

GENERAL SERVICES AGENCY  
**OFFICE OF LABOR STANDARDS ENFORCEMENT**  
 DONNA LEVITT, MANAGER



**FORMULARIO DE RENUNCIA VOLUNTARIA DEL EMPLEADO A LA HCAO**

**EL EMPLEADOR DEBE LLENAR ESTA SECCIÓN.**

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_ Nombre de empleador que solicita la renuncia: \_\_\_\_\_  
 Dirección del empleado: \_\_\_\_\_ Dirección del empleador: \_\_\_\_\_  
 Teléfono del empleado: \_\_\_\_\_ Persona de contacto del empleador: \_\_\_\_\_  
 Número telefónico del empleador: \_\_\_\_\_

**EL EMPLEADO DEBE LLENAR ESTA SECCIÓN, SI ÉL/ELLA DECIDE HACERLO DE FORMA VOLUNTARIA.**

Conforme a la Ordenanza de Responsabilidad del Cuidado de la Salud (HCAO) de San Francisco, su empleador está obligado a ofrecerle un plan de seguro de salud que cumpla con los Estándares Mínimos de la HCAO y que no requiera de que usted contribuya con ninguna parte de la prima; o a pagar \$4.25 dólares por hora a la Ciudad; o, en circunstancias limitadas, a hacerle los pagos directamente a usted.

Este Formulario Voluntario de Renuncia le permite a usted renunciar a su derecho de un seguro de salud libre de la prima. Al firmar este formulario, usted rechaza la oferta que su empleador le hace de proporcionarle un seguro de salud libre de la prima y libera a su empleador del requisito legal de proporcionarle un seguro de salud libre de la prima.

Incluso si usted tiene otro seguro de salud, su empleador está obligado a proporcionarle un seguro o a pagar las cuotas a menos que usted firme este formulario.

**No firme este formulario** si usted desea que su empleador le proporcione un seguro de salud libre de la prima. **Es ilegal que su empleador lo persuada, presione o fuerce a que usted firme este formulario.**

Esta renuncia voluntaria es válida durante un año a partir de la fecha de la firma.

**Usted tiene el derecho de cancelar o revocar esta renuncia voluntaria en cualquier momento.** Su revocación debe ser presentada por escrito. Si usted revoca esta renuncia, su empleador estará obligado a proporcionarle un seguro de salud a usted o a pagar una cuota.

*Si usted ya tiene un seguro de salud y desea proporcionar una renuncia al empleador mencionado, por favor proporcione la siguiente información:*

Por medio de la presente certifico que tengo un seguro de salud:

- de otro empleador para el que trabajo  
 Nombre del empleador: \_\_\_\_\_  
 Dirección del empleador: \_\_\_\_\_  
 Persona de contacto del empleador: \_\_\_\_\_  
 Número telefónico del empleador: \_\_\_\_\_
- del empleador de uno de los padres, cónyuge o pareja doméstica  
 Nombre de la persona cuya cobertura se extiende a usted: \_\_\_\_\_  
 Su parentesco o relación con usted \_\_\_\_\_  
 Nombre del empleador: \_\_\_\_\_  
 Dirección del empleador: \_\_\_\_\_  
 Persona de contacto del empleador: \_\_\_\_\_  
 Número telefónico del empleador: \_\_\_\_\_
- mediante COBRA  
 mediante un plan individual que yo mismo pago

Nombre de mi Compañía de Seguros de Salud: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente renuncio al derecho del seguro de salud ofrecido por el empleador mencionado.

\_\_\_\_\_  
 Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
 Fecha de hoy

**Si tiene preguntas sobre las obligaciones de su empleador conforme a la Ordenanza de Responsabilidad del Cuidado de la Salud, por favor llame al 554-4791 o visite [www.sfgov.org/olse/hcao](http://www.sfgov.org/olse/hcao).**

**Para ayuda en español, llame al 554-4791.  
 需要中文幫助, 請電 554-4791.**

**LLENE LA SIGUIENTE SECCIÓN SÓLO SI DESEA REVOCAR UNA RENUNCIA PREVIAMENTE CONCEDIDA A SU EMPLEADOR.** *Si desea renunciar a su derecho al seguro de salud proporcionado por su empleador, NO llene la siguiente sección.*

**REVOCACIÓN DEL FORMULARIO DE RENUNCIA VOLUNTARIA A LA HCAO**

Ya no deseo renunciar al derecho al seguro de salud que me ofrece el empleador mencionado, conforme a la Ordenanza de Responsabilidad del Cuidado de la Salud de San Francisco.

\_\_\_\_\_  
 Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
 Fecha de hoy