

REIMBURSEMENT REQUEST SOLICITUD DE REEMBOLSO

Voya Benefits Company, LLC
A member of the Voya® family of companies
Customer Service: PO Box 929, Manchester, NH 03105
Phone: 833-232-4673; Fax: 855-370-0670; Email: HASInfo@voya.com



Voya Benefits Company, LLC
Un miembro de la familia de compañías de Voya®
Atención al Cliente: PO Box 929, Manchester, NH 03105
Teléfono: 833-232-4673; Fax: 855-370-0670; Correo electrónico: HASInfo@voya.com

Health Account Solutions, including Health Savings Accounts, Flexible Spending Accounts, Commuter Benefits, Health Reimbursement Arrangements, and COBRA Administration offered by Voya Benefits Company, LLC (in New York, doing business as Voya BC, LLC). HSA custodial services provided by an approved HSA custodian as indicated in the applicable custodial agreement. For all other products, administration services provided in part by WEX Health, Inc.

Las Soluciones de las cuentas de salud, incluyendo Cuentas de ahorros para la salud, Cuentas de gastos flexibles, Beneficios para viajeros, Arreglos de reembolso de gastos médicos, y Administración COBRA son ofrecidos por Voya Benefits Company, LLC (en Nueva York, hacemos negocios bajo Voya BC, LLC). Los servicios de custodia de la HSA son proporcionados por un custodio de la HSA aprobado como se indica en el acuerdo de custodia aplicable. Para todos los otros productos, los servicios de administración son proporcionados en parte por WEX Health, Inc.

COMPLETION GUIDE

This form is for the reimbursement of any out-of-pocket expenses. Documentation to substantiate purchases made with your debit card must be submitted with a copy of a Receipt Reminder. Be advised that missing information may result in the denial or delay of your request. Do not highlight documentation, as highlighted sections become unreadable in our imaging software.

Step 1: Account Holder Information

• Email address: If you would prefer to receive notifications electronically or if your email address has changed, update your information at voya.com/myhealthaccounts. You can also contact us at 833-232-4673. We have live customer support 24x7.

Step 2A: Reimbursement Information

- Plan Type: Enter the three/four letter code (located below the claim table) to identify the account from which you are requesting reimbursement.
- Did You File Online: If a claim was filed online at voya.com/myhealthaccounts mark "Y" for yes; if not, mark "N" for no.
- Date(s) Expense(s) Incurred: Provide the date or range of dates the expenses were incurred.
- Merchant/Provider Name: Provide the name of the merchant or facility where the expense was incurred.
- Name of Person Receiving Product/Service: Provide your name or the name of the tax dependent for which the service was provided or the product was purchased.
- Claim Amount: Provide the total amount requested for the specified expense.
- Total Reimbursement Requested: Total the amounts in the "Claim Amount" boxes.

Step 2B: Dependent Care Provider Signature and Certification

• Should the daycare provider be unable to provide a receipt, a signature is required in order for your Dependent Care Account (DCA) claim(s) to be paid.

Step 3: Participant Certification

• Sign and date the form after reading the Participant Certification.

Mail or fax the completed form and supporting documentation to:

Voya Financial, PO Box 929, Manchester, NH 03105; Fax: 855-370-0670.

Questions? Call Customer Service at 833-232-4673 (Live customer support 24x7).

GUÍA PARA COMPLETAR

Este formulario es para el reembolso de cualquier gasto de desembolso personal. La documentación para comprobar las compras realizadas con su tarjeta de débito debe presentarse con una copia de un Recordatorio de recibo. Tenga en cuenta que la información que falte puede resultar en el rechazo o demora de su solicitud. No resalte la documentación, ya que las secciones resaltadas se vuelven ilegibles en nuestro software de imágenes.

Paso 1: Información del titular de la cuenta

• Dirección de correo electrónico: Si prefiere recibir notificaciones electrónicamente o si su dirección de correo electrónico ha cambiado, actualice su información en voya.com/myhealthaccounts. También puede contactarnos llamando al 833-232-4673. Tenemos atención al cliente en vivo 24x7.

Paso 2A: Información de reembolso

- Tipo de plan: Indique el código de tres/cuatro letras (ubicado debajo de la tabla de reclamaciones) para identificar la cuenta desde la cual solicita el reembolso.
- Presentó la reclamación en línea: Si se presentó una reclamación en línea en voya.com/myhealthaccounts marque "Y" para sí; o marque "N" para no.
- Fecha(s) de gasto(s) incurrido(s): Proporcione la fecha o el rango de fechas en que se incurrió en los gastos.
- Nombre del comerciante/proveedor: Proporcione el nombre del comerciante o centro donde se incurrió en el gasto.

- **Nombre de la persona que recibe el producto/servicio:** Proporcione su nombre o el nombre del dependiente fiscal para el cual se proporcionó el servicio o se compró el producto.
- **Monto de la reclamación:** Proporcione el monto total solicitado para el gasto especificado.
- **Reembolso total solicitado:** Total de los montos en las casillas “Monto de la reclamación”.

