

Cuidado de Dependientes

Formulario de Reclamo de "Pay Me Back"

- **Presente su reclamo por Internet** - Únase a la creciente mayoría de participantes que presentan su solicitud por internet para agilizar el servicio. Ingrese a su cuenta en www.choice-strategies.com para presentar su reclamo vía electrónica y para cargar su documentación.
- **Presente su reclamo por fax** - Los formularios de reclamación se pueden enviar ya sea por fax o por el correo de los EEUU a los siguientes lugares: Fax: 877-723-0148. Correo Postal de los EEUU: Choice Strategies. P.O. Box 2205, South Burlington, VT 05407.
- **Tiempo de tramitación de los reclamos** - Los reclamos serán procesados dentro de los 2 días hábiles después de que WageWorks reciba el formulario. Puede comprobar el estatus de su reclamo accediendo a su cuenta en www.choice-strategies.com.



##14CHOICE#

TITULAR DE LA CUENTA:

--	--

Apellido

Nombre

--

Nombre del Empleador

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

Código de Identificación*

Código Postal

* El Código de Identificación son los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social, su número de Identificación de Empleado u otro número de referencia asignado por su empleador. Por favor, consulte las instrucciones de inscripción proporcionadas por el patrocinador de su programa para obtener más información acerca de su Código de Identificación.

NOMBRE DEL PROVEEDOR	FECHAS DE SERVICIO (MM/DD/AA)	NOMBRE DEL DEPENDIENTE, RELACIÓN CON EL TITULAR DE LA CUENTA Y TIPO DE SERVICIO	COSTO DE SU BOLSILLO
Firma del Proveedor: (Reemplaza la necesidad de otra prueba de servicio)		Nombre del Dependiente: _____ Relación con el Titular de la Cuenta: <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Hijo Calificado <input type="radio"/> Familiar Calificado <input type="radio"/> Otro Tipo de Servicio: <input type="radio"/> Cuidado de niños <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Cuidado Antes/Después de la Escuela <input type="radio"/> Cuidado para las Personas de la Tercera Edad <input type="radio"/> Au pair <input type="radio"/> Campamento de día de verano	\$ _____
Firma del Proveedor: (Reemplaza la necesidad de otra prueba de servicio)		Nombre del Dependiente: _____ Relación con el Titular de la Cuenta: <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Hijo Calificado <input type="radio"/> Familiar Calificado <input type="radio"/> Otro Tipo de Servicio: <input type="radio"/> Cuidado de niños <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Cuidado Antes/Después de la Escuela <input type="radio"/> Cuidado para las Personas de la Tercera Edad <input type="radio"/> Au pair <input type="radio"/> Campamento de día de verano	\$ _____
Firma del Proveedor: (Reemplaza la necesidad de otra prueba de servicio)		Nombre del Dependiente: _____ Relación con el Titular de la Cuenta: <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Hijo Calificado <input type="radio"/> Familiar Calificado <input type="radio"/> Otro Tipo de Servicio: <input type="radio"/> Cuidado de niños <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Cuidado Antes/Después de la Escuela <input type="radio"/> Cuidado para las Personas de la Tercera Edad <input type="radio"/> Au pair <input type="radio"/> Campamento de día de verano	\$ _____
Firma del Proveedor: (Reemplaza la necesidad de otra prueba de servicio)		Nombre del Dependiente: _____ Relación con el Titular de la Cuenta: <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Hijo Calificado <input type="radio"/> Familiar Calificado <input type="radio"/> Otro Tipo de Servicio: <input type="radio"/> Cuidado de niños <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Cuidado Antes/Después de la Escuela <input type="radio"/> Cuidado para las Personas de la Tercera Edad <input type="radio"/> Au pair <input type="radio"/> Campamento de día de verano	\$ _____
¿Más gastos? Por favor, complete otra forma. TOTAL DEL FORMULARIO DE RECLAMO:			\$ _____

CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN: Certifico que la información en esta página es correcta y está completa. Estoy solicitando el reembolso de los gastos de cuidado de dependientes relacionados con el trabajo en el que ha incurrido un dependiente elegible (para un niño menor de 13 años u otros dependientes que sean física o mentalmente incapaces de cuidar de sí mismos), mientras participe en el plan. Estos servicios se han prestado y confirmo que al solicitar el reembolso por aquí, no solicitaré el reembolso de estos gastos en ningún otro plan o parte. El uso de este servicio indica mi aceptación del Acuerdo de Usuario de WageWorks en www.wageworks.com (disponible después del registro; introduzca el nombre de usuario y contraseña o haga clic en el enlace "First Time User").