RECIBO PARA LA FSA DE CUIDADO DE DEPENDIENTES

Dependent Care FSA Receipt · Lo completa el participante y lo certifica el proveedor de cuidado

Plan de EE. UU.: importes en USD, fechas MM/DD/AAAA. Adjúntalo a tu reclamación y guarda una copia (Form 2441). Si tu plan pide documentos en inglés, usa la versión en inglés.

SECCIÓN 1 — PARTICIPANTE (EMPLEADO)

Nombre completo: _____ **Empleador:** _____

N.º de empleado o miembro (si tu plan lo usa): _____ **Año del plan: del** _____ **al** _____

Dirección (opcional): _____ **Teléfono / correo (opcional):** _____

SECCIÓN 2 — DEPENDIENTE(S) QUE RECIBEN EL CUIDADO

#	Nombre completo	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Parentesco contigo
1			
2			
3			
4			
5			

☐ Marca si algún dependiente de la lista tiene 13 años o más y no puede cuidarse solo por incapacidad física o mental.

SECCIÓN 3 — PROVEEDOR DE CUIDADO

Nombre del proveedor (persona o negocio): _____

Dirección: _____ **Ciudad, estado, código postal (ZIP):** _____

N.º de identificación del contribuyente (TIN): _____ ☐ SSN ☐ ITIN ☐ EIN ☐ Organización exenta (501(c)(3))

Teléfono / correo (opcional): _____

Nota: el TIN es obligatorio en tu Form 2441. Al plan dale solo lo que pidan sus reglas de reclamación.

SECCIÓN 4 — TIPO DE CUIDADO (marca todos los que correspondan)

☐ Guardería (centro de cuidado infantil) ☐ Guardería familiar / en casa ☐ Niñera / cuidadora (en tu casa)

☐ Preescolar (antes del kindergarten) ☐ Programa antes / después de la escuela ☐ Campamento de día (sin pernoctar)

☐ Centro de día para adultos ☐ Otro: _____

SECCIÓN 5 — PERIODOS DE CUIDADO

Periodo de cobro: ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Mensual ☐ Turno de campamento / otro: _____

Solo cuidado ya prestado; una fila por semana o mes. Si un cobro cubre a varios hijos, divídelo o pon sus números (p. ej., 1, 2) en la fila. El campamento con noches no cuenta.

#	Primer día de cuidado	Último día de cuidado	Dependiente n.º	Descripción del cuidado	Importe (USD)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

TOTAL POR EL CUIDADO PRESTADO: $ _____

Subtotal por dependiente (opcional): #1 $ _____ #2 $ _____ #3 $ _____ #4 $ _____ #5 $ _____

Opcional (solo si eres empleador doméstico): impuestos sobre la nómina que pagaste como empleador por el salario anterior; van aparte y no forman parte de la certificación del proveedor. Consulta con tu plan si reembolsa este importe. $ _____

SECCIÓN 6 — CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO

Certifico que presté los servicios de cuidado descritos arriba a los dependientes indicados, en las fechas señaladas, y que los importes son lo cobrado por ese cuidado (si soy empleado/a: salario bruto antes de retenciones). Certifico también que el nombre, la dirección y el número de identificación del contribuyente de la Sección 3 son correctos.

Firma del proveedor: _____ **Fecha de la firma:** _____

Nombre en letra de molde: _____ **Cargo (si es negocio):** _____

→ Firma el día del último cuidado indicado en la Sección 5 o después.

SECCIÓN 7 — DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE (opcional; algunos planes la piden)

Certifico que el cuidado anterior fue para una persona calificada, para que yo (y mi cónyuge, si estoy casado/a) pudiera trabajar, buscar trabajo o estudiar a tiempo completo; que estos gastos no me los ha reembolsado ninguna otra fuente, y que no los reclamaré para el crédito por cuidado de hijos y dependientes (Child and Dependent Care Credit).