Paso 2B: Firma y certificación del proveedor de cuidado de dependientes

- Si el proveedor del lugar de cuidado no puede proporcionar un recibo, se requiere una firma para que se pague(n) la(s) reclamación(es) de su Cuenta de cuidado de dependientes (DCA).

Paso 3: Certificación de participante

- Firme el formulario y complete la fecha después de leer la Certificación del participante.

Envíe por correo o fax el formulario completo y la documentación de respaldo a:

Voya Financial, PO Box 929, Manchester, NH 03105; Fax: 855-370-0670.

¿Tiene preguntas? Llame a Atención al cliente al 833-232-4673 (Atención al cliente en vivo 24x7).

DOCUMENTATION REQUIREMENTS

Documentation for medical expenses required by the Internal Revenue Service (IRS) includes a third-party receipt containing the following information:

- Date service was received, or purchase made
- Description of service or item purchased
- Dollar amount (after insurance, if applicable)

Documentation for dependent care expenses required by the IRS includes a third-party receipt containing the following information (Be advised: if a receipt is unavailable, a signature from the provider is sufficient):

- Incurred dates of service
- Dollar amount
- Day Care Provider Name
- For Adult Care Services, a letter from the doctor or a Medical Necessity Request is required to identify that the dependent is physically or mentally disabled and unable to self-care.

Be advised: if a receipt is unavailable or unable to confirm day care provider, additional provider verification will need to be provided which includes either a provider signature or tax identification number.

Unacceptable forms of documentation include the following:

- Provider statements that only indicate the amount paid, balance forward or previous balance
- Credit card receipts that only reflect a payment
- Bills for prepaid dependent care/medical expenses where services have not yet occurred

When submitting a receipt for a co-payment amount, be sure the co-payment description is on the receipt. In some cases, you will need to ask for a receipt at the point of service. If “co-payment” is not clearly identified, have the provider write “co-payment” on the receipt and sign it.

REQUISITOS DE DOCUMENTACIÓN

La documentación para gastos médicos requerida por el Servicio de impuestos internos (IRS) incluye un recibo de un tercero que contenga la siguiente información:

- Fecha en que se recibió el servicio o se realizó la compra
- Descripción del servicio o artículo comprado
- Monto en dólares (después del seguro, si corresponde)

La documentación para gastos de cuidado de dependientes requerida por el IRS incluye un recibo de un tercero que contenga la siguiente información (Advertencia: si no hay un recibo disponible, una firma del proveedor es suficiente):

- Fechas de servicio incurridas
- Monto en dólares
- Nombre del proveedor de cuidado
- Para los Servicios de cuidado de adultos, se requiere una carta del médico o una Solicitud de necesidad médica para identificar que el dependiente tiene una discapacidad física o mental y no puede cuidarse a sí mismo.

Tenga en cuenta: si no hay un recibo disponible o no se puede confirmar el proveedor de cuidado, se deberá proporcionar una verificación adicional del proveedor que incluya la firma del proveedor o el número de identificación fiscal.

Las formas no aceptadas de documentación incluyen las siguientes:

- Estados de cuenta del proveedor que solo indican el monto pagado, el saldo adelantado o el saldo anterior
- Recibos de tarjetas de crédito que solo reflejan un pago
- Facturas por gastos médicos/cuidado de dependientes prepagados en los que aún no se han prestado los servicios

Cuando envíe un recibo por un monto de copago, asegúrese de que la descripción del copago esté en el recibo. En algunos casos, deberá solicitar un recibo en el punto de servicio. Si el “copago” no está claramente identificado, pídale al proveedor que escriba “copago” en el recibo y lo firme.

STEP 1: ACCOUNT HOLDER INFORMATION

Consumer Name (Required) (First) _____ (Last) _____
Employer Name (Required) _____
Birth Date (mm/dd/yyyy) (Required) _____ Social Security Number (SSN) (Required) (Last 4 digits only.) _____
Daytime Phone (Required) (_____) _____ Email _____
Permanent Address (Required) _____
City _____ State _____ ZIP _____

PASO 1: INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA CUENTA

Nombre del consumidor (Obligatorio) (Primero) _____ (Apellido) _____
Nombre del empleador (Obligatorio) _____
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) (Obligatorio) _____ Número del Seguro Social (SSN) (Obligatorio) (Solo los últimos 4 dígitos) _____
Teléfono diurno (Obligatorio) (_____) _____ Correo electrónico _____
Dirección permanente (Obligatorio) _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

STEP 2: REIMBURSEMENT INFORMATION

Step 2a: Claim Information

Plan Type ¹ (Required)	Did You File Online? (Required)	Date(s) Expense(s) Incurred (Required)	Merchant/Provider Name (Required)	Name of Person Receiving Product/Service (Required)	Claim Amount (Required)
<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> DCA <input type="checkbox"/> LFSA <input type="checkbox"/> HRA	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				\$
<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> DCA <input type="checkbox"/> LFSA <input type="checkbox"/> HRA	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				\$
<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> DCA <input type="checkbox"/> LFSA <input type="checkbox"/> HRA	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				\$
<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> DCA <input type="checkbox"/> LFSA <input type="checkbox"/> HRA	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				\$
Total Reimbursement Requested (Required) =					\$

