

Formulario de Renuncia BeneFLEX HRA Empleado

Su empleador le permite optar por salir de su cuenta médica 2013 HCSO HRA para ser elegibles para el crédito tributario por seguro de cambio, si usted califica. La finalización de esta renuncia será una prueba aceptable de su decisión de no participar.

Declaración de renuncia

Con mi firma certifico que he optado por el Plan HRA ofrecido por mi empleador.

Nombre de Empleado: _____

Últimos 4 dígitos de Empleado Número de Seguro Social: _____

Nombre de Empleador: _____

Firma:

Firma de Empleado

La Fecha

Debe ser devuelto a su Departamento de Beneficios a remitir a:

BeneFLEX HR Resources, Inc
Enviar a: info@beneflexhr.com

Firma del Miembro del Personal Oficina de Beneficios: _____

Fecha de Vigencia: _____

Nota: Esta renuncia no se requiere para Beneficios exceptúan HRA. Sólo si un empleado se encuentra todavía en un médico 213 (D) HRA.

