**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.

|  |
| --- |
| **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 2021** | **Individual**  | **Familia** |
| Máximo definido por el IRS | $3,600 | $7,200 |
| 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.

X21876R04 (11/20)