

# RECLAMACIONES DE PLANES DE GASTOS DE TRANSPORTE

## INFORMACIÓN DE CONTACTO

Departamento de Beneficios

Teléfono: (925) 956-0514

Fax: (844) 859-7309

Correo electrónico:

[benefits@pensiondynamics.com](mailto:benefits@pensiondynamics.com)

Dirección: 2300 Contra Costa Blvd., Suite 400  
Pleasant Hill, CA 94523

Sitio Web: [www.pensiondynamics.com](http://www.pensiondynamics.com)

## Servicio a clientes

La mejor manera de consultar el estatus de su reclamación es ingresar a su cuenta en línea en [www.pensiondynamics.com](http://www.pensiondynamics.com). Si aún no se ha registrado para obtener una cuenta, contacte a Pension Dynamics Company LLC. El sitio web está disponible 24/7 y es un gran recurso una vez que se ha registrado.

Servicio a Clientes está disponible llamando al (925) 956-0514 de 9 AM - 5 PM PST, de lunes a viernes. También puede enviarnos un correo electrónico a [benefits@pensiondynamics.com](mailto:benefits@pensiondynamics.com). Incluya por favor su nombre y el nombre de su empleador en toda la correspondencia que nos envíe pero no incluya información confidencial como su Número de Seguridad Social.

## Información importante antes de comenzar

### Consejos para completar el formulario de reclamación

- Llene cada una de las secciones completamente. Todos los formularios incompletos no podrán ser procesados.
- Imprima la información en el formulario o use letra legible.
- Recuerde firmar el formulario. Se requiere que sea el empleado que está participando en el plan el que firme el formulario, no el cónyuge u otro dependiente.
- Los gastos sólo pueden ser incurridos por el empleado, no su cónyuge ni otro dependiente.
- Este es un beneficio mensual con un límite mensual. Las reclamaciones DEBEN ser presentadas por mes o parte del mes, pero no abarcar múltiples meses y debe incluir el año. Por ejemplo: enero 2016 - CORRECTO; enero 15-31 de 2016 CORRECTO, 15 de enero al 15 de febrero -INCORRECTO.

### Datos que debe incluir su Formulario de Reclamación

- Formulario de reclamación completado y firmado.
- Recibo de cada gasto que incluye fecha del servicio. Los recibos deben ser presentados a menos que no sean proporcionados en el curso normal del negocio. Si este es el caso, marque NO debajo de la pregunta "¿Existe recibo?" en el formulario de reclamación.
- Cheques cancelados y recibos de tarjetas de crédito no son recibos aceptables de acuerdo con las regulaciones del IRS.

### Recordatorios a la hora de presentar su Formulario de Reclamación

- Conserve el original de todas las solicitudes incluyendo los documentos de comprobación, envíenos sólo copia de los documentos. Pension Dynamics no es responsable de proveer copias.
- Espere 2 días hábiles para que su reclamación sea procesada. Los pagos no pueden ser emitidos hasta que los fondos estén disponibles en su cuenta.
- Si su reclamación es rechazada, recibirá un aviso por escrito explicándole las razones por las que su reclamación no pudo ser procesada. Si necesita información adicional, la carta de rechazo indicará qué puede hacer para que su reclamación sea procesada nuevamente.
- **NO** combine su reclamación con las reclamaciones de sus compañeros de trabajo. Provocará un retraso en el procesamiento e incluso podría no ser procesada.
- Para enviar, complete el Formulario de reclamación y adjunte toda la justificación. Puede cargar los documentos en [secure.pensiondynamics.com](http://secure.pensiondynamics.com) o puede descargar nuestra aplicación móvil. Puede encontrar esto buscando "Pension Dynamics WealthCare" en su tienda de aplicaciones.
- También puede enviar por fax su reclamo en su totalidad al (844) 859-7309 con una portada.
- También puede enviar por correo una copia de su Reclamación en su totalidad a: Pension Dynamics Company LLC, A la atención del: Departamento de Beneficios, 2300 Contra Costa Blvd., Suite 400, Pleasant Hill, CA 94523-3987.

