



# AbelHR<sup>TM</sup>

800-400-1968 • Fax: 609-860-0400 • AbelHR.com

2 Corporate Drive, Cranbury, New Jersey 08512-3604

National Capabilities

## ABEL HR EMPLOYEE ONBOARDING

# Usuarios Nuevos

Casa Ventajas ▾ productos y servicios ▾ Sobre nosotros ▾ Contáctenos Iniciar sesión

## Iniciar sesión

[Casa](#) [Iniciar sesión](#)



### Usuarios nuevos

[Register](#)

Los nuevos usuarios deben completar el registro inicial para obtener acceso al sistema.

### Iniciar sesión

[Olvidaste tu nombre de usuario o contraseña](#)

Código de compañía

Nombre de usuario

Contraseña

# Bienvenida de empleados



Acuerdo del Usuario   Bienvenida de empleados   Perfil   Relaciones   Depósito directo   I-9   W4   Formulario NJ W-4   Formulario NY W-4   Información adicional  
Aceptación de incorporación   Documentos de beneficios   Beneficios actuales   Declarar evento   Inscribirse   Beneficios pendientes   Aceptación de beneficios

## Bienvenida de empleados

Janet



2 dr corporativo  
cranbury, NJ 08512

Learn More

Enroll Now

Edit

Entregue toda la información requerida para su I-9 a su Administrador de Recursos Humanos

Resumen de beneficios  
pendientes

Existente Pendiente Ninguna

Tipo de plan	Costo EE	Costo ER	Coste total
Médico	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00
HSA	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00
Dental	\$ 18.15	\$ 0.00	\$ 18.15
Visión	\$ 0.00	\$ 4.13	\$ 4.13
Dis a largo plazo	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00
Vida básica	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00
Supp Life EE	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00
HC FSA	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00
Dep Care FSA	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00
Tránsito	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00
Estacionamiento	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00

Current



Mueva el cursor sobre el gráfico para ver los  
planos.



ana d quintana

Edit



# Perfil de empleado



Acuerdo del Usuario   Bienvenida de empleados   Perfil   Relaciones   Deposito directo   19   W4   Formulario NJ W-4   Formulario NY W-4   Información adicional

Aceptación de incorporación

Documentos de beneficios   Beneficios actuales   Declarar evento   Inscribirse   Beneficios pendientes   Aceptación de beneficios

## Perfil de empleado



Haga clic para actualizar la imagen

### Información del contacto:

#### Nombre y dirección

2 corporate dr  
cranbury NJ 08512  
Estados Unidos

#### Teléfono

Hogar:  
Trabajo:  
Móvil: 609-860-0400  
\* Teléfono principal

#### Correo electrónico

\* Correo electrónico principal

Edit

NEXT

### Información demográfica:

SSN:

Fecha de nacimiento:

Número de empleado:

Nivel educativo:

Sexo:

Estado civil:

tabaco:

Idioma: español

Origen étnico: hispano o latino

Estado militar: no indicado

Edit

# Deposito directo

Acuerdo del Usuario Bienvenida de empleados Perfil Relaciones Deposito directo I9 W4 Formulario NJ W-4 Formulario NY W-4 Información adicional  
Aceptación de incorporación Documentos de beneficios Beneficios actuales Declarar evento Inscribirse Beneficios pendientes Aceptación de beneficios

## Deposito directo

Los empleados son elegibles, si así lo desean, para inscribirse en el Programa de Depósito Directo. El Programa de Depósito Directo les permite a los empleados depositar su pago neto en sus cuentas de ahorro o corrientes personales. Abel no cobra por su participación en el Programa de Depósito Directo. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Abel al 609-860-0400 o por correo electrónico a payroll@ThinkAbel.com.

Tenga en cuenta que completar este formulario autoriza a Abel a depositar fondos en las cuentas nombradas. Entiendo / entiendo que, en caso de una aplicación incorrecta o un error en la cantidad de fondos depositados, Abel tendrá derecho a eliminar, reclamar o retirar fondos aplicados incorrectamente de esta (s) cuenta (s).