¹ Plan Types: Flexible Spending Account (FSA); Dependent Care Account (DCA); Limited Flexible Spending Account (LFSA); Health Reimbursement Arrangement (HRA)

PASO 2: INFORMACIÓN DE REEMBOLSO

Paso 2a: Información sobre reclamaciones

Tipo de Plan ¹ (obligatorio)	¿Presentó la reclamación en línea? (obligatorio)	Fecha(s) de gasto(s) incurrido(s) (obligatorio)	Nombre del comerciante/proveedor (obligatorio)	Nombre de la persona que recibe el producto/servicio (obligatorio)	Monto de la reclamación (obligatorio)
<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> DCA <input type="checkbox"/> LFSA <input type="checkbox"/> HRA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				\$
<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> DCA <input type="checkbox"/> LFSA <input type="checkbox"/> HRA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				\$

<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> DCA <input type="checkbox"/> LFSA <input type="checkbox"/> HRA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				\$
<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> DCA <input type="checkbox"/> LFSA <input type="checkbox"/> HRA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				\$
Total de la solicitud de reembolso (obligatorio) =					\$

¹ Tipos de planes: Cuenta de gastos flexible (FSA); Cuenta de cuidado de dependientes (DCA); Cuenta de gastos flexibles limitados (LFSA); Acuerdo de reembolso de gastos médicos (HRA)

Step 2b: Dependent Care Provider Signature and Certification (Dependent Care Claims Only)

If you are unable to provide a receipt for any claim(s) submitted for your Dependent Care Account, your daycare provider must complete this step. If you would prefer to file only one claim for the plan year, access the Recurring Dependent Care Request at voya.com/myhealthaccounts.

Dependent Name (First, Last)	Dependent Birth Date (mm/dd/yyyy)	Dependent SSN	Service Type (Select one.)
			<input type="checkbox"/> Child Care <input type="checkbox"/> Adult Care ²

² If choosing Adult Care as an expense, submit a Medical Necessity Request if you haven't already.

I certify the information provided above is accurate. I understand the purpose of my signature on this form is to eliminate the necessity for the participant to provide receipts for reimbursement purposes.

 Dependent Care Provider Signature _____ Date _____

Paso 2b: Firma y certificación del proveedor de cuidado de dependientes (solo reclamaciones de cuidado de dependientes)

Si no puede proporcionar un recibo de cualquier reclamación presentado para su Cuenta de cuidado de dependientes, su proveedor de cuidado debe completar este paso. Si prefiere presentar solo una reclamación para el año del plan, vaya a la Solicitud de cuidado de dependiente recurrente en voya.com/myhealthaccounts.

Nombre del dependiente (Primer nombre, Apellido)	Fecha de nacimiento del dependiente (mm/dd/aaaa)	SSN del dependiente	Tipo de servicio (Seleccione uno)
			<input type="checkbox"/> Cuidado de niños <input type="checkbox"/> Cuidado de adultos ²

² Si elige Cuidado de adultos como un gasto, envíe una Solicitud de necesidad médica si aún no lo ha hecho.

Certifico que la información proporcionada arriba es correcta. Entiendo que el propósito de mi firma en este formulario es eliminar la necesidad de que el participante proporcione recibos para fines de reembolso.

 Firma del proveedor de cuidado de dependientes _____ Fecha _____

STEP 3: PARTICIPANT CERTIFICATION

I certify that the reimbursement request I am submitting are eligible expenses as defined by the Internal Revenue Service (IRS) and I have not been previously reimbursed for these expenses, nor am I seeking reimbursement for these expenses from any other source. I understand that Voya Financial, its agents or employees, will not be held liable if I submit ineligible expenses for reimbursement. I certify that the reimbursement is for the purpose of a qualified expenditure for an eligible individual as defined by the IRS Code. By submitting this request, I certify that the information provided is complete and accurate. If there are any changes in the provided information, I understand it is my responsibility to notify Voya Financial. I understand that I should retain a copy of all submitted documentation in the event of an IRS audit.

 Participant Signature (Required) _____ Date (Required) _____

PASO 3: CERTIFICACIÓN DE PARTICIPANTE

Certifico que la solicitud de reembolso que estoy presentando es para gastos elegibles como lo define el Servicio de Impuestos Internos (IRS) y no he recibido reembolsos por estos gastos anteriormente, ni busco el reembolso de estos gastos de ninguna otra fuente. Entiendo que Voya Financial, sus agentes o empleados no serán responsables si presento gastos no elegibles para reembolso. Certifico que el reembolso es para el propósito de un gasto calificado para una persona elegible según lo define el Código del IRS. Al enviar esta solicitud, certifico que la información proporcionada es completa y precisa. Si hay algún cambio en la información proporcionada, entiendo que es mi responsabilidad notificar a Voya Financial. Entiendo que debo conservar una copia de toda la documentación presentada en caso de una auditoría del IRS.

 Firma del participante (obligatorio) _____ Fecha (obligatorio) _____