PETE KING CONSTRUCTION COMPANY
P.O. BOX 82970 • PHOENIX, AZ 85071-2970 • 11040 NORTH 19TH AVE. • (602) 944-4441 • FAX (602) 943-4876

HSA Contribution Change Request Form

This form should be used to make changes to your Health Savings Account ("HSA") contribution. You can increase, decrease, or stop your per-pay period contribution, **OR** you can make a one-time contribution, provided you are enrolled in a high-deductible health plan ("HDHP") and you are eligible to contribute to an HSA. See page two for more information.

Annual HSA contribution maximums include both personal and any employer contributions. Your requested HSA contribution **amount below should NOT include the match contributed by the employer**.

Please complete items 1, 2, 3, and 4:

Note: Completion of all fields is required, including full SSN. Failure to provide the required information may result in a delay of your contribution. Contribution changes may not be effective until Human Resources receives a properly completed and signed HSA Contribution Change Request Form.

1.

First Name	M.I.	Last Name	Social Security Number

2. **Current contribution per pay period: _____**

3. **Please indicate the type of contribution change you wish to make (select ONE):**

Note: Your total annual employee contribution along with contributions from any other sources, including Pete King Construction Company, may not exceed the annual maximum contribution amount set by the IRS. Contribution limits can be found on page two, at www.livelyme.com, or by visiting www.irs.gov. **It is the employee's responsibility to track their contributions and to avoid exceeding the IRS maximum contribution limit(s).**

☐ **New weekly contribution**: I would like to begin contributing the following amount to my HSA through pre-tax payroll deductions: $_____ per pay period, effective on _____/_____/_____. I understand that the elected amount will be deducted from my pay until I make changes.

☐ **Change weekly contribution**: I would like to change my weekly contribution to my HSA to the following amount through pre-tax payroll deductions: $_____ per pay period, effective on _____/_____/_____. I understand that the elected amount will be deducted from my pay until I make changes.

☐ **One-time contribution change**: I would like to make a one-time contribution to my HSA for the following amount through a pre-tax payroll deduction: $_____ as a one-time change to my contributions, effective on _____/_____/_____. After the one-time contribution is made, my HSA contribution should revert back to the current contribution.

☐ **I elect to stop contributing to my HSA account** through pre-tax pay reductions effective on _____/_____/_____. I understand that I may restart contributions at any time by completing a new HSA Contribution Change Request Form, and that I can make after-tax contributions to my HSA online at www.livelyme.com.

By signing below, I also agree to the following:

- I understand that HSA funds that are deducted from my pay must be used—prior to the age of 65—for qualified medical expenses, as defined by the IRS, and I may be taxed and assessed penalties if they are not.
- I have not received tax or legal advice from Pete King Construction Company. If necessary, I will seek the advice of a tax or legal professional to ensure my compliance with all related laws.
- I understand that it is my responsibility to review my paycheck and to immediately notify Human Resources of any disparities between it and this form.
- I understand that the date of my payroll may differ from the date the funds are actually deposited and are available for use.
- I certify that I am eligible to make HSA contributions, and I understand Pete King Construction Company will rely on this certification in making the contributions to my HSA and for appropriate tax withholding and reporting.

4. Employee Signature _____ Date_____

RETURN THIS COMPLETED FORM TO HUMAN RESOURCES BY MONDAY FOR IT TO TAKE EFFECT BY FRIDAY

FOR INFORMATIONAL PURPOSES ONLY:

	Annual Maximum Contributions Permitted by the IRS (includes Employee and Employer)		Employer Contributions (52 weeks)	
2025	under age 55	age 55 and over	per pay	per year
Single	$ 4,300	$ 5,300	$ 10	$ 520
Family	$ 8,550	$ 9,550	$ 20	$ 1,040
2026	under age 55	age 55 and over	per pay	per year
Single	$ 4,400	$ 5,400	$ 10	$ 520
Family	$ 8,750	$ 9,750	$ 20	$ 1,040

To be eligible to contribute to an HSA, you cannot be:

- Enrolled in Medicare
- Covered by any non-HSA-qualified health plan
- Claimed as a dependent on another person's tax return

Your eligibility will cease when any of these events occurs.

To contribute the annual maximum, you must be enrolled in the HDHP for the entire calendar year OR meet the requirements of the "last month rule." Under the "last month rule" provision, you may contribute up to the maximum annual contribution for the year if you are enrolled in the HDHP on Dec. 1 AND remain enrolled in the HDHP for the entire following calendar year. If you have a mid-year employment change or cease to have an eligible HDHP for any reason, you will be subject to the maximum contributions shown above for the portion of the year you were eligible. Excess contributions will be subject to taxation and penalties.

FOR HR USE ONLY DATE RECEIVED:	RECEIVED BY:	EFFECTIVE DATE:

PETE KING CONSTRUCTION COMPANY
P.O. BOX 82970 • PHOENIX, AZ 85071-2970 • 11040 NORTH 19TH AVE. • (602) 944-4441 • FAX (602) 943-4876

Formulario de Solicitud de Cambio de Contribución CAS

Este formulario debe utilizarse para realizar cambios en su contribución a la **Cuenta de Ahorros para la Salud ("CAS")**. Usted puede aumentar, disminuir o detener su contribución por período de pago, **O** puede realizar una contribución única, siempre que esté inscrito en un **plan de salud con deducible alto ("HDHP")** y sea elegible para contribuir a una CAS. Consulte la página dos para obtener más información.

Los límites máximos anuales de contribución a la CAS incluyen tanto las contribuciones personales como las del empleador. El monto de la contribución a la CAS que indique a continuación no debe incluir la contribución equivalente que realiza el empleador.