### Elijo usar el depósito directo:

Sí  No

### Información de depósito directo # 1

Nombre del banco:



Número de ruta:  Nine Digits

Número de cuenta:

Tipo de cuenta:

Tipo de cantidad:  \$: Utilizado por un monto fijo en dólares, %: Utilizado por un porcentaje de su pago en esta cuenta

Cantidad:

Prioridad:  #: Se utiliza para determinar el orden en que se asignan los fondos a cada cuenta bancaria.

Agregar otras cuentas

Save



# Información I9

PLEASE NOTE THAT TO CHANGE NAME OR ADDRESS YOU SHOULD MODIFY DATA FROM THE PROFILE PAGE



Employment Eligibility Verification  
Department of Homeland Security  
U.S. Citizenship and Immigration Services

USCIS  
Form I-9  
OMB No. 1615-0047  
Expires 08/31/2019

► START HERE: Read instructions carefully before completing this form. The instructions must be available, either in paper or electronically, during completion of this form. Employers are liable for errors in the completion of this form.

ANTI-DISCRIMINATION NOTICE: It is illegal to discriminate against work-authorized individuals. Employers CANNOT specify which document(s) an employee may present to establish employment authorization and identity. The refusal to hire or continue to employ an individual because the documentation presented has a future expiration date may also constitute illegal discrimination.

Section 1. Employee Information and Attestation (Employees must complete and sign Section 1 of Form I-9 no later than the **first day of employment**, but not before accepting a job offer.)

Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)	Middle Initial	Other Last Names Used (if any) <a href="#">?</a>	
Address (Street Number and Name) <b>2 corporate dr</b>	Apt. Number <b>N/A</b>	City or Town <b>cranbury</b>	State <b>NJ</b>	Zip Code <b>08512</b>
Date of Birth (mm/dd/yyyy) <b></b>	U.S. Social Security Number <b></b>	Email Address <b></b>	Telephone Number <b>N/A</b>	

I am aware that federal law provides for imprisonment and/or fines for false statements or use of false documents in connection with the completion of this form.

I attest, under penalty of perjury, that I am (check one of the following boxes):

<input type="checkbox"/> 1. A citizen of the United States <a href="#">?</a>
<input type="checkbox"/> 2. A noncitizen national of the United States (See instructions) <a href="#">?</a>
<input type="checkbox"/> 3. A lawful permanent resident <a href="#">?</a> (Alien Registration Number/USCIS Number) <a href="#">?</a> <input type="text"/> N/A <a href="#">▼</a>
<input type="checkbox"/> 4. An alien authorized to work <a href="#">?</a> until (expiration date, if applicable, mm/yy/yy) <a href="#">?</a> <input type="text"/>

Some aliens may write "N/A" in the expiration date field. (See instructions)

Aliens authorized to work must provide one of the following document Numbers to complete Form I-9:  
An Alien Registration Number/USCIS Number OR Form I-94 Admission Number OR Foreign Passport Number.

1. Alien Registration Number/USCIS Number: [?](#)

OR

2. Form I-94 Admission Number: [?](#)

OR

3. Foreign Passport Number: [?](#)

Country of Issuance: [?](#)



