



ORDINANSANG UKOL SA PANANAGUTAN SA PANGANGALAGA NG KALUSUGAN  
(HEALTH CARE ACCOUNTABILITY ORDINANCE, "HCAO") NG SAN FRANCISCO  
FORM PARA SA BOLUNTARYONG PAGWAWAKSI NG EMPLEYADO NG BENEPISYO  
(EMPLOYEE VOLUNTARY WAIVER FORM)  
PARA SA MGA EMPLEYADONG SAKOP NG PROGRAMA PARA SA MGA PAMANTAYAN SA KALIDAD  
(QUALITY STANDARDS PROGRAM, QSP) NG SFO

**KAILANGANG SAGUTAN NG TAGA-EMPLEYO ANG SEKSIYON NA ITO:**

Pangalan ng Empleyado: \_\_\_\_\_ Pangalan ng Taga-empleyo: \_\_\_\_\_

Address ng Empleyado: \_\_\_\_\_ Address ng Taga-empleyo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Kontak para sa Taga-empleyo: \_\_\_\_\_

Telepono ng Empleyado: \_\_\_\_\_ Numero ng Telepono ng Taga-empleyo: \_\_\_\_\_

Sumusunod sa Batas na (mga) Planong Pangkalusugan na iniaalok sa empleyadong ito at dependents (umaasa sa empleyado) nang walang sinisingil na premium:

Kompanya ng Seguro: \_\_\_\_\_

Pangalan ng Plano at Taon: \_\_\_\_\_

**KAILANGANG SAGUTAN NG EMPLEYADO ANG SEKSIYON NA ITO:**

Sa ilalim ng Ordinansa ukol sa Pananagutan sa Pangangalaga ng Kalusugan (Health Care Accountability Ordinance, HCAO) ng San Francisco, itinatakda sa inyong SFO QSP na taga-empleyo na mag-alok ng planong pampamilya (family plan) para sa inyo at inyong dependents, kung saan natutugunan ng plano ang mga kinakailangan para sa planong pangkalusugan. Hindi puwedeng itakda sa inyo ng inyong empleyado na mag-ambag ng anumang halaga tungo sa mga premium para sa nasasakop ng plano para sa kalusugan ng pamilya (family health plan coverage). Kailangang magsimula ang pagkakasakop o coverage nang hindi lalampas sa Marso 21, 2021, o, para sa mga empleyadong na-empleyo matapos ang petsang ito, sa unang araw ng buwan, na magsisimula matapos ang 30 araw mula sa pagsisimula ng pagkaka-empleyo. Puwede ninyong tanggihan ang alok ng mga benepisyo para sa planong pangkalusugan; gayon pa man, may bisa lamang ang pagtanggap kung mananatili sa taga-empleyo ang form na ito na pirmado ninyo, at patutunayan ninyo na tumatanggap kayo ng pagkakasakop sa **pangpamilyang** kalusugan.

Nag-aalok sa inyo ang inyong taga-empleyo ng (mga) Compliant Health Plan (Planong Pangkalusugan na Sumusunod sa Batas) na nakalista sa itaas. Upang maging Compliant Plan, kailangang walang walang singil ng premium sa inyo at sa inyong dependents. Pinahihintulutan kayo ng Form para sa Pagwawaksi ng Benepisyo (Waiver Form) na iwaksi ang inyong karapatan na makatanggap ng Compliant Health Plan mula sa taga-empleyong ito. Sa pamamagitan ng pagpirma sa form na ito, tinatanggal ninyo sa inyong taga-empleyo ang itinatakdang legal na pangangailangan na bigyan kayo ng Compliant Health Plan, at natutugunan na ang itinatakda ng HCAO sa inyong taga-empleyo. Kahit na mayroon kayong ibang segurong pangkalusugan, itinatakda sa inyong taga-empleyo na alukin kayo ng seguro o magbayad, maliban na lamang kung pipirmahan ninyo ang form na ito.

**Huwag pirmahan ang form na ito kung gusto ninyong bigyan kayo ng inyong taga-empleyo ng planong pangkalusugan na nakalista sa itaas. Illegal para sa inyong empleyado na hikayatin, gipitin, o puwersahin kayong pirmahan ang form na ito.**

**May bisa na isang taon ang boluntaryong waiver mula sa petsang napirmahan ito.**

***Kung gusto ninyong magbigay ng waiver sa taga-empleyong nakalista sa itaas, pakibigay ang impormasyon na nasa ibaba:***

Binibigyang-patunay ko na tumatanggap ako at ang aking dependents ng mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan mula sa sumusunod:

Ang Aking Pangalan: \_\_\_\_\_

Taga-empleyong Nagkakaloob ng mga Serbisyo para sa Pangangalaga ng Kalusugan: \_\_\_\_\_

Pangalan ng Empleyadong nakalista sa benepisyo para sa pangangalaga ng kalusugan: \_\_\_\_\_

Relasyon sa empleyadong iyon: [ ] Sarili [ ] Anak [ ] Asawa/domestikong partner

Pangalan ng Health Care Plan at Administrador: \_\_\_\_\_

Address ng Taga-empleyo: \_\_\_\_\_

Indibidwal na Dapat Kontakin sa Taga-empleyo: \_\_\_\_\_

Telepono ng Taga-empleyo : \_\_\_\_\_

Taga-empleyo: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Nailakip ko na ang patunay na mayroon ako ng health plan na nasa itaas, at may kopya ng:

- (Mga) Medical Card -- kopya ng inyong card at ng card para sa bawat dependent
- Form sa Pagpapa-enroll (Enrollment Form)
- Iba pang dokumento na nagpapakita ng patunay na mayroon ako/kami ng plano na nakalista sa itaas

Binibigyang-patunay ko na tumatanggap ako at ang aking dependents ng mga serbisyo para sa pangangalaga ng kalusugan mula sa taga-empleyo na pinangalanan na sa itaas sa **pamamagitan** ng aking sariling pagkaka-empleyo o sa pamamagitan ng taga-empleyo ng aking asawa/partner/magulang. Sa pamamagitan ng pagpirma sa form na ito, naiintindihan ko na isinusuko ko ang aking karapatan na makatanggap ng family health plan mula sa taga-empleyo ko na pinangalanan na sa unang pahina ng form na ito, hanggang sa susunod na pagkakataon para sa bukas na pag-reenroll (open enrollment), o kung may naganap sa buhay na nagtuturing sa akin na kuwalipikadong muli o qualifying life event (kung бага, pagkawala ng health plan na nakasaad sa itaas). Sa pamamagitan nito, iwinawaksi ko ang karapatan para sa Compliant Health Plan na nakalista sa itaas at inialok sa akin ng taga-empleyong nakalista rin sa itaas para sa kasalukuyang taon ng plano. Nakapagbigay na ako ng patunay na mayroon ako at ang aking dependents ng health plan na nakalista sa itaas.

Lagda ng Empleyado: \_\_\_\_\_ Ang Petsa Ngayong Araw na Ito: \_\_\_\_\_

Pangalan ng Empleyado: \_\_\_\_\_

---

Kung mayroon kayong anumang tanong tungkol sa mga obligasyon ng taga-empleyo sa ilalim ng Ordinansa ukol sa Pananagutan sa Pangangalaga ng Kalusugan (Health Care Accountability Ordinance), pakitawagan ang 554-7903 o bisitahin ang [www.sfgov.org/olse/hcao](http://www.sfgov.org/olse/hcao).

Para asistencia en Español, llame al (415) 554-7903

需要中文幫助, 請電 (415) 554-7903

Para sa tulong sa Filipino, mangyaring tumawag sa (415) 554-7903

---