Membresía de Everence Federal Credit Union y Solicitud de Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)

Everence®

Favor de proporcionar la siguiente información y devolver la solicitud completa a su sucursal local de Everence o envíela por correo a Everence HSA Administration, 2160 Lincoln Highway E., Suite 20, Lancaster, PA, 17602. También puede enviar la solicitud por fax al 717-735-8331. La membresía en Everence requiere un depósito mínimo de $5 en una cuenta de ahorros principal. Este dinero es suyo, pero $5 deben permanecer en la cuenta mientras sea miembro de Everence. **Envíe su depósito inicial con esta aplicación. Por favor incluya una copia de su documento de identidad vigente con fotografía.**

Información de membresía

Nombre del solicitante _____

Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Número de teléfono de la casa _____ Número de teléfono del trabajo _____

Correo electrónico _____ Licencia de conducir _____
Estado Número Expiración

Por motivos de seguridad e identificación:

Apellido de soltera (materno) _____ Palabra clave _____

Empleador _____

Si su empleador lo solicita, ¿autoriza a Everence a compartir su número de cuenta y número de ruta de Everence HSA con el fin de hacer contribuciones a su cuenta HSA? ☐ Sí ☐ No

Elegibilidad de la membresía (eliga uno)

☐ Soy miembro, empleado o estudiante de una iglesia u organización menonita o anabautista.
Nombre de la iglesia u organización: _____ ,

☐ Yo, o un familiar directo, poseo otro producto de Everence. Nombre del miembro de la familia _____, o

☐ Comparto valores consistentes con la comprensión anabautista de la mayordomía cristiana (Salmo 24: todo lo que soy y todo lo que tengo proviene de Dios) y, en respuesta a la generosidad de Dios, practico la mayordomía de todos mis recursos.

Elegibilidad de HSA

☐ Estoy certificando que estoy **inscrito o me inscribo** en un plan de salud calificado con un deducible alto.
Fecha de entrada en vigor: _____

Cuenta de ahorros para la salud de inversión (opcional)

☐ HSA de inversión
Si seleccionó una HSA de inversión, ingrese la cantidad que desea mantener en su cuenta de cheques HSA antes de invertir en fondos mutuos. El saldo mínimo (umbral de inversión) que debe tener en su cuenta de cheques HSA antes de poder invertir montos adicionales de $500 o más en fondos mutuos es de $1,000. Cuando el saldo de la cuenta de cheques de su HSA supera su umbral de inversión en al menos $500, el dinero se invierte automáticamente de acuerdo con sus elecciones de inversión.

$ _____($1,000 mínimo)

Opciones de distribución de HSA

Puede seleccionar cualquiera de las siguientes opciones para retirar fondos de su HSA para gastos médicos calificados:

☐ Me gustaría pedir cheques de HSA. Entiendo que el cargo por los cheques (y cualquier pedido posterior) se debitará de mi cuenta de depósitos HSA. (La información sobre el costo de comprar cheques está disponible en Everence). Mi solicitud de cheques de HSA se procesará solo si se realizan contribuciones por un total de $50 a mi cuenta HSA dentro de los 60 días posteriores al momento en que Everence reciba esta solicitud.

☐ Me gustaría que se emitiera una tarjeta de débito Everence HSA a mi nombre. Entiendo que no hay ningún cargo por la tarjeta inicial. Me referiré al acuerdo y divulgación de la tarjeta de débito HSA para conocer las limitaciones en el uso de esta tarjeta. Mi solicitud de una tarjeta de débito HSA se procesará una vez que haya actividad en la cuenta.

Usuario autorizado de HSA (opcional)

Las regulaciones requieren que solo una persona pueda ser propietaria de una HSA. Debido a esto, es posible que desee que su cónyuge tenga la capacidad de que se le emita una tarjeta de débito. Para hacer esto, debe designar a Usuario autorizado en su HSA.

Entiendo que el Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés), considera a las HSA como cuentas de propietarios individuales y que mi HSA no se puede mantener conjuntamente. Sin embargo, Everence Federal Credit Union me permite designar a mi dependiente como usuario autorizado de mi HSA para que actúe en mi nombre solo en relación con esta cuenta. Al hacer esta designación, autorizo a mi dependiente a acceder y utilizar esta cuenta únicamente a través de la tarjeta de débito asociada. Mi dependiente no tiene permitido hacer transacciones en la sucursal, como retiros de efectivo, depósitos en efectivo o depósitos de cheques, ni solicitar información sobre el saldo, los detalles de la cuenta ni el historial de transacciones. Cualquier transacción en efectivo o con cheque, así como cualquier consulta relacionada con la cuenta, debe ser realizada directamente por mí, como titular de la cuenta. Esta designación permanece en vigor hasta que notifique por escrito a Everence de su terminación, y no será terminada por mi discapacidad o incompetencia.

