

# AMERICAN MUTUAL BENEFITS

P.O. Box 1103  
Cheyenne, WY 82003  
Bus: 888.884.4080  
Fax: 888.884.4085  
amb@ambnow.com

## Contrato de Nomina del Empleado (Acuerdo de Reducción)

**Instrucciones:** Por Favor lea cuidadosamente el contrato antes de firmar. Llene los espacios en blanco con la información necesaria e indique las opciones en las cuales a usted le gustaría participar. Firme, ponga fecha y envíe el al departamento de recursos humanos de quien paga su nómina (payroll). Envíe una **Copia** a AMB **solo si** cuidado Dependiente fue seleccionado.

|   |                                   |                      |
|---|-----------------------------------|----------------------|
| <b>Nombre del Empleador</b>                         | <b>Numero de Telefono</b>         |                      |
| <b>Nombre del Empleado(Primer,Segundo,Apellido)</b> | <b>Número de Seguro Social</b>    |                      |
| <b>Dirección</b>                                    | <b>Número de Teléfono de Casa</b> |                      |
| <b>Ciudad</b>                                       | <b>Estado</b>                     | <b>Código Postal</b> |

Mi empleador (antes mencionados) por la presente acepto que mi remuneración en efectivo sea reducida en las cantidades que figuran a continuación para cada período del plan de pagos durante el año (o durante parte del año, tales como los restos después de la fecha de este acuerdo.)

### Los pagos de Beneficios

Solicito que los siguientes beneficios sean deducidos de mi cheque de pago antes de impuestos:  
Cobertura de salud elegibles y / u otro individuo o grupo que se han inscrito en el uso de los formularios correspondientes.

Otras primas \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Otras primas \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

### Cuenta del el Cuidado de Dependientes

Yo elijo tener \$ \_\_\_\_\_ por mes apartado de mi cheque de pago antes de impuestos que me reembolse los gastos elegibles de cuidado de atención a dependientes que yo incurra durante el plan anual. Importe máximo total anual de \$ 5,000 (por ejemplo, \$ 5,000 ÷ 12 meses = \$ 416.66 al mes.)

Nombre del proveedor \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social / NIF \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

### Autorización del Empleado - Yo certifico que la información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y entiendo que:

- No puedo cambiar o revocar este acuerdo De redirección de compensación en ningún Momento durante el plan del año a menos Que haya cambios en la situación familiar.
  - El Administrador podrá reducir, cancelar o modificar Este acuerdo en el caso de que sea aconsejable Para satisfacer determinadas disposiciones del Código de Rentas Internas.
  - Mis beneficios de Seguro Social puede ser reducidos Ligeramente como resultado de mi elección.
- Las cantidades restantes en mis cuentas de reembolso Al final del año se perderán.
  - La cantidad de la dirección de mi compensación durante El año se acreditará a una empresa de seguros y / o a una Cuenta de cuidado de dependientes y dicho monto será Pagado en mi nombre o se reembolsara a los gastos Calificados incurridos durante el año.
  - Entiendo que mi elección médica (incluidas las primas) Será continua y automática de año en año hasta que Sea cambiada por mí. Sin embargo, tengo que volver A re inscribirme para la elección de beneficios de Cuidado de dependientes cada año, Y mi elección anual NO será automáticamente prorrogados En el plan del próximo año.

|                           |              |
|---------------------------|--------------|
| <b>Firma del Empleado</b> | <b>Fecha</b> |
| <b>X SI</b> Firme Aquí >  |              |

Reconozco que los beneficios disponibles se han explicado a mí. Se me ha dado la oportunidad de inscribirse en el plan y han optado por no inscribir a mí mismo y / o a mis dependientes. Entiendo que esta elección NO PUEDE ser cambiada hasta que se cumpla la fecha del plan el próximo año.

|                           |              |
|---------------------------|--------------|
| <b>Firma del Empleado</b> | <b>Fecha</b> |
| <b>X NO</b> Firme Aquí >  |              |

