



##12T00873#####

## Forma de reclamo para cuidado de dependiente

First Financial Administrators, Inc.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (USE LETRA DE MOLDE)			
EMPLEADOR	NOMBRE	INICIAL	APELLIDO
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NO. TELÉFONO (ENTRE 8ª-5PM)	NO. DE SEGURO SOCIAL	CORREO ELECTRÓNICO	

LISTA DE RECLAMOS ELEGIBLES PARA REEMBOLSO						
<i>Gastos de cuidado de dependientes deben ser para un dependiente que es incapaz de poder cuádrse independientemente o bajo la edad de 13 años en el momento de reclamo sometido.</i>						
NOMBRE DEL DEPENDIENTE	EDAD	FECHAS DE CUIDADO		NOMBRE, DIRECCIÓN, Y SEGURO SOCIAL/NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL DEL PROVEEDOR	COSTO POR PERIODO DE CUIDADO	(SOLO PARA FFGA)
		DE	A			
				CANTIDAD TOTAL DE GASTOS		

FIRMA DEL PROVEEDOR (SE REQUIERE SI EL RECIBO SOMETIDO NO TIENE DETALLE)
Yo proveí el cuidado de dependiente mencionado anteriormente.
FIRMA ORIGINAL DEL PROVEEDOR: _____ FECHA: _____

FIRMA DE EMPLEADO (FIRMA NECESARIA)
<p>Certifico que todos los gastos mencionados anteriormente por el cuidado de dependientes para yo poder trabajar o buscar trabajo, y si está casado, mi esposo para trabajar o buscar trabajo. Estos gastos son por una persona calificada. Estos gastos no son para fines educativos como para asistir a jardín de infantes u otro tipo de escuela. Reconozco que voy a tener que reportar el nombre, la dirección del proveedor, y el número de identificación fiscal en el Formulario 2441.</p> <p>Entiendo que no puedo ser reembolsado hasta que el gasto se ha incurrido; no hay pagos por adelantado. No puedo ser reembolsado hasta que los fondos han sido recibidos por mi empleador y depositado en mi cuenta.</p> <p>Nota: Si usted tiene depósito directo, First Financial Administrators, Inc. no pagará gastos bancarios al caso que tenga insuficiencia de fondos. Favor de verificar con su institución financiera acerca de su depósito.</p>
FIRMA DE EMPLEADO: _____ FECHA: _____

F-DDC-0318

See page 2 for claim filing guidelines.

**TIENE PREGUNTAS:**

Página de internet: [www.ffga.com](http://www.ffga.com) | Teléfono: 866-853-FLEX | Fax: 800-298-7785

First Financial Group of America • FSA Department • PO Box 161968 • Altamonte Springs, FL 32716

## GUÍA PARA SOMETER RECLAMOS

Por favor, siga esta guía para asegurarse de que sus reclamos son reembolsados rápidamente. El no adjuntar la documentación adecuada puede resultar en rechazo de reclamación.

### Documentación Adecuada

- Estado de Cuenta que incluya:
  - Nombre de Proveedor de Cuidado de Dependiente
  - Nombre de Dependiente Calificado
  - Fecha de Cuidado
  - Cantidad pagada por el Cuidado de Dependiente
  - Numero de Identificación Fiscal / Seguro Social del Proveedor
  -

### Documentación Inadecuada

- Copia de cheque cancelado
- Recibo de tarjeta de crédito o débito
- 

Reclamos sometidos por servicios en el futuro que no han acontecido no son elegibles.

### Someta formas de reclamo a:

First Financial Group of America  
FSA Department  
PO Box 161968  
Altamonte Springs, FL 32716

### Someta forma de reclamo por fax al:

800-298-7785

### Llene forma por vía del internet:

Llene su forma de reclamo por internet o suba la documentación en la página segura de internet usando su información de participante yendo a [www.ffga.com](http://www.ffga.com)

### FF Flex Aplicación Móvil:

Someta su forma de reclamo usando su teléfono móvil con la FF Flex Aplicación Móvil. Puede descargar la aplicación para su teléfono móvil en la App Store o Google Play Store para teléfono Apple o Android.

Para más información de sus cuentas de reembolso visite la página de internet [www.ffga.com](http://www.ffga.com)