# Formulario W-4

Hoja de trabajo de asignaciones personales

## Formulario W-4 Permiso de retención de empleados

Form W - 4

### Certificado de asignación de retención del empleado

OMB No. 1540-0074

2019

Departamento de Hacienda  
Servicio de Impuestos Internos

1 Tu nombre y tu inicial del segundo nombre:	Apellido	2 SSN
Domicilio (número y calle o ruta rural)		3 <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Casado, pero retiene con la mayor tasa única. <small>Nota: Si se casado pero presenta una declaración por separado, marque "Casado, pero no tiene a una base única".</small>
2 dr corporativo Ciudad o pueblo, estado y código postal cranbury, NJ 08512		4 Si su apellido difiere del que aparece en su tarjeta de seguro social Chequea aquí. Debe llamar al 800-772-1213 para obtener una tarjeta de reemplazo. ►
5.5 Número total de derechos de emisión que solicita (de la hoja de trabajo correspondiente en las páginas siguientes)		
6.6 Cantidad adicional, si corresponde, que desea retener de cada cheque de pago		
7.7 Recargo exención de retención para 2019, y certifico que cumple con las <b>dos</b> condiciones siguientes para la exención. • El año pasado tuve derecho a un reembolso de <b>todos los</b> impuestos federales retenidos porque no tuve <b>ninguna</b> obligación tributaria, y • Este año tengo previsto un reembolso de <b>todos los</b> impuestos federales retenidos porque tengo previsto tener <b>ninguna</b> obligación tributaria. Si cumple ambas condiciones, escriba "Exento" aquí ► 7 Exempt or leave blank		
Bajo pena de perjurio, declaro que he examinado este certificado y, según mi leal saber y entender, es verdadera, correcta y completa.		
Firma del empleado (Este formulario no es válido a menos que lo firme). ► Full Name: Fecha: ► 29/08/2019		
8 Nombre y dirección del <b>empleador</b> / <b>Empleador</b> : Complete las casillas 8 y 10 si envía al IRS y complete las casillas 8, 9 y 10 si envía al Directorio Estatal de Nuevas Contrataciones.		9 Primera fecha de empleo
		10 Número de identificación del empleador (EIN)
<b>Save</b>		

Hoja de trabajo de deducciones adicionales

### Hoja de trabajo de deducciones, ajustes e ingresos adicionales

Nota Use esta hoja de trabajo solo si planea detallar deducciones, reclamar ajustes a los ingresos o tener una gran cantidad de ingresos no salariales.

Ingrese una estimación de sus deducciones detalladas de 2019. Estos incluyen intereses hipotecarios de vivienda elegibles, contribuciones caritativas, impuestos estatales y locales (hasta \$ 10,000) y gastos médicos que excedan el 7.5% de sus ingresos. Ver Pub. 505 para más detalles.

1 Entrar:	\$ 24,000 si es casado que presenta una declaración conjunta o viudo que reúne los requisitos \$ 18,000 si es jefe de familia \$ 12,000 si es soltero o casado que presenta una declaración por separado	1 PS
2 Reste la línea 2 de la línea 1. Si es cero o menos, ingrese "-0"-		2 PS
3		3 PS
4.4	Ingrese una estimación de sus ajustes a los ingresos de 2019 y cualquier deducción estandar adicional por edad o ceguera (consulte la Publicación 505 para obtener información sobre estos artículos)	4.4 PS
5.5		5.5 PS



# Formulario NJ W-4

Formulario NJ W-4

## INSTRUCCIONES

Formulario NJ-W4  
(7-18, R-14)

### Estado de Nueva Jersey - División de Impuestos Certificado de asignación de retención del empleado

1) SS #	2) Estado de presentación: (marque solo una casilla)	
Nombre	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado / Unido Civil / Pareja Conjunta <input type="checkbox"/> Casado / Pareja de Unión Civil separada <input type="checkbox"/> Jefe de hogar <input type="checkbox"/> Viudo (a) calificado / Socio sobreviviente de la Unión Civil	
Dirección	2 dr corporativo	
Ciudad	Estado NJ	Zip 08512

- 3) Si ha elegido usar la tabla de la instrucción A, ingrese la letra correspondiente aquí  
4) Número total de derechos de emisión que solicita (consulte las instrucciones)  
5) Cantidad adicional que desea deducir de cada pago  
6) Reclamo exención de retención del Impuesto sobre la Renta Bruta de NJ y certifico que he cumplido las condiciones en las instrucciones del NJ-W4. Si ha cumplido con las condiciones, ingrese "EXENTAR" aquí. --  
7) Bajo pena de perjurio, certifico que tengo derecho a la cantidad de derechos de retención reclamados en este certificado o tengo derecho a reclamar el estado de exención.

