



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 <p style="text-align: right;"><i>*Si No, sátese el resto de esta sección.</i></p> | |
| ¿En que fecha (mes y año) comenzó su cobertura? | <i>Si aplica</i> , ¿en qué fecha terminó su cobertura? |
| <i>Si usted sabe</i> , ¿cuánto pagó/paga su empleador (mensual) por esta cobertura? | ¿Cuánto pagó/paga usted (mensual) por esta cobertura? |

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? | Si aplica, ¿en qué fecha terminó su inscripción? |
| ¿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? | Si aplica, ¿en qué fecha terminó el programa? |
| 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.