

市府總服務局
勞工標準執行辦公室
DONNA LEVITT, 經理



醫療保健安全條例（HCSO）投訴表格

請用以下方式交回此表格

郵寄至：OLSE, City Hall Room 430, 1 Dr. Carlton B. Goodlett Place, San Francisco, CA 94102,
傳真至：(415) 554-6291, *attn: HCSO*, 或
電郵至：HCSO@sfgov.org.

如果有任何不適用你的問題，或你不知道答案，請將此欄保留空白。
如需要，請另附紙張

申訴人資料

姓名		
地址（街道及號碼、城市、州、郵政編碼）		
電郵地址	電話： ☐ 手機 ☐ 家	電話： ☐ 手機 ☐ 家
簡要描述你為什麼提交此投訴的原因（例如，“我沒有從我的僱主那裡得到任何醫療保健福利”）：		

僱主資料

僱主名稱	
生意類型（“餐廳”、“製造業”，等等。）	
你的現在/曾經的工作地址（街道及號碼、城市、州、郵政編碼）	大約有多少僱員在該地址工作？
該公司是否在三藩市內還有其他地點？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不確定	該公司是否在三藩市外還有其他地點？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不確定
老闆或經理的姓名、職務及聯繫資料（電話和/或電子郵件地址）	

Health Care Security Ordinance (HCSO) Complaint Form (continued)

關於你的工作

提供你的工作職位和/或簡要描述你的工作職責（例如，“廚師”或“收銀員”）。		
你第一天工作的日期？	你的薪水是多少？	你通常每星期工作多少小時？
你還在為該僱主工作嗎？ ☐ 是 ☐ 否 如回答否，請提供你最後一天工作的日期，並描述為什麼你不再為該僱主工作的原因：		

豁免及放棄

你是否符合 Medicare 資格（適用於超過 65 歲或有一定殘障的人士的聯邦醫療保健福利）？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定	如回答是，你的 Medicare 資格是何時（月和年）開始的？
你是否符合 TRICARE/ CHAMPUS 資格（適用於現役和退役軍人的聯邦醫療保健福利）？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定	如回答是，你的 TRICARE/ CHAMPUS 資格是何時（月和年）開始的？
根據醫療保健安全條例，你是否放棄過你的醫療保健費用的權利？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定	如回答是，你何時放棄了你的醫療保健費用的權利？
你是否通過其他僱主得到醫療保健服務（無論是作為僱員、還是作為另一人的配偶、同居伴侶、或孩子）？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定	如回答是，該保險利益是何時開始的？
你是否拒絕過僱主給你提供的健康保險？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定	如回答是，你何時拒絕此保險的？

健康保險

在過去的 3 年中，你是否從該僱主處獲得過健康保險？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定		* 如回答否，請跳過本節的其餘部分。
你的保險範圍是何時（月和年）開始的？	如果適用，你的保險範圍是何時結束的？	
如果你知道，你的僱主曾經/現在為此保險範圍付多少費用（每月）？	你曾經/現在為此保險範圍付多少費用（每月）？	

Health Care Security Ordinance (HCSO) Complaint Form (continued)

健康三藩市 (Healthy San Francisco) 計劃

在過去的 3 年內，你是否參加了“健康三藩市”(Healthy San Francisco) 計劃？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定 <i>*如回答否，請跳過本節的其餘部分。</i>	
該計劃是何時(月和年)開始的？	如果適用，該計劃是何時結束的？
你的僱主是否曾經/現在以你的名義支付“健康三藩市”(Healthy San Francisco) 計劃的費用？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定	

報銷醫療保健的費用

在過去的 3 年內，該僱主是否有設有一個報銷你的醫療保健費用的帳戶？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定 <i>*如回答否，請跳過本節的其餘部分。</i>	
此報銷帳戶是何時(月和年)開始的？	如果適用，此報銷帳戶是何時結束的？
你是否有以口頭或書面形式，被告知關於如何使用此報銷帳戶的任何資訊？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定 如回答是，請描述提供給你的資訊：	
在醫療保健費用報銷方面，是否有任何限制或約束？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定 如回答是，請描述這些限制或約束（例如：“無牙醫保險”或“無保險保費”）：	
你是否被告知有關你的報銷帳戶有多少錢可報銷的任何資訊？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定 如回答是，請描述你何時以及如何被告知此資訊：	
你是否使用過此報銷帳戶（比如，你是否要求過報銷你已繳付的任何醫療保健費用）？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定 如回答是，請描述你在提交申請或收到退還款過程中遇到的任何問題（比如，延遲付款或過於複雜的過程）：	

僱主的其他醫療保健福利

在過去的 3 年內，你的僱主是否支付或提供任何 <u>其他</u> 的醫療保健福利（你在上面沒有提到的）？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定 如回答是，請描述這些福利：
--

Health Care Security Ordinance (HCSO) Complaint Form (continued)

報復/保密

你是否投訴過或查問過你的僱主有關醫療保健福利或費用的權利？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定 如回答是，請提供你的查詢/投訴日期、談話人的姓名和頭銜，及他們的反應：
你的僱主關於你提出的醫療保健福利或費用的權利，是否對你進行過報復？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定 如回答是，請描述所發生的事情：
你希望此投訴是匿名投訴嗎（比如，不讓你的僱主知道你的名字）？ ☐ 是，我想讓此投訴保密。 ☐ 否，我想讓我的僱主知道我提交了此投訴。 ☐ 沒有關係。我不在乎我的僱主知道我提交了此投訴。

三藩市的其他僱用法

自 2007 年 2 月 5 日，你是否因為自己生病或看診，或因為照顧生病的家人及看診，而不能上班？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定 如回答是，你請假期間是否有付薪水？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定
你在三藩市工作的過去三年內，你的薪水是否低於三藩市的最低工資？（三藩市最低工資：2010 年是 \$9.79/小時； 2011 年是 \$9.92/小時， 2012 年是 \$10.24/小時及 2013 年是 \$10.55/小時。 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定

我聲明根據本人所知上述資料屬實。

正楷寫出你的姓名	
你的簽名	日期

請用以下方式交回此表格

郵寄至：OLSE, City Hall Room 430, 1 Dr. Carlton B. Goodlett Place, San Francisco, CA 94102,

傳真至：(415) 554-6291, *attn: HCSO*, 或

電郵至：HCSO@sfgov.org.

如需要，請另附紙張。