Firma del empleado Type Name to Represent Signature

Fecha 8/29/2019

Nombre y dirección del empleador

Número de identificación del empleador

Save

TABLAS DE TARIFAS PARA TABLA DE SALARIOS



# Información adicional



Aceptación del Usuario Bienvenida de empleados Perfil Relaciones Depósito directo I9 W4 Formulario NJ W-4 Formulario NY W-4 Información adicional

Aceptación de incorporación Documentos de beneficios Beneficios actuales Declarar evento Inscribirse Beneficios pendientes Aceptación de beneficios

Información adicional

NEXT

A continuación se encuentran los recursos que necesitará para conocer su nuevo trabajo.

¡Gracias por ser parte de nuestro equipo!

Estamos contentos de que estén aquí.



# Páginas de elecciones - Dental

Páginas de elecciones

Dental   Vision   Vida básica   Supp Life EE   HC FSA   Dep Care FSA   Tránsito   Estacionamiento

Dental

Tienes una elección pendiente para DELTA FLAGSHIP DENTAL

Tipo de evento: Información de revisión

Fecha de vigencia: 01/10/2019

## Paso 1: conozca sus opciones

### Documentos dentales

- Dental - Certificado de cobertura 2019 - Plan pasivo PPO 1.5k - 2P354
- Dental - Resumen 2019 - UHC pasivo PPO 1.5K - 2P354
- Dental - Delta Dental (sólo NJ) - Identificación de tarjeta dental - Imprimir folleto en línea
- Dental - Delta Dental (sólo NJ) - Resumen completo de beneficios de billetera insignia
- Dental - Delta Dental (sólo NJ) - Directorio completo de proveedores emblemáticos
- Dental - Folleto de la aplicación móvil Delta Dental (sólo NJ)

[Haz clic aquí para ver más información](#)

% Completado: 100%

### Resumen de contribución

Tipo de plan	Costo EE
Médico	\$ 0.00
HSA	\$ 0.00
Dental	\$ 18.15
Visión	\$ 0.00
Dis a largo plazo	\$ 0.00
Vida básica	\$ 0.00
Supp Life EE	\$ 0.00
HC FSA	\$ 0.00
Dep Care FSA	\$ 0.00
Tránsito	\$ 0.00
Estacionamiento	\$ 0.00

NEXT

### Contribución total del empleado



## Paso 2: elegir o rechazar la cobertura

- Dijo elegir la cobertura
- Dijo rechazar la cobertura

## Paso 3: elija dependientes para cubrir

Agregar o editar

Cubierto	Nombre	Relación	Fecha de nacimiento

## Paso 4: elija la opción del plan dental

Todos los costos se muestran quincenalmente.

Plan	Nombre del plan	Cobertura	Costo EE	Costo ER
<input checked="" type="radio"/>	DELTA BANDERA DENTAL	Solo empleado	\$ 0.00	\$ 18.15
<input type="radio"/>	DELTA BANDERA DENTAL	Solo empleado	\$ 18.15	\$ 0.00
<input type="radio"/>	UHC pasivo PPO 1500	Solo empleado	\$ 0.00	\$ 23.39
<input type="radio"/>	UHC pasivo PPO 1500	Solo empleado	\$ 23.39	\$ 0.00



# Páginas de elecciones - Visión

Acuerdo del Usuario	Bienvenida de empleados	Perfil	Relaciones	Depósito directo	I9	W4	Formulario NJ W-4	Formulario NY W-4	Información adicional
Aceptación de incorporación	Documentos de beneficios	Beneficios actuales	Declarar evento	Inscribirse	Beneficios pendientes	Aceptación de beneficios			

## Páginas de elecciones

Dental   Vision   Vida básica   Supp Life EE   HC FSA   Dep Care FSA   Tránsito   Estacionamiento

