Llene la información de la transacción.

**PASO 3:** Firme y ponga fecha en el formulario de verificación de gastos y adjunte pruebas del costo. Facturas, declaraciones o recibos detallados son requeridos como prueba del gasto(s). **RECIBOS DE TARJETA DE CRÉDITO Y ESTADOS DE CUENTA CON BALANCES PREVIOS NO SON FORMAS ACEPTABLES PARA LA VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS.**

**IMPORTANTE:** Siempre mande el Formulario de Verificación de Gasto seguido por la documentación de soporte o los recibos. Conserve una copia para sus expedientes.

#### INFORMACION REQUERIDA DEL EMPLEADO

REQUERIDO - TODAS LAS SECCIONES DEBEN SER COMPLETADAS

Numero de Seguro Social		Fecha de Nacimiento	
Apellido	Nombre	Inicial	
Dirección			<input type="checkbox"/> Marque aquí si hay cambio en su dirección
Ciudad	Estado	Código Postal	
Numero de Teléfono de día	Número de Teléfono del Hogar	Dirección de correo electrónico	

#### INFORMACION DE LA TRANSACTION

Nombre del Comerciante	Fecha de la Transacción	Cantidad

#### CERTIFICACION

LA CERTIFICACION NO PUEDE SER PROCESSADA SIN SU FIRMA

*Yo certifico que el gasto (s) enumerado arriba califica para reembolso y ha sido incurrido por mi o por un miembro elegible de mi familia. Este gasto no ha sido reembolsado por ningún otro plan. Yo certifico que si el gasto enumerado arriba no es elegible yo voy a remitir un pago en la cantidad del gasto que fue inelegible hacia el plan. Adicionalmente, este gasto no esta siendo reclamado como deducción de impuestos bajo el código del IRS. Facturas, Declaraciones Recibos Detallados o alguna otra prueba del gasto están adjuntos:*

-----  
Firma del Participante

-----  
Fecha

Para someter el gasto mencionado arriba, puede mandarlo por fax a: 1-800-476-8496 o por correo a: Axis Claims Processing, 12400 Freeman Way, Suite 102, Portland, OR 97222. Para más información: Llame al 1-888-417-2947 opcion 5 o visítenos a [www.axisflex.com](http://www.axisflex.com)

#### LLENE CUANDO MANDE SU FORMULARIO POR FAX

Fecha	# de Paginas	# de Fax de Retorno
-------	--------------	---------------------