

**PORMULARYO NG BOLUNTARYONG PAGPAPAUBAYA NG KAWANI
(EMPLOYEE VOLUNTARY WAIVER FORM)**

PAUNAWA SA MGA KAWANI

- **Hindi ninyo kailangang lagdaan ang pormularyong ito. Labag sa batas para sa inyong employer na pilitin kayong lumagda sa pormularyong ito. Ito ay nasa inyong kagustuhan—walang ganap na pangangailangan para lumagda kayo sa pormularyong ito.**
- **Mahalagang basahin ang dalawang pahina ng pormularyong ito.**
- **Kung mayroon kayong anumang tanong tungkol sa pormularyong ito o sa mga obligasyon ng inyong employer sa ilalim ng Ordinansa ng Seguridad ng Pangangalagang Pangkalusugan (Health Care Security Ordinance), mangyaring tumawag sa 554-7892 o bumisita sa www.sfgov.org/olse/hcso. Para asistencia en Español, llame al 554-7892. 需要中文幫助，請電 554-7892.**

Ang Ordinansa ng Seguridad ng Pangangalagang Pangkalusugan (Health Care Security Ordinance) ng San Francisco ay nag-uutos sa inyong employer na gumawa ng paggugol ng pangangalagang pangkalusugan sa inyong ngalan. Ang paggugol ng pangangalagang pangkalusugan (health care expenditure) ay ang halaga ng perang ibinayad ng inyong employer para sa layunin ng pagkakaloob sa inyo na makakuha ng mga serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan. Bilang halimbawa, ang inyong employer ay maaaring:

- magbigay ng mga bayad upang maitala kayo sa isang programa ng segurong pangkalusugan,
- ibalik sa inyo ang bayad ng halaga ng mga serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan na sarili ninyong nakuha,
- gawin ang mga pagbabayad sa inyong ngalan sa programa ng Lungsod na *Healthy San Francisco*, o
- magtatag at magpanatili ng isang reimbursement account para sa inyong mga gastos sa pangangalagang pangkalusugan.

Ang inyong employer ay maaaring humiling ng pagpapaubaya mula sa inuutos ng batas na ito kung kayo ay kasalukuyang tumatanggap ng mga serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan mula sa isa pang employer. Para suportahan ang kahilingan ng pagpapaubaya, ang inyong employer ay dapat kumuha ng nilagdaang Pormularyo ng Boluntaryong Pagpapaubaya (Voluntary Waiver Form) mula sa inyo bawat taon, isasapanahon kung kinakailangan upang ilagay ang anumang pagbabago sa ibinigay na impormasyon.

Kahit na tumanggap kayo ng mga serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan sa isa pang employer, alinman bilang kawani ng ibang employer na iyon o dahil bilang asawa, domestic partner, o anak ng taong nagtatrabaho sa employer na iyon, kayo ay may karapatang tumanggap ng mga serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan mula sa employer na ito rin. Kung lumagda kayo sa pormularyong ito, ang inyong employer na humihingi para sa pagpapaubayang ito ay maaaring ihinto na gawin ang ipinagpuutos na paggugol ng pangangalagang pangkalusugan sa inyong ngalan. **Kung nais ninyo ang inyong employer na magkaloob sa inyo ng paggamit ng mga serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan, huwag lumagda sa pormularyong ito.**

May karapatan kayong kanselahin o pawalang-saysay itong boluntaryong pagpapaubaya sa anumang oras. Ang inyong pagpapawalang-saysay ay dapat isumite nang nakasulat. Kung inyong pinawalang-saysay ang pagpapaubaya na ito, ang inyong employer na nakalista sa ibaba ay aatasan na gumawa ng paggugol ng pangangalagang pangkalusugan sa inyong ngalan.

Kontak na Impormasyon ng Kawani	Kontak na Impormasyon ng Employer
Pangalan:	Pangalan ng Kompanya:
Tirahan:	Address ng Lugar ng Trabaho ng Kawani:

Tel:	Kontak na Tao:
Email:	Tel:

Kung nais ninyong isuko ang inyong karapatang tumanggap ng mga kontribusyon sa pangangalagang pangkalusugan mula sa inyong employer, dapat ninyong kumpletuhin nang buo ang seksiyon sa susunod na pahina. Itong pormularyo ng pagpapaubaya ay may-bisa para sa isang taon. Kapag napaso na itong pormularyo ng pagpapaubaya, o inyong pinawalang-saysay itong pormularyo ng pagpapaubaya, ang inyong employer na nakalista sa itaas ay dapat na magbigay ng mga kontribusyon sa pangangalagang pangkalusugan para sa inyo *maliban at hanggang* sa lumagda kayo sa bagong pormularyo ng pagpapaubaya.

