**Instrucciones:** Una cuenta de ahorros para la salud (Health Savings Account, HSA) es una excelente manera de pagar sus costos de atención médica actuales y futuros. Use esta hoja de trabajo para ayudar a determinar cómo podrá beneficiarse de una HSA.

**Hoja de trabajo de la HSA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Paso uno: Determine su elegibilidad** | |
| **Para poder ser elegible para una HSA en 2018, debe responder “Sí” en TODAS las siguientes respuestas:** | |
| 1. Mi plan de salud calificado para una HSA (su empleador puede verificarlo) | 🞎 Sí 🞎 No |
| 1. No estoy cubierto por otro plan de salud | 🞎 Sí 🞎 No |
| 1. No estoy inscrito en Medicare | 🞎 Sí 🞎 No |
| 1. No figuro como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona | 🞎 Sí 🞎 No |
| **Si responde “No” a alguna pregunta, no es elegible para abrir una HSA.** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Paso dos: Decida cuánto aportar** | | |
| **El Servicio de Renta Interna (Internal Revenue Service, IRS) define los siguientes límites de aportes. Use estos montos para determinar lo máximo que puede aportar a su HSA** | | |
| **Límites de aportes para 2018** | **Individual** | **Familia** |
| Máximo definido por el IRS | $3,450 | $6,900 |
| No estoy inscrito en Medicare, mayor de 55 años | $1,000 | $1,000 |
| 1. Mis aportes máximos según mi situación (de la tabla que aparece arriba): | **$** | |
| 1. El monto que mi empleador aporta a mi HSA, si lo hubiere: | **$** | |
| 1. Reste la línea 2 de la 1: este es el máximo que puede aportar: | **$** | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Paso tres: Calcule sus ahorros** | | | |
| **¡Felicitaciones! Usted calificó para una HSA. Ahora calcule los ahorros de impuestos con esta cuenta.** | | | |
|  | | **Sin una HSA** | **Con una HSA** |
| **1** | Calcule los gastos de atención médica anual **no cubiertos** por su plan de salud2   * Desembolsos directos para deducible, copagos/coseguros $\_\_\_\_\_\_\_ * Visitas dentales: exámenes, limpieza, ortodoncia $\_\_\_\_\_\_\_ * Exámenes de la vista: protección ocular, LASIK, cataratas $\_\_\_\_\_\_\_ * Audífonos $\_\_\_\_\_\_\_ | $ | $ |
| **2** | Prima anual del plan de salud (monto retenido del cheque de sueldo por la cantidad de cheques de sueldo en un año) |  |  |
| **3** | Aporte anual de la HSA | $0.00 | $ |
| **4** | **Gastos anuales totales (1 + 2 + 3)** | $ | $ |
| **5** | Ahorros de impuestos (multiplique sus aportes a la HSA por su tasa impositiva):   * Aportes a la HSA $\_\_\_\_\_\_\_ * Tasa impositiva \_\_\_\_\_\_\_% | $0.00 | $ |
| **6** | Cualquier aporte a la HSA restante de este año (monto de la línea 3 menos el monto de la línea 1) **Nota**: Este también es el monto que se transferirá al siguiente año. No lo perderá. | $0.00 | $ |
| **7** | **Ahorros anuales totales (líneas 5 + 6)** | $0.00 | $ |
| **8** | **Ahorros netos (línea 4 menos línea 7)** | **$** | **$** |

**1** Se asume que todos los gastos de atención médica son razonables y están cubiertos por las especificaciones del plan de salud.

2 Si su empleador ofrece una cuenta de ahorros para la salud (Flexible Spending Account, FSA), puede participar en una FSA médica limitada o en una FSA para atención de dependientes, pero no en ambas, con una HSA. Consulte con su empleador sobre las restricciones.

X21876 (10/17)