

ORDENANZA DE SEGURO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD FORMULARIO DE RENUNCIA VOLUNTARIA DEL EMPLEADO

Actualizado el 1º de noviembre de 2017

ATENCIÓN EMPLEADOS: SI USTED LLENA ESTE FORMULARIO, RENUNCIA A SU DERECHO A RECIBIR SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD DE PARTE DE ESTE EMPLEADOR

- **Usted no está obligado a firmar este formulario. Es ilegal que su empleador lo presione para que firme este formulario. Firmar este formulario puede hacerlo no elegible para beneficios de salud a los que de otra manera tendría derecho.**
- **Lea el formulario detenidamente. Si usted tiene preguntas sobre este formulario o las obligaciones de su empleador establecidas en la Ordenanza de Seguro para el Cuidado de la Salud, llame al 415-554-7892 o visite www.sfgov.org/olse/hcso. Para asistencia en español, llame al 415-554-7892. 需要中文幫助，請電 554-7892.**

La Ordenanza de Seguro para el Cuidado de la Salud de San Francisco requiere que este empleador realice pagos de gastos de atención de la salud en nombre suyo, aún si usted ya cuenta con seguro médico y/o recibe servicios de atención de la salud por parte de otro empleador. Un gasto de atención médica es una cantidad de dinero que paga su empleador para brindarle acceso a los servicios de atención médica. Por ejemplo, su empleador puede:

- hacer pagos para inscribirlo en un programa de seguro de salud,
- realizar pagos en su nombre al programa City Option (MRA o Healthy San Francisco), y / o
- establecer y mantener una cuenta tercera de reembolso para sus gastos de atención médica.

Su empleador puede solicitarle que renuncie a sus obligaciones legales de gastar dinero en servicios de atención médica para usted si actualmente está recibiendo servicios de atención de la salud de otro empleador. Cada año su empleador deberá obtener un Formulario de Renuncia Voluntaria actualizado firmado por usted, que señala que usted acepta exentarlo al empleador de sus obligaciones legales. **Aún si usted recibe servicios de atención de la salud a través de otro empleador** (por ej. su otro empleo, el empleo de su cónyuge, padre o madre), **usted tiene derecho a recibir servicios de atención de la salud de ESTE empleador.** Si usted firma este formulario, le está avisando a este empleador que puede dejar de realizar pagos obligatorios de gastos de atención de la salud en nombre suyo. **Aún si usted elige firmar este formulario, tiene derecho a cancelar o revocar la renuncia en cualquier momento.**

¿ES USTED ELEGIBLE PARA RENUNCIAR A SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD?

Ejemplos de empleados que no deben firmar esta renuncia son:

- Empleados que no reciben servicios de atención de la salud de otro empleador
- Personas que no están inscritos en un plan de salud patrocinado por el empleador y que pagan su propio seguro de su bolsillo, o cuyas familias pagan por su seguro;
- Personas sin seguro médico;
- Beneficiarios de Medi-Cal;
- Participantes en programas médicos administrados por el condado (por ej, San Mateo County Health Plan, Health PAC (Alameda Co.), etc.

Si usted tiene alguna pregunta sobre si es elegible para firmar esta renuncia, llame al 415-554-7892.

Reconozco que he leído la declaración anterior.

Nombre del empleador: _____

Nombre del empleado _____ Fecha de hoy _____



ORDENANZA DE SEGURO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD FORMULARIO DE RENUNCIA VOLUNTARIA DEL EMPLEADO

ATENCIÓN EMPLEADOS: ESTE FORMULARIO CONSTA DE 2 PÁGINAS. SI USTED NO RECIBIÓ 2 PÁGINAS, NO FIRME ESTE FORMULARIO.

Certifico que actualmente estoy recibiendo servicios de atención de la salud por parte del empleador nombrado a continuación:

| | |
|---|--|
| Mi nombre | |
| Empleador que proporciona servicios de atención de la salud | |
| Nombre del empleado que figura en el beneficio de atención de la salud | |
| Parentesco para con ese empleado | <input type="checkbox"/> Yo mismo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja de hecho |
| Tipo de beneficio de atención de la salud y el Administrador (Proveedor de seguros o Administrador de beneficios) | |
| Domicilio del empleador: | |
| Persona de contacto: | |
| Teléfono: | |
| Correo electrónico: | |

Certifico que estoy recibiendo servicios de atención de la salud por parte del empleador nombrado anteriormente a través de mi propio empleo, o del empleo de mi cónyuge/pareja/padre/madre.

Al firmar este formulario, entiendo que estoy renunciando a mi derecho a recibir servicios de atención de la salud de mi empleador nombrado en la primera página de este formulario durante un período de un año. Le presentaré a mi empleador pruebas de mis servicios de atención de la salud por parte de otro empleador.

Firma del empleado: _____

Fecha de hoy: _____

Nombre del empleado: _____

Fecha de entrada en vigor: _____
(la fecha de entrada en vigor no puede ser anterior a la fecha de hoy ni posterior al plazo de cuatro meses a partir de la fecha de hoy)

REVOCACIÓN DEL EMPLEADO DE FORMULARIO DE RENUNCIA VOLUNTARIA

Llene esta sección SOLAMENTE si usted desea revocar (cancelar) un Formulario de Renuncia Voluntaria que haya firmado y proporcionado a su empleador. Si usted desea renunciar a su derecho al pago de gastos de atención de la salud a usted o en nombre suyo por parte de su empleador, NO llene la parte que sigue. Tenga en cuenta que usted tiene derecho a revocar este formulario de renuncia voluntaria en cualquier momento. Usted no está obligado a darle a su empleador una razón por la cual revoca este formulario de renuncia. Su revocación debe ser por escrito, y surte efectos inmediatamente.

REVOCACIÓN DE FORMULARIO DE RENUNCIA VOLUNTARIA

Yo ya no deseo renunciar a mi derecho al pago de gastos de atención de la salud en nombre mío por parte de mi empleador nombrado en la primera página de este formulario.

Firma del empleado: _____

Nombre del empleado: _____

Fecha de hoy: _____

El empleador y los empleados deben guardar una copia de este formulario.