### Visión

Tienes una elección pendiente para UHC VISION

Tipo de evento: Información de revisión

Fecha de vigencia: 01/10/2019

#### Paso 1: conozca sus opciones

##### Documentos de visión

- [Vision - Certificado de cobertura 2019 - Vision Plan VH109](#)
- [Vision - Resumen 2019 - UHC Vision - VH109](#)
- [Vision - UHC - Cómo Imprimir una tarjeta de identificación de Vision en myuhvision.com](#)
- [Vision - UHC - Plan de visión - Preguntas frecuentes](#)
- [Vision - UHC - Warby Parker Eyewear Flyer](#)

[Haz clic aquí para ver más información](#)



% Completado

#### Resumen de contribución

Tipo de plan	Costo EE
Médico	\$ 0.00
HSA	\$ 0.00
Dental	\$ 18.15
Visión	\$ 0.00
Dis a largo plazo	\$ 0.00
Vida básica	\$ 0.00
Supp Life EE	\$ 0.00
HC FSA	\$ 0.00
Dep Care FSA	\$ 0.00
Tránsito	\$ 0.00
Estacionamiento	\$ 0.00

Todos los costos se muestran quincenalmente.

#### Contribución total del empleado



#### Paso 2: elegir o rechazar la cobertura

- Dijo elegir la cobertura  
 Dijo rechazar la cobertura

#### Paso 3: elija dependientes para cubrir

[Agregar o editar](#)

Cubierto	Nombre	Relación	Fecha de nacimiento

#### Paso 4: elija la opción del plan de visión

Todos los costos se muestran quincenalmente.



Abel HR™

# Páginas de elecciones - Seguro de Vida Supplementaria

Aceptación del Usuario	Bienvenida de empleados	Perfil	Relaciones	Depósito directo	19	W4	Formulario NJ W-4	Formulario NY W-4	Información adicional
Aceptación de incorporación	Documentos de beneficios	Beneficios actuales	Declarar evento	Inscribirse	Beneficios pendientes	ACEPACIÓN DE BENEFICIOS			

## Páginas de elecciones

Dental   Vision   Vida básica   Supp Life EE   HSA FSA   Dep Care FSA   Tránsito   Estacionamiento

### Vida suplementaria del empleado

No ha hecho una elección para la vida suplementaria del empleado.

Tipo de evento: Información de revisión  
Fecha de vigencia: 01/10/2019

#### Paso 1: conozca sus opciones

##### Documentos de vida suplementarios para empleados

- MetLife - Resumen de beneficios de la vida opcional y tarifas
- Resumen opcional de beneficios de vida 2019 (Abel)

[Haz clic aquí para ver más información](#)

#### Paso 2: elegir o rechazar la cobertura

- Dijo elegir la cobertura
- Dijo rechazar la cobertura

#### Paso 3: elegir beneficiarios

[Agregar o editar](#)

Nombre	Rel	Primario	Contingente	Ninguno	Porcentaje
		0	0	*	0%

#### Paso 4: Elija la opción de plan de vida suplementario para empleados

Todos los costos se muestran quincenalmente.

Plan	Nombre del plan	Cobertura	Costo EE	Costo EE
0	ABL MET EE OPTL LIFE - \$ 10,000		\$ 0.40	\$ 0.00
0	ABL MET EE OPTL LIFE - \$ 20,000		\$ 0.80	\$ 0.00
0	ABL MET EE OPTL LIFE - \$ 30,000		\$ 1.20	\$ 0.00
0	ABL MET EE OPTL LIFE - \$ 40,000		\$ 1.60	\$ 0.00
0	ABL MET EE OPTL LIFE - \$ 50,000		\$ 2.00	\$ 0.00
0	ABL MET EE OPTL LIFE - \$ 60,000		\$ 2.40	\$ 0.00

22% Complejado

#### Resumen de contribución

Tipo de plan	Costo EE
Médico	\$ 0.00
HSA	\$ 0.00
Dental	\$ 18.15
Visión	\$ 4.13
Dis a largo plazo	\$ 0.00
Vida básica	\$ 0.00
Supp Life EE	\$ 0.00
HSA FSA	\$ 0.00
Dep Care FSA	\$ 0.00
Tránsito	\$ 0.00
Estacionamiento	\$ 0.00

Todos los costos se muestran quincenalmente.