Por favor, complete los puntos 1, 2, 3 y 4:

Nota: Es obligatorio completar todos los campos, incluido el número completo del Seguro Social (NSS). No proporcionar la información requerida puede ocasionar un retraso en el procesamiento de su contribución. Los cambios en la contribución no serán efectivos hasta que el departamento de Recursos Humanos reciba un **Formulario de Solicitud de Cambio de Contribución CAS** correctamente completado y firmado.

1.

Nombre	M.I.	Apellido	Número de seguro social

2. **Contribución actual por período de pago:_____**

3. **Indique el tipo de cambio de contribución que desea realizar (seleccione UNA opción):**

Nota: Su contribución anual total como empleado, junto con las contribuciones de cualquier otra fuente —incluyendo las de **Pete King Construcción Company**— no puede exceder el límite máximo anual de contribución establecido por el **IRS**.
Los límites de contribución pueden consultarse en la página dos, en **www.livelyme.com**, o visitando **www.irs.gov**.
Es responsabilidad del empleado llevar el control de sus contribuciones y asegurarse de no exceder el límite máximo permitido por el IRS.

☐ **Nueva contribución semanal:** Deseo comenzar a contribuir la siguiente cantidad a mi cuenta CAS mediante deducciones de nómina antes de impuestos: $_____ por período de pago, con vigencia a partir del _____/_____/_____. Entiendo que el monto elegido será deducido de mi pago hasta que realice un cambio.

☐ **Cambio de contribución semanal:** Deseo cambiar mi contribución semanal a mi cuenta CAS a la siguiente cantidad mediante deducciones de nómina antes de impuestos: $_____ por período de pago, con vigencia a partir del _____/_____/_____. Entiendo que el monto elegido será deducido de mi pago hasta que realice un cambio.

☐ **Cambio de contribución por una vez:** Deseo realizar una contribución por única vez a mi cuenta CAS por el siguiente monto mediante una deducción de nómina antes de impuestos: $_____ como un cambio único en mis contribuciones, con vigencia a partir del _____/_____/____. Después de que se realice esta contribución única, mi contribución a la CAS deberá volver a la contribución actual..

☐ **Deseo dejar de contribuir a mi cuenta CAS** mediante deducciones de nómina antes de impuestos, con vigencia a partir del _____/_____/_____. Entiendo que puedo reiniciar mis contribuciones en cualquier momento completando un nuevo Formulario de Solicitud de Cambio de Contribución CAS, y que también puedo realizar contribuciones después de impuestos en línea en www.livelyme.com

Al firmar a continuación, también acepto lo siguiente:

- Entiendo que los fondos de la cuenta CAS que se deduzcan de mi salario deben utilizarse —antes de cumplir los 65 años— para **gastos médicos calificados**, según la definición del **IRS**, y que puedo estar sujeto(a) a impuestos y sanciones si se utilizan para otros fines.
- Reconozco que **Pete King Construction Company** no me ha brindado asesoría fiscal ni legal. Si es necesario, buscaré la orientación de un profesional en impuestos o leyes para asegurarme de cumplir con todas las normativas correspondientes.
- Entiendo que es mi responsabilidad revisar mi cheque de pago y notificar de inmediato al departamento de **Recursos Humanos** si existe alguna discrepancia entre el cheque y este formulario.
- Entiendo que la fecha de mi nómina puede diferir de la fecha en que los fondos realmente se depositan y están disponibles para su uso.
- Certifico que soy elegible para realizar contribuciones a una cuenta CAS y entiendo que **Pete King Construction Company** se basará en esta certificación para realizar las contribuciones a mi CAS y para el manejo adecuado de retenciones e informes fiscales..

4. Firma del empleado:_____ Fecha:_____

ENTREGUE ESTE FORMULARIO COMPLETADO A RECURSOS HUMANOS A MÁS TARDAR EL LUNES PARA QUE ENTRE EN VIGOR EL VIERNES.

SOLO PARA FINES INFORMATIVOS:

	Límites Máximos Anuales de Contribución Permitidos por el IRS *(incluye las contribuciones del empleado y del empleador)*)		Contribución del empleador (52 semanas))	
2025	Menores de 55 años	55 anos o mas	Por período de pago	Por año
Single	$4,300	$5,300	$10	$520
Family	$8,550	$9,550	$20	$1,040
2026	Menores de 55 años	55 anos o mas	Por período de pago	Por año
Single	$4,400	$5,400	$10	$520
Family	$8,750	$9,750	$20	$1,040

Para ser elegible para contribuir a una CAS (Cuenta de Ahorros para la Salud), no puede:

- Estar inscrito en Medicare
- Estar cubierto por un plan de salud que no sea compatible con CAS
- Ser reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona

Su elegibilidad terminará cuando ocurra cualquiera de estos eventos.

Para contribuir con el monto máximo anual, debe estar inscrito en el HDHP (Plan de Salud con Deducible Alto) durante todo el año calendario O cumplir con los requisitos de la “regla del último mes”.
Según la disposición de la “regla del último mes”, usted puede contribuir hasta el máximo anual de contribución para el año si está inscrito en el HDHP el 1 de diciembre Y permanece inscrito en el HDHP durante todo el año calendario siguiente. Si tiene un cambio de empleo a mitad de año o deja de tener un HDHP elegible por cualquier motivo, estará sujeto al monto máximo de contribución correspondiente a la parte del año en que fue elegible. Las contribuciones en exceso estarán sujetas a impuestos y penalidades.

SOIO PARA USO DE RECURSOS HUMANOS FECHA DE RECEPCIÓN:	RECIBIDO POR:	FECHA DE VIGENCIA: