



Formulario de reclamo de cuenta de melody

Información personal

Nombre: _____ Apellido: _____
 Número de Seguro Social: _____ -- _____ -- _____ Empleador: _____
 Número de teléfono: (_____) _____ Correo electrónico: _____

Si su dirección ha cambiado, escriba su nueva dirección a continuación

Nueva dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información para reclamo

a) Transporte b) Factura de teléfono c) Farmacia/Medicamento recetado d) Atención de dependientes e) Atención oftalmológica/odontológica

Persona para la cual se incurrió en el gasto	Fecha(s) del servicio	Nombre del proveedor del servicio	Descripción de los servicios	Monto

***** No se aceptan recibos de tarjeta de crédito*****

Información de atención de dependientes

Complete la siguiente información si usted no puede obtener un recibo de su proveedor de atención de dependientes.

Nombre del proveedor _____ Fecha de inicio del servicio _____ Fecha de finalización del servicio _____
 Dirección del proveedor: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código postal: _____
 Id. fiscal o número de Seguro Social del proveedor: _____ Firma del proveedor: _____

LEA DETENIDAMENTE

Lo indicado anteriormente es una declaración verdadera y precisa de todos los gastos incurridos por mí o por mis dependientes elegibles en la(s) fecha(s) indicada(s), y no solicitaré el reembolso de ningún otro plan, incluida una Cuenta de Ahorro de Salud (Health Savings Account, HSA). Entiendo que no puedo reclamar ningún gasto reembolsado en mi declaración de impuestos sobre la renta y que podría ser responsable del pago de todos los impuestos relacionados, incluidos los impuestos federales, estatales o municipales sobre la renta, y todas las sanciones relacionadas con respecto a los montos que se abonaron por cualquier gasto reclamado indebidamente en virtud de las disposiciones de este plan.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____