**NEXT**

#### Contribución total del empleado



# Páginas de elecciones - Gastos Flexibles FSA

Acuerdo del Usuario	Bienvenida de empleados	Perfil	Relaciones	Depósito directo	I9	W4	Formulario NJ W-4	Formulario NY W-4	Información adicional
Aceptación de incorporación	Documentos de beneficios	Beneficios actuales	Declarar evento	Inscribirse	Beneficios pendientes	Aceptación de beneficios			

## Páginas de elecciones

Dental    Visión    Vida básica    Supp Life EE    **HC FSA**    Dep Care FSA    Tránsito    Estacionamiento

### Gastos flexibles de atención médica

No ha hecho una elección para gastos flexibles de atención médica.

Tipo de evento: Información de revisión

Fecha de vigencia: 01/10/2019

#### Paso 1: conozca sus opciones

##### Documentos de gastos flexibles de atención médica

- [Beneficios de descubrimiento - Guía del portal del consumidor](#)
- [Beneficios de descubrimiento - Folleto de empleado de tarjeta de débito 2019](#)
- [Beneficios de descubrimiento: presentación de reclamos para empleados](#)
- [Beneficios de descubrimiento: cuenta de gastos flexibles: Preguntas frecuentes de la FSA](#)
- [Beneficios de descubrimiento - Atención médica y para dependientes de la FSA - Formulario de reembolso de bolígrafo](#)
- [Beneficios de descubrimiento: guía para solicitar tarjetas de débito](#)
- [Beneficios de descubrimiento: cómo iniciar sesión en su cuenta](#)

[Haz clic aquí para ver más información](#)

#### Paso 2: elegir o rechazar la cobertura

- Dijo elegir la cobertura
- Dijo rechazar la cobertura

#### Paso 3: Elija la opción de plan de gastos flexibles de atención médica

Todos los costos se muestran quincenalmente.

Plan	Nombre del plan	Cobertura	Costo EE	Costo EH
<input type="radio"/>	ABEL FSA	<a href="#">Ingresar cantidad</a>	\$ 0.00	\$ 0.00
<input type="radio"/>	ABEL WAGEWORKS	<a href="#">Ingresar cantidad</a>	\$ 0.00	\$ 0.00



Resumen de contribución	
Tipo de plan	Costo EE
Médico	\$ 0.00
HSA	\$ 0.00
Dental	\$ 18.15
Visión	\$ 4.13
Dis a largo plazo	\$ 0.00
Vida básica	\$ 0.00
Supp Life EE	\$ 0.00
HC FSA	\$ 0.00
Dep Care FSA	\$ 0.00
Tránsito	\$ 0.00
Estacionamiento	\$ 0.00

#### Contribución total del empleado



# Páginas de elecciones - Gastos Flexible de Cuidado



## Páginas de elecciones

Dental Visión Vida básica Supp Life EE HC FSA **Dep Care FSA** Tránsito Estacionamiento

### Cuidado dependiente Gasto flexible

No ha realizado una elección para gastos flexibles de atención a dependientes

Tipo de evento: Información de revisión

Fecha de vigencia: 01/10/2019

#### Paso 1: conozca sus opciones

##### Cuidado de dependientes Documentos de gastos flexibles

- [Beneficios de descubrimiento - Guía del portal del consumidor](#)
- [Beneficios de descubrimiento - Folleto de empleado de tarjeta de débito 2019](#)
- [Beneficios de descubrimiento: presentación de reclamos para empleados](#)
- [Beneficios de descubrimiento: cuenta de gastos flexibles Preguntas frecuentes de la FSA](#)
- [Beneficios de descubrimiento - Atención médica y para dependientes de la FSA - Formulario de reembolso de boleto](#)
- [Beneficios de descubrimiento: guía para solicitar tarjetas de débito](#)
- [Beneficios de descubrimiento: cómo iniciar sesión en su cuenta](#)

[Haz clic aquí para ver más información](#)

#### Paso 2: elegir o rechazar la cobertura

- Dijo elegir la cobertura  
 Dijo rechazar la cobertura

#### Paso 3: elija la opción de plan de gastos flexibles para el cuidado de dependientes

Todos los costos se muestran quincenalmente.

