



Formulario de Queja de la Ordenanza de Seguridad de Cuidados de la Salud (HCSO)

Por favor regresar este formulario
 por correo a: OLSE, City Hall Room 430, 1 Dr. Carlton B. Goodlett Place, San Francisco, CA
 94102, o por fax a: (415) 554-6291, *attn: HCSO*, o
 por correo electrónico a: HCSO@sfgov.org.

*Deje cualquier campo en blanco si la pregunta no es aplicable a usted o usted no
 sabe la respuesta. Por favor adjuntar páginas adicionales si es necesario*

Información del demandante

Nombre		
Dirección (calle y número, ciudad, estado, código postal)		
Dirección de correo electrónico	Teléfono: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa	Teléfono: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa
Describa brevemente por qué está presentando esta queja (por ejemplo, “no estoy recibiendo ningún beneficio de cuidados de la salud de mi empleador”):		

Información del empleador

Nombre del empleador	
Tipo de negocio (“restaurante,” “manufactura,” etc.)	
Dirección donde usted trabaja/trabajó (calle y número, ciudad, estado, código postal)	¿Aproximadamente cuántos empleados trabajan en este sitio?
¿Tiene este negocio otras ubicaciones <u>en</u> San Francisco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro	¿Tiene este negocio otras ubicaciones <u>fuera</u> de San Francisco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro
Nombre, título e información de contacto (teléfono y/o dirección de correo electrónico) del dueño o gerente	

Formulario de Queja de la Ordenanza de Seguridad de Cuidados de la Salud (HCSO) (continuación)

Sobre su trabajo

Provea su título de trabajo y/o describa brevemente sus deberes (por ejemplo, “cocinero” o “cajero”).		
¿Cuándo fue su primer día de trabajo?	¿Cuánto le pagan?	¿Cuántas horas a la semana usualmente trabaja usted?
¿Todavía trabaja para este empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, provea la fecha de su último día de trabajo y describa por qué ya no está trabajando para este empleador:		

Exenciones y renunciaciones

¿Es usted elegible para Medicare (beneficios federales para cuidados de la salud para personas sobre 65 o con ciertas incapacidades)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro	Si la respuesta es sí, ¿en qué fecha (mes y año) comenzó su elegibilidad con Medicare?
¿Es usted elegible para TRICARE/CHAMPUS (beneficios federales para cuidados de la salud para militares activos en sus deberes y jubilados)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro	Si la respuesta es sí, ¿en qué fecha (mes y año) comenzó su elegibilidad con TRICARE/CHAMPUS?
Alguna vez usted ha renunciado a sus derechos de gastos de cuidados de la salud bajo la Ordenanza de Seguridad de Cuidados de la Salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro	Si la respuesta es sí, ¿cuándo renunció a sus derechos de gastos de cuidados de la salud?
¿Está usted recibiendo servicios de cuidados de la salud a través de otro empleador (ya sea como empleado o como esposo, compañero doméstico, o hijo de otra persona)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro	Si la respuesta es sí, ¿cuándo comenzó la otra cobertura?
¿Alguna vez a negado una oferta de su empleador de seguro de salud provisto por el empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro	Si la respuesta es sí, ¿cuándo negó esta oferta?

Seguro de salud

¿Ha recibido seguro de salud de este empleador durante los últimos 3 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro		<i>*Si No, sátese el resto de esta sección.</i>
¿En que fecha (mes y año) comenzó su cobertura?	<i>Si aplica, ¿en qué fecha terminó su cobertura?</i>	
<i>Si usted sabe, ¿cuánto pagó/paga su empleador (mensual) por esta cobertura?</i>	<i>¿Cuánto pagó/paga usted (mensual) por esta cobertura?</i>	

Healthy San Francisco

¿Ha estado inscrito en “Healthy San Francisco” en los últimos 3 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro <i>*Si No, sáltese el resto de esta sección.</i>	
¿En qué fecha (mes y año) comenzó su inscripción?	<i>Si aplica, ¿en qué fecha terminó su inscripción?</i>
¿Su empleador pagó/paga Healthy San Francisco por usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro	

Reembolsos por gastos de cuidados de la salud

¿Ha tenido este empleador un programa de reembolso por sus gastos de cuidados de la salud durante los últimos 3 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro <i>*Si No, sáltese el resto de esta sección.</i>	
¿En qué fecha (mes y año) comenzó este programa?	<i>Si aplica, ¿en qué fecha terminó el programa?</i>
Se le proveyó cualquier tipo de información, verbalmente o por escrito, sobre como usar el programa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro Si la respuesta es sí, por favor describir la información que se le proveyó:	
¿Hay alguna limitación o restricción en el tipo de gastos de cuidados de la salud que son reembolsados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro Si la respuesta es sí, por favor describa las limitaciones o restricciones (por ejemplo, “no dental” “o no primas de seguros”):	
¿Se le ha provisto con cualquier información sobre cuánto dinero está disponible para sus reembolsos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro Si la respuesta es sí, por favor describa cuándo y cómo se le proveyó esta información:	
¿Ha usado el programa (ej. Ha buscado reembolso por cualquier gasto de cuidados de la salud en el que usted haya incurrido)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro Si la respuesta es sí, por favor describa cualquier problema que usted haya encontrado al presentar su reclamación o recibir su pago de reembolso (por ejemplo, retrasos en el pago o un proceso demasiado complicado):	

Otros beneficios de cuidados de la salud del empleador

¿ Ha su empleador pagado por o ha provisto <u>cualquier otro</u> beneficio de cuidados de la salud (que usted no haya mencionado arriba) durante los últimos 3 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro Si la respuesta es sí, por favor describa estos beneficios:

Represalias / Confidencialidad

<p>¿Alguna vez usted se ha quejado o ha preguntado a su empleador sobre sus derechos a beneficios o gastos de cuidados de la salud?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro</p> <p>Si la respuesta es sí, por favor provea la fecha de su pregunta/queja, el nombre y título de la persona con la que usted habló, y su respuesta:</p>
<p>¿Alguna vez su empleador ha tomado represalias en contra suya por hablar sobre su derecho a beneficios o gastos de cuidados de la salud?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro</p> <p>Si la respuesta es sí, por favor describa lo que pasó:</p>
<p>¿Desea mantener esta queja anónima (ej. Mantener su nombre confidencial de su empleador)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, quiero mantener esta queja confidencial.</p> <p><input type="checkbox"/> No, quiero que mi empleador sepa que presenté esta queja.</p> <p><input type="checkbox"/> No importa. No me importa si mi empleador sabe que presenté esta queja.</p>

Otras leyes laborales de San Francisco

<p>¿Ha faltado usted al trabajo desde el 5 de febrero de 2007 porque usted estuvo enfermo o tuvo una cita médica o porque usted estuvo al cuidado de un miembro de la familia que estuvo enfermo o tuvo una cita médica?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro</p> <p>Si la respuesta es sí, ¿se le pagó por el tiempo fuera?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro</p>
<p>¿Se le ha pagado menos del salario mínimo de San Francisco por un trabajo realizado en la Ciudad de San Francisco en los últimos tres años?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro</p>

Declaro que la información arriba es verdadera hasta el mayor de mi conocimiento y creencia.

Escriba su nombre con letra de molde	
Su firma	Fecha

Por favor regresar este formulario
por correo a: OLSE, City Hall Room 430, 1 Dr. Carlton B. Goodlett Place, San Francisco, CA
94102, o por fax a: (415) 554-6291, *attn: HCSO*, o
por correo electrónico a: HCSO@sfgov.org.

Por favor adjunte páginas adicionales si es necesario.