



**Ordenanza de Responsabilidad del Cuidado de la Salud (HCAO, por sus siglas en inglés)  
CONOZCA SUS DERECHOS**

Este aviso está diseñado para informarle sobre sus derechos conforme a la Ordenanza de Responsabilidad del Cuidado de la Salud (HCAO, por sus siglas en inglés), Capítulo 12Q del Código Administrativo de San Francisco. La HCAO obliga a su empleador a proporcionarle a usted un seguro de salud. Su empleador puede hacer esto inscribiéndolo a usted a un plan de salud, haciendo los pagos a la Ciudad, o, en circunstancias limitadas, haciéndole los pagos a usted directamente. La Oficina de Normas Laborales (OLSE, por sus siglas en inglés) tiene la obligación de hacer cumplir esta Ordenanza. A usted se le pedirá que firme este documento después de que haya revisado la siguiente información. No firme este documento a menos que comprenda completamente sus derechos conforme a esta ley.

**LOS COMPONENTES DE LA HCAO**

I. Si usted vive en San Francisco (sin importar su lugar de trabajo) o si usted trabaja en San Francisco, en el Aeropuerto de San Francisco o en la Cárcel de San Bruno, su empleador debe:

A. Ofrecerle una cobertura de salud que cumpla con los Estándares Mínimos a partir del primer día del mes después de 30 días calendario desde su primer día de trabajo\*; **O**

B. Por cada mes en el que usted haya trabajado un promedio de al menos 20 horas por semana, pagar a la Ciudad \$5.15 dólares por cada hora que usted trabaje, hasta 40 horas.

II. Si usted no vive en San Francisco y usted no trabaja en San Francisco, en el Aeropuerto de San Francisco o en la Cárcel de San Bruno, su empleador debe:

A. Ofrecerle una cobertura de salud que cumpla con los Estándares Mínimos a partir del primer día del mes después de 30 días calendario desde su primer día de trabajo\*; **O**

B. Por cada mes en el que usted haya trabajado un promedio de al menos 20 horas por semana, pagarle a usted \$5.15 dólares por cada hora que trabaje, hasta 40 horas o \$206 dólares por semana, de forma que usted pueda obtener una cobertura de seguro médico por cuenta propia.

***\*Tenga en cuenta que su empleador debe ofrecerle al menos un plan que no requiere que usted pague ninguna cantidad para el costo de la prima de la cobertura del plan de salud para usted.***

**EXENCIONES DE COBERTURA**

Ciertas categorías de empleados, incluyendo pero sin limitarse a estudiantes, practicantes y empleados de los empleadores sujetos a los requisitos de Sueldo Prevaliente (Obras Públicas), están exentos conforme a la HCAO. Para obtener más información, visite [www.sfgov.org/olse/hcao](http://www.sfgov.org/olse/hcao) o llame al (415) 554-7903.

**RENUNCIA VOLUNTARIA DE COBERTURA**

Los empleados pudieran rechazar la cobertura de salud ofrecida por un empleador si el empleado firma un Formulario de Renuncia Voluntaria. Los empleados pueden revocar esta renuncia voluntaria en cualquier momento.

**PROHIBIDAS LAS REPRESALIAS**

Su empleador no puede tomar represalias contra usted ni contra ningún empleado por intentar saber más sobre la HCAO o por ejercer sus derechos conforme a ley. Si usted cree que ha sido discriminado o que han tomado represalias contra usted por preguntar sobre o por ejercer sus derechos conforme a la HCAO, comuníquese a OLSE al (415) 554-7903 para presentar una queja de HCAO.

No firme este documento a menos que comprenda a la perfección sus derechos conforme a esta ley. Si tiene alguna pregunta sobre las responsabilidades de su empleador o sobre sus derechos conforme a esta Ordenanza, comuníquese a OLSE al (415) 554-7903 o visite <http://sfgov.org/olse/hcao> para obtener más información sobre esta ley.

Nombre del empleado

Fecha

Firma del empleado

**Para ayuda en español, llame al 554-7903  
需要中文幫助，請電 554-7903**

**NOTA:**

*Para obtener una copia completa de la Ordenanza de Responsabilidad del Cuidado de la Salud o de los Estándares Mínimos, visite <http://sfgov.org/olse/hcao>.*