



2019 H.S.A. AUTORIZACIÓN DE DEPÓSITO DIRECTO

Use este formulario para retener el dinero de sus cheque de pago y depositarlo en su Cuenta de Ahorros de Salud (HSA) antes de impuestos. **Debe estar inscrito en un Plan de salud deducible alto (HDHP) calificado para contribuir a un H.S.A. Consulte las pautas del IRS para conocer otras reglas que se aplican.**

1) Llene su información de empleado (por favor imprima)	
Nombre del Empleado: (Apellido, Primer Nombre y Inicial)	Seguro Social: XXX - XX - _____
Empleador / Nombre de Cliente:	Correo electrónico or numero de teléfono :

2) Yo Elijo: (marque la casilla que corresponda)	
<input type="checkbox"/> Comience mi deducción <input type="checkbox"/> Pare mi deducción <input type="checkbox"/> Cambie mi deducción	
2019 Límites anuales de contribución del IRS: \$3,500 = Individual \$7,000 = Familia (empleado más 1 o más) \$1,000 = Individual edad 55+ para alcanzar	Ingrese el monto que desea depositar en su cuenta HSA: \$ _____ por period de pago Elección anual del empleado: \$ _____ Contribución anual del empleador (si corresponde): \$ _____ <i>(debe ser llenado por el empleador antes de presentar)</i>
NOTA: Su Elección Anual junto de Empleado con las contribuciones de otras fuentes, incluyendo su empleador, no puede exceder el monto de la Contribución Máxima Anual establecida por el IRS. Consulte a su asesor fiscal o a la Publicación 969 del Código del IRS para obtener más información sobre las reglas de la HSA.	

3) Cuenta HSA – Institución financiera
Institución Financiera: _____
Ciudad, Estado: _____
Teléfono: _____
Número de enrutamiento de 9 dígitos: _____
Número de cuenta: _____
Las nuevas solicitudes de enrutamiento y / o número de cuenta requieren un mínimo de dos semanas para entrar en vigencia. Las solicitudes para suspender el depósito directo de cuenta HSA o cambiar el monto entrarán en vigencia en la primera nómina disponible después de que Employers Resource Management las reciba.

4) Autorización (Se requiere firma) – Devuelva el formulario completo y firmado a su contacto
Con mi firma a continuación, certifico que me inscribí, o planeo inscribirme, en un Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP) que califica para HSA y no estoy cubierto por ningún otro plan que me descalifique para abrir o contribuir a mi Cuenta de Ahorros de Salud (HSA) . Autorizo a Employers Resource, como agente de nómina, a deducir y, si corresponde, depositar (acreditar) mi Cuenta HSA el monto solicitado por período de pago como se indica en el paso 2 anterior. Entiendo que hay límites máximos que puedo contribuir a mi HSA según las reglas del IRS y puedo ser responsable a las sanciones fiscales si excedo la cantidad. Esta autoridad debe permanecer en plena vigencia hasta que yo revoque o realice una nueva elección mediante la presentación de una nueva Autorización de Depósito Directo HSA, o al cesar las deducciones de nómina debido a un cambio involuntario en mi estado laboral.
Firma: _____ Fecha: _____