



请将此表单发送到
FBA of Syosset
 100 Quentin Roosevelt Blvd. Suite 502
 Garden City, NY 11530
 电话 (855) 374-6431
 传真 (888) 371-3151
claims@fbaofsyosset.com

FBA 帐户索赔表

个人信息

全名 _____

雇主 _____

社会安全号码 _____

电话号码 () _____ 电子邮件 _____

如果您的地址已更改，请在下面列出新地址

新地址 _____

城市 州 邮政编码 _____

索赔信息

如果您无法从公交或托儿服务提供商处获得收据，请填写以下信息

费用类型	_____	量	_____
费用类型	_____	量	_____
费用类型	_____	量	_____
费用类型	_____	量	_____
费用类型	_____	量	_____
费用类型	_____	量	_____

依赖关怀的过境认证

如果您无法从公交或托儿服务提供商处获得收据，请填写以下信息

供应商名称	_____	服务开始日期	_____	服务结束日期	_____
仅依赖护理	_____	提供者税 ID#	_____	提供者签名	_____
员工签名	_____				
日期	_____				

- 通过签署此表格，我同意将我的帐户减少所请求的金额
- 这种报销索赔仅适用于计划年度期间合格计划参与者发生的费用
- 这些费用没有报销，我也不会从任何其他来源报销这些费用
- 如果需要其他信息，您将收到拒绝信，让您知道需要什么附加信息
- 在宽限期期间发生的索赔将在前一年首先支付
- 正畸费用根据雇主对规章的解释支付。 请与您的雇主联系，以查看是否允许为正畸费用支付预付款