# REEMBOLSO DE GASTOS DE TRANSPORTE

EL NO CONTESTAR TODAS LAS SECCIONES DE ESTE FORMULARIO PUEDE RETRASAR EL PAGO

Plan: \_\_\_\_\_

Ejemplo "Plan de Transporte ABC Company 132" Si no está seguro acerca de su nombre de plan, comuníquese con su departamento de recursos humanos o beneficios.

## SECCIÓN 1. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre \_\_\_\_\_ Cuatro últimos dígitos del NSS \_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico personal \_\_\_\_\_ Número de teléfono de día \_\_\_\_\_ Número de teléfono de noche \_\_\_\_\_



## SECCIÓN 2. RECLAMACIONES RELACIONADAS CON TRANSPORTE

### LAS RECLAMACIONES NO PUEDEN EXCEDER \$270/AL MES

- Estos gastos deben ser por un pase, ficha, tarjeta de pasaje, voucher o concepto similar por transporte ya sea en instalaciones de transporte público (incluyendo BART, Muni, ferry, teleférico, etc.) o en un Vehículo de transporte al trabajo por carretera (Vanpool).
- Un vehículo de transporte al trabajo por carretera es cualquier vehículo para carretera con un número de plazas de al menos seis adultos (sin incluir al conductor), y del que al menos el 80% de su millaje es para propósito de transporte de empleados en relación con el trayecto entre sus residencias y su lugar de trabajo.
- El auto compartido, el puente de peaje o la tarifa de taxi **NO** califica.
- El transporte debe ser para trasladarse entre su residencia y/o ubicación de transporte público (es decir, estación BART) y su lugar de trabajo.

Proveedor/Vendedor	Mes/Año de servicio	¿Existe recibo?		Cantidad solicitada
		Sí	No	
_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
				Total: _____

Si necesita espacio adicional para enumerar los gastos, use otro formulario.

## SECCIÓN 3. RECLAMACIONES POR ESTACIONAMIENTO

### LAS RECLAMACIONES NO PUEDEN EXCEDER \$270/AL MES

- Los "gastos de estacionamiento" se definen como gastos incurridos para estacionar su automóvil en o cerca de las instalaciones comerciales de su empleador, o gastos incurridos para estacionar su automóvil en una ubicación desde la que usted se traslada a trabajar por transporte público, Vehículo de transporte al trabajo por carretera (Vanpool) o auto compartido.

Proveedor/Vendedor	Mes/Año de servicio	¿Existe recibo?		Cantidad solicitada
		Sí	No	
_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
				Total: _____

Si necesita espacio adicional para enumerar los gastos, use otro formulario.

## SECCIÓN 4. AUTORIZACIÓN DEL PARTICIPANTE

Solicito el reembolso de los gastos anteriores. Certifico que cualquier gasto de tránsito y/o vehículo compartido reclamado en este formulario es para el propósito de transporte personal hacia y desde mi lugar de trabajo. Todo transporte compartido es en un vehículo con un número de plazas para 6 o más adultos (sin incluir al chofer) y al menos el 80% del millaje es para el transporte de empleados en relación con el trayecto entre sus residencias y sus lugares de empleo.

Certifico que los gastos de estacionamiento presentados para reembolso en este formulario de reclamación son para que mi automóvil se estacione en un sitio cerca de mi lugar de trabajo o para un espacio de estacionamiento desde yo me traslade en transporte público, camioneta o auto compartido. El espacio de estacionamiento no está cerca de mi lugar de residencia.

Certifico que he incluido todos los comprobantes disponibles de las reclamaciones que he presentado. Las reclamaciones realizan aquí de acuerdo con lo dispuesto en la Sección 132 del Código del IRS y comprendo que cualquier falsificación está sujeta a sanciones legales.

Por este medio certifico que toda la información presentada en esta reclamación es verdadera y correcta y en cumplimiento con las reglas del plan:

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha