

GENERAL SERVICES AGENCY

OFFICE OF LABOR STANDARDS ENFORCEMENT

DONNA LEVITT, MANAGER



PORMULARYO NG BOLUNTARYONG PAGPAPAUUBAYA NG KAWANI SA HCAO

ANG SEKSIYONG ITO AY DAPAT PUNAN NG EMPLOYER.

Pangalan ng Kawani: _____

Tirahan ng Kawani: _____

Telepono ng Kawani: _____

Pangalan ng Employer na Humihiling ng Pagpapaubaya: _____

Address ng Employer: _____

Kontak na Tao ng Employer: _____

Numero ng Telepono ng Employer: _____

ANG SEKSIYONG ITO AY DAPAT PUNAN NG KAWANI, KUNG BOLUNTARYO NIYANG PINIPILING GAWIN IYON.

Sa ilalim ng Ordinansa ng Pananagutan sa Pangangalagang Pangkalusugan ng San Francisco [San Francisco Health Care Accountability Ordinance (HCAO)], ang inyong employer ay inaatasan na mag-alok sa inyo ng planong segurong pangkalsugan na tumutugon sa Pinakamaliit na mga Pamntayan (Minimum Standards) ng HCAO at hindi nag-aatas sa inyo na magbigay ng kontribusyon ng anumang bahagi ng premium; o magbayad ng \$4.25 kada oras sa Lungsod; o sa ilalim ng limitadong pangyayari, magbayad ng deretso sa inyo.

Ang Pormularyo ng Boluntaryong Pagpapaubaya (Voluntary Waiver Form) na ito ay nagpapahintulot sa inyo na ipaubaya ang inyong karapatan sa libreng premium na segurong pangkalusugan. Sa pamamagitan ng paglagda sa pormularyong ito, tinatanggihan ninyo ang alok ng inyong employer na bigyan kayo ng libreng premium na segurong pangkalusugan at pinapawalang-sala ang inyong employer sa mga pangangailangan ng batas na pagkalooban kayo ng libreng premium na segurong pangkalusugan.

Kahit na may iba pa kayong segurong pangkalusugan, ang inyong employer ay inaataasang pagkalooban kayo ng seguro o magbayad maliban kung lumagda kayo sa pormularyong ito.

Huwag lumagda sa pormularyong ito kung nais ninyo na ang inyong employer ay magbigay ng libreng premium na segurong pangkalusugan. **Labag sa batas para sa inyong employer na hikayatin, puwersahin o pilitin kayo na lumagda sa pormularyong ito.**

Ang boluntaryong pagpapaubaya na ito ay may-bisa para sa isang taon mula sa petsa ng paglagda.

May karapatan kayong kansilahin o pawalang-saysay ang boluntaryong pagpapaubayang ito sa anumang oras. Ang inyong pagpapawalang-saysay ay dapat isumite nang nakasulat. Kung pinawalang-saysay ninyo ang pagpapaubayang ito, ang inyong employer ay inaatasan na pagkalooban kayo ng segurong pangkalusugan o magbayad.

Kung mayroon na kayong segurong pangkalusugan at naghahangad na magkaloob ng pagpapaubaya sa employer na nakalista sa itaas, mangyari lamang na ibigay ang impormasyon sa ibaba:

Ako ay nagpapatunay sa pamamagitan nito na mayroon akong segurong pangkalusugan:

- ☐ mula sa isa pang employer na aking pinagtatrabahuan
Pangalan ng Employer: _____
Address ng Employer: _____
Kontak na Tao ng Employer: _____
Numero ng Telepono ng Employer: _____
- ☐ mula sa employer ng isang magulang, asawa o domestic partner
Pangalan ng tao kung saan ang pagsakop ay sumasaklaw sa inyo: _____
Kaniyang kaugnayan sa inyo _____
Pangalan ng Employer: _____
Address ng Employer: _____
Kontak na Tao ng Employer: _____
Numero ng Telepono ng Employer: _____
- ☐ sa pamamagitan ng COBRA
- ☐ sa pamamagitan ng indibiduwal na plano na aking binabayaran para sa aking sarili

Pangalan ng Kompanya ng Segurong Pangkalusugan: _____

Ako ay nagpapaubaya sa pamamagitan nito ng karapatan sa segurong pangkalusugan na inaalok sa akin ng employer na nakalista sa itaas.

Lagda ng Kawani

Petsa Ngayon

Kung kayo ay may anumang mga tanong tungkol sa mga obligasyon ng inyong employer sa ilalim ng Ordinansa ng Pananagutan sa Pangangalagang Pangkalusugan (Health Care Accountability Ordinance), mangyari lamang na tumawag sa 554-4791 o bumisita sa www.sfgov.org/olse/hcao.

KUMPLETUHIN ANG SUMUSUNOD NA SEKSIYON LAMANG KUNG NAIS NINYONG PAWALANG-SAYSAY ANG PAGPAPAUUBAYANG DATING IGINAWAD NG INYONG EMPLOYER. *Kung nais ninyong ipaubaya ang inyong karapatan sa segurong pangkalusugan na ibinigay ng inyong employer, HUWAG kumpletuhin ang bahagi sa ibaba.*

PAGPAPAWALANG-SAYSAY NG PORMULARYO NG BOLUNTARYONG PAGPAPAUUBAYA SA HCAO

Hindi ko na hinahangad na ipaubaya ang karapatan sa segurong pangkalusugan na inaalok sa akin ng employer na nakalista sa itaas, alinsunod sa Ordinansa ng Pananagutan sa Pangangalagang Pangkalusugan ng San Francisco (San Francisco Health Care Accountability Ordinance).

Lagda ng Kawani

Petsa Ngayon