

僱員自願豁免表

僱員請注意

- 您不必簽署本表格。您的僱主強迫您簽署本表格是違法的。你有絕對的選擇權, 您並非一定要簽署本表格。
- 閱讀本表格的全部兩頁的內容非常重要。
- 如果您對本表格或是您的僱主在健保安全條例之下的義務有任何疑問, 請致電 554-7892 或瀏覽 www.sfgov.org/olse/hcso。Para asistencia en Español, llame al 554-7892. 需要中文幫助, 請電 554-7892.

三藩市健保安全條例要求僱主代表您支付健保費用。健保費用是僱主為了讓您接受保健服務而支付的金額。例如, 您的僱主可能:

- 支付為您購買健康保險的費用,
- 為您花費在健保服務的費用報銷,
- 為您繳付健康三藩市 (Healthy San Francisco) 計劃的費用, 或
- 為您的健保費用設立和維持一個報銷帳戶。

如果您現在從其他僱主裏獲得醫療保險, 您的僱主可以申請豁免這項法律規定。但是您的僱主必須每年給你一份自願豁免表並取得你的自願簽名。僱主也必需在必要時更新你的最新資料以反映所提供資訊的最新變更。

即使您透過其他僱主獲得健保服務(無論是您做為僱員還是透過您的配偶、同居伴侶或父母的僱主), 您也有資格獲得這位僱主提供的健保服務。如果您簽署這份表格, 您的僱主可以停止代表您繳付規定的健保費用。如果您想要僱主向你提供有關的健保費用, 請不要簽署這份表格。

您有權在任何時候取消或撤銷這份自願豁免表。您的取消要求必須以書面形式提交。如果您撤銷這份豁免表, 下面列出的僱主必須代表您繳付健保費用。

僱員聯繫資訊	僱主聯繫資訊
姓名:	公司名稱:
住家地址:	僱員工作地址:
電話:	聯絡人:
電子郵箱:	電話:

如果您想放棄你得權利不需要僱主提供健保費用, 您必須完整填寫下一頁的欄位。這份豁免表的有效期是一年。豁免表到期或是您撤銷豁免表後, 上面列出的僱主必須為您做出健保供款, 除非且直到您簽署新的豁免表為止。

如果您填寫本表格, 就表示您放棄僱主提供給你健保服務的權利