Nombre de usuario autorizado _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Número de Seguro Social o número de identificación fiscal _____ Fecha de nacimiento _____

El apellido de soltera (materno) _____

Número de teléfono de la casa _____ Número de teléfono del trabajo _____

Correo electrónico _____

Nombre de usuario autorizado _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Número de Seguro Social o número de identificación fiscal _____ Fecha de nacimiento _____

El apellido de soltera (materno) _____

Número de teléfono de la casa _____ Número de teléfono del trabajo _____

Correo electrónico _____

Nombre de usuario autorizado _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Número de Seguro Social o número de identificación fiscal _____ Fecha de nacimiento _____

El apellido de soltera (materno) _____

Número de teléfono de la casa _____ Número de teléfono del trabajo _____

Correo electrónico _____

Nombre de usuario autorizado _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Número de Seguro Social o número de identificación fiscal _____ Fecha de nacimiento _____

El apellido de soltera (materno) _____

Número de teléfono de la casa _____ Número de teléfono del trabajo _____

Correo electrónico _____

Autorizaciones, información sobre retenciones fiscales adicionales y firmas

Informe del consumidor. Mediante el envío de una solicitud de afiliación, usted autoriza Everence Federal Credit Union para obtener un informe de crédito del consumidor para evaluar su solvencia, para que pueda ser considerado para otros productos y servicios en Everence. También autoriza a Everence Federal Credit Union para obtener los informes del consumidor para fines de evaluación de la solicitud de afiliación y revisar cualquier cuenta que usted abra en Everence. Usted entiende que estos informes podrán ser utilizados en las decisiones de denegar las solicitudes de cuenta, cerrar cuentas, y/o restringir cuentas o servicios.

Declaración de acceso a información. Al firmar a continuación, acepto los términos y condiciones del Acuerdo Bancario de Afiliación, la Planilla de Tasas Reales para el Ahorro, el Cronograma de Pagos y la Declaración de Acceso a la Información de la Norma de Disponibilidad de Fondos, en caso de corresponder, así como cualquier enmienda que la cooperativa de crédito haga ocasionalmente e incorpore aquí. Acuso recibo de una copia del Acuerdo y las Declaraciones aplicables a las cuentas y servicios aquí solicitados. Si se solicita o se provee una tarjeta de acceso o un servicio de transferencia electrónica de datos, acepto los términos y acuso recibo del Acuerdo sobre Transferencias Electrónicas de Datos. La agencia tributaria IRS (Internal Revenue Service) no exige su consentimiento para ninguna disposición del documento que no sea alguna de las certificaciones requeridas para evitar retenciones fiscales adicionales.

Información para la certificación y las retenciones fiscales adicionales

Bajo pena de perjurio, certifico que:

1. El número de seguro social que se muestra arriba es mi número de identificación de contribuyente correcto (o estoy esperando que se me emita un número), y
2. No estoy sujeto a la retención adicional porque estoy 1) exento de la retención adicional; 2) El IRS no me ha notificado que estoy sujeto a una retención adicional como resultado de no informar todos los intereses o dividendos; o 3) el IRS me ha notificado que ya no estoy sujeto a la retención adicional
3. Soy ciudadano (o extranjero residente) de los Estados Unidos.
4. Declaro que, a menos que esta cuenta se utilice únicamente para recibir transferencias directas o contribuciones de reinversión, soy elegible para abrir y contribuir a una HSA.
5. Es mi responsabilidad comprender y cumplir con todas las leyes y regulaciones que rigen las HSA. Entiendo que soy el único responsable de determinar las consecuencias fiscales de las acciones tomadas por mí con respecto a mi HSA. Acepto eximir al custodio de toda responsabilidad contra todas y cada una de las reclamaciones o pérdidas que surjan de mis acciones.
6. No he recibido ningún asesoramiento fiscal o legal de Everence Federal Credit Union.
7. Entiendo que puedo revocar esta HSA en o antes de siete días después de que se establezca la HSA.

Indicaciones: Debe tachar el número 2 de arriba si el IRS le ha notificado que actualmente está sujeto a las retenciones fiscales adicionales. Si no es una persona estadounidense tache el número 3 anterior y complete el formulario W-8 BEN

Firma del solicitante

Fecha

Everence Federal Credit Union
2160 Lincoln Highway E., Ste. 20
Lancaster, PA 17602-1150
everence.com

Línea gratuita: 800-451-5719
Teléfono: 717-735-8331
infocu@everence.com