KUNG INYONG KUMPLETUHIN ANG PORMULARYONG ITO, INYONG ISINUSUKO ANG INYONG KARAPATANG TUMANGGAP NG MGA SERBISYO NG PANGANGALAGANG PANGKALUSUGAN MULA SA INYONG EMPLOYER

ANG PORMULARYONG ITO AY MAY 2 PAHINA. KUNG HINDI NINYO NATANGGAP ANG 2 PAHINA, HUWAG LUMAGDA SA PORMULARYONG ITO.

BOLUNTARYONG PAGPAPAUBAYA NG KAWANI (EMPLOYEE VOLUNTARY WAIVER)

Ako ay nagpapatunay na kasalukuyan akong tumatanggap ng mga serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan mula sa employer na pinangalanan sa ibaba:

Employer na Nagkakaloob ng mga Serbisyo ng Pangangalagang Pangkalusugan	
Uri ng Benepisyo ng Pangangalagang Pangkalusugan at Tagapangasiwa (Tagapagkaloob ng Seguro o Tagapangasiwa ng mga Benepisyo)	
Address ng Employer:	
Kontak na Tao:	
Tel: Email:	

Ako ay nagpapatunay na tumatanggap ako ng mga serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan mula sa employer na pinangalanan sa itaas sa pamamagitan ng aking (lagyan ng tsek ang angkop na opsiyon):

- Iba pang trabaho
- Magulang
- Asawa o partner

*Sa pamamagitan ng paglagda sa pormularyong ito, nauunawaan ko na aking isinusuko ang karapatan kong tumanggap ng mga serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan mula sa aking employer na pinangalanan sa unang pahina ng pormularyong ito para sa isang taon. **Kung nais ninyo ang inyong employer na magkaloob sa inyo ng paggamit ng mga serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan ayon sa inuutos ng batas, huwag lumagda sa pormularyong ito.***

Lagda ng Kawani:

Pangalan ng Kawani:

Petsa Ngayon:

PORMULARYO NG PAGPAPAWALANG-SAYSAY NG BOLUNTARYONG PAGPAPAUBAYA NG KAWANI

Kumpletuhin ang seksiyon na ito LAMANG kung nais ninyong pawalang-saysay ang Pormularyo ng Boluntaryong Pagpapaubaya na inyong nilagdaan at ibinigay sa inyong employer. Kung nais ninyong ipaubaya ang inyong karapatan sa paggugol ng pangangalagang pangkalusugan na ibinigay sa inyo o sa inyong ngalan ng inyong employer, HUWAG kumpletuhin ang bahaging nasa ibaba.

Mangyaring tandaan na may karapatan kayong pawalang-saysay ang pormularyo ng boluntaryong pagpapaubaya na ito sa anumang oras. Hindi ninyo kailangang bigyan ang inyong employer ng dahilan para sa pagpapawalang-saysay nitong pormularyo ng pagpapaubaya. Ang inyong pagpapawalang-saysay ay dapat nakasulat, at kaagad na may-bisa.

PORMULARYO NG PAGPAPAWALANG-SAYSAY NG BOLUNTARYONG PAGPAPAUBAYA

Ako ay hindi na nagnanais na isuko ang aking karapatan sa paggugol ng pangangalagang pangkalusugan na ginawa sa ngalan ko ng aking employer na pinangalanan sa unang pahina ng pormularyong ito.

Lagda ng Kawani:

Pangalan ng Kawani:

Petsa Ngayon:

Kung kayo ay may anumang tanong tungkol sa pormularyong ito o sa mga obligasyon ng inyong employer sa ilalim ng Ordinansa ng Seguridad ng Pangangalagang Pangkalusugan (Health Care Security Ordinance), mangyaring tumawag sa 554-7892 o bumisita sa www.sfgov.org/olse/hcso. Para asistencia en Español, llame al 554-7892. 需要中文幫助，請電 554-7892.

Ang employer at mga kawani ay dapat magtago ng kopya ng pormularyong ito.