

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.

Nombre del Empleador	Numero de Telefono	
Nombre del Empleado(Primer,Segundo,Apellido)	Número de Seguro Social	
Dirección	Número de Teléfono de Casa	
Ciudad	Estado	Código Postal

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.

Firma del Empleado	Fecha
X SI 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.

Firma del Empleado	Fecha
X NO Firme Aquí >	