Plan	Nombre del plan	Cobertura	Costo EE	Costo EP
<input type="radio"/>	ABEL DEP FSA	<input type="text" value="Ingresar cantidad"/>	\$ 0.00	\$ 0.00

NEXT

% Completado

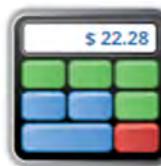
40%

#### Resumen de contribución

Tipo de plan	Costo EE
Médico	\$ 0.00
HSA	\$ 0.00
Dental	\$ 18.15
Visión	\$ 4.13
Dis a largo plazo	\$ 0.00
Vida básica	\$ 0.00
Supp Life EE	\$ 0.00
HC FSA	\$ 0.00
Dep Care FSA	\$ 0.00
Tránsito	\$ 0.00
Estacionamiento	\$ 0.00

Todos los costos se muestran quincenalmente.

#### Contribución total del empleado



# Páginas de elecciones - Tránsito

Acuerdo del Usuario	Bienvenida de empleados	Perfil	Relaciones	Depósito directo	I9	W4	Formulario NJ W-4	Formulario NY W-4	Información adicional
Aceptación de incorporación	Documentos de beneficios		Beneficios actuales	Declarar evento	Inscribirse		Beneficios pendientes	Aceptación de beneficios	

## Páginas de elecciones

Dental Visión Vida básica Supp Life EE HC FSA Dep Care FSA **Tránsito** Estacionamiento

### Tránsito

No has hecho una elección para tránsito

Tipo de evento: Información de revisión

Fecha de vigencia: 01/10/2019

#### Paso 1: conozca sus opciones

##### Documentos de tránsito

- ▶ [Sitio web de beneficios de descubrimiento](#)
- ☒ [Tránsito y estacionamiento: beneficios para empleados Folleto para empleados](#)

#### Paso 2: elegir o rechazar la cobertura

- Dijo elegir la cobertura
- Dijo rechazar la cobertura

#### Paso 3: elige la opción del plan de tránsito

Todos los costos se muestran quincenalmente.

Plan	Nombre del plan	Cobertura	Costo EE	Costo ER
○	TRÁNSITO ABEL	<input type="text" value="Ingresar cantidad"/>	\$ 0.00	\$ 0.00
○	ABL WAGEWORKS	<input type="text" value="Ingresar cantidad"/>	\$ 0.00	\$ 0.00



# Beneficios pendientes

Acuerdo del Usuario	Bienvenida de empleados	Perfil	Relaciones	Depósito directo	I9	W4	Formulario NJ W-4	Formulario NY W-4	Información adicional
Aceptación de incorporación	Documentos de beneficios	Beneficios actuales	Declarar evento	Inscribirse	Beneficios pendientes	Aceptación de beneficios			