Firma del participante: _____ **Fecha:** _____

ANTES DE ENVIAR — LISTA DE VERIFICACIÓN DEL RECIBO

Marca cada punto antes de enviar el recibo con tu reclamación · Plan de EE. UU., importes en USD

EL RECIBO

- ☐ Nombre, dirección completa y TIN del proveedor (SSN/ITIN si es persona, EIN si es negocio, o "Tax-Exempt" si es una organización 501(c)(3))
- Nombre completo y fecha de nacimiento de cada hijo
- Tipo de cuidado marcado y descrito
- ☐ Primer y último día de cuidado en cada fila
- Un importe en cada fila y un total que coincide con tu reclamación
- Firma del proveedor con fecha IGUAL O POSTERIOR al último día de cuidado
- ☐ Tu nombre y tu empleador tal como figuran en tu plan

EL CUIDADO

- El cuidado ya se prestó (no hay semanas ni meses futuros)
- ☐ Las fechas están dentro del año del plan y de tu periodo de cobertura
- El niño tenía menos de 13 años en esas fechas (o no puede cuidarse solo)
- El cuidado te permitió (a ti y a tu cónyuge) trabajar o buscar trabajo (o tu cónyuge estudiaba a tiempo completo o no podía cuidarse solo)
- ☐ Es cuidado, no escuela: ni matrícula de kindergarten o grados superiores, ni escuela de verano, ni clases particulares
- Campamento de día, no campamento con noches
- El proveedor NO es tu cónyuge, el otro padre/madre del niño, tu hijo menor de 19 años ni alguien que puedas declarar como dependiente

MOTIVOS FRECUENTES DE RECHAZO — Y LA SOLUCIÓN

1. **Solo comprobante de pago (cheque, estado de cuenta, captura de app)** → Adjunta este recibo firmado por el proveedor.
2. **Falta la firma del proveedor** → Pide que lo firme y ponga la fecha.
3. **Firmado antes de terminar el cuidado** → Vuelve a firmar el último día de cuidado o después.
4. **Fechas futuras o pagadas por adelantado** → Reenvía al terminar cada periodo.
5. **Falta el TIN** → Pide al proveedor el Form W-10 del IRS. Si se niega, guarda constancia escrita de tu solicitud.
6. **Fechas fuera del año del plan** → Revisa el año del plan y el plazo para reclamar.
7. **Niño de 13 años o más** → Quita el cuidado posterior al cumpleaños 13.
8. **Servicio no elegible (campamento con noches, matrícula, tutorías)** → Reclama solo el cuidado.
9. **El importe no coincide con la reclamación** → Usa la línea TOTAL; evita duplicados.
10. **Aún no hay fondos suficientes en tu cuenta** → Muchos planes pagan el resto a medida que entran tus aportes de nómina. Consulta con tu plan.

GUARDA PARA TU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS

- Quien recibió beneficios de cuidado de dependientes debe completar la Parte III del Form 2441. Necesitarás el nombre, la dirección y el TIN de cada proveedor.
- Guarda el Form W-10 (u otro documento con el TIN del proveedor) con tus registros. No lo envíes al IRS.
- Límite 2026: hasta $7,500 al año libres de impuestos ($3,750 si son casados que declaran por separado), sin superar los ingresos del trabajo del cónyuge que gane menos. Tu plan puede fijar un límite menor.

PARA EL PROVEEDOR DE CUIDADO

Tu cliente usa una Dependent Care FSA y necesita este recibo para que le reembolsen.
• Revisa las fechas y los importes y firma el último día de cuidado o después.
• Tu cliente necesita tu TIN (SSN, ITIN o EIN) para su declaración de impuestos (Form 2441). También puedes llenar una vez el Form W-10 del IRS y entregárselo.
• Las organizaciones exentas 501(c)(3) pueden escribir "Tax-Exempt" en lugar del TIN.
• Al firmar solo confirmas el cuidado que prestaste y lo que cobraste.

Notas:

Esta lista resume reglas federales generales (Publication 503 del IRS, instrucciones del Form 2441, Form W-10, IRC §129, Prop. Treas. Reg. §1.125-6). No es asesoría fiscal. Se aplican las reglas de tu plan.