## Beneficios pendientes

Existente    Pendiente    Sin elección

NEXT

Todos los costos se muestran *Des deducciones por mes*

Descripción del plan	Cobertura	Fecha efectiva	Empleado	Empleador	Total
<b>Médico</b> Ningún plan efectivo para la fecha actual			\$ .00	\$ .00	\$ 0.00
<b>Cuenta de Ahorro de Salud</b> Ningún plan efectivo para la fecha actual			\$ .00	\$ .00	\$ 0.00
<b>Dental</b> DELTA BANDERA DENTAL	Solo empleado	10/01/2019	\$ 18.15	\$ .00	\$ 18.15
<b>Visión</b> VISIÓN UHC	Solo empleado	10/01/2019	\$ 4.13	\$ .00	\$ 4.13
<b>Discapacidad a largo plazo</b> Ningún plan efectivo para la fecha actual			\$ .00	\$ .00	\$ 0.00
<b>Vida básica</b> Ningún plan efectivo para la fecha actual			\$ .00	\$ .00	\$ 0.00
<b>Vida suplementaria del empleado</b> Rechazo el seguro de vida opcional para empleados		10/01/2019	\$ .00	\$ .00	\$ 0.00
<b>Gastos flexibles de atención médica</b> Rechazo el gasto flexible en atención médica		10/01/2019	\$ .00	\$ .00	\$ 0.00
<b>Cuidado dependiente Gasto flexible</b> Rechazo el gasto flexible de atención a dependientes		10/01/2019	\$ .00	\$ .00	\$ 0.00
<b>Tránsito</b> Rechazo el tránsito		10/01/2019	\$ .00	\$ .00	\$ 0.00
<b>Estacionamiento</b> Rechazo el estacionamiento		10/01/2019	\$ .00	\$ .00	\$ 0.00
Totales de cobertura de beneficios			<b>\$ 22.28</b>	<b>\$ 0.00</b>	<b>\$ 22.28</b>



# Aceptación de beneficios

Acuerdo del Usuario Bienvenida de empleados Perfil Relaciones Depósito directo I9 W4 Formulario Nij W-4 Formulario NY W-4 Información adicional

Aceptación de incorporación

Documentos de beneficios

Beneficios actuales

Declarar evento

Inscribirse

Beneficios pendientes

Aceptación de beneficios

## Aceptación de beneficios

### Debes confirmar tus elecciones

NOTA: Debe ingresar sus iniciales y fecha y hacer clic en el botón **ACEPTAR** o sus elecciones no se procesarán por completo. Sin embargo, puede salir en cualquier momento y regresar más tarde y las elecciones que ve en la página "Revisión pendiente" estarán disponibles para continuar. Estas elecciones pendientes permanecerán hasta que expire el plazo permitido para realizar las elecciones.

Estoy de acuerdo en que al hacer clic en el botón **ACEPTAR** que:

Por la presente autorizo a mi empresa a reducir mis salarios en la cantidad indicada en la página de **Revisión pendiente de** beneficios.

Entiendo que las elecciones de inscripción que he realizado permanecerán vigentes hasta el próximo período de inscripción anual. Algunos beneficios no se pueden cambiar a menos que tenga un evento de cambio de vida que califique, como matrimonio o divorcio, nacimiento o adopción de un hijo, cambio en el estado laboral, fallecimiento de un cónyuge o dependiente, o cambio en el estado laboral del cónyuge.

Declaro que toda la información en este formulario de inscripción es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Entiendo que la información contenida en este sitio web es de naturaleza confidencial. No divulgaré ninguno de los datos aquí contenidos a personas o entidades no autorizadas.

Acepto que el nombre de usuario y la contraseña que utilicé para ingresar a este sitio web representan mi firma para todas y cada una de las elecciones y cambios realizados en este sistema.

Firma del empleado:

Fecha:

Accept

% Completado

60%

### Resumen de contribución

Tipo de plan	Costo EE
Médico	\$ 0.00
HSA	\$ 0.00
Dental	\$ 18.15
Visión	\$ 4.13
Dis a largo plazo	\$ 0.00
Vida básica	\$ 0.00
Supp Life EE	\$ 0.00
HC FSA	\$ 0.00
Dep Care FSA	\$ 0.00
Tránsito	\$ 0.00
Estacionamiento	\$ 0.00

### Contribución total del empleado





Para programar un  
DEMO EN VIVO:

Por favor llame al **800.400.1968** o envíenos  
un correo electrónico a **[info@AbelHR.com](mailto:info@AbelHR.com)**  
y un miembro de nuestra organización  
estará encantado de ayudarle.