



FORMULARIO DE RENUNCIA VOLUNTARIA DEL EMPLEADO A LA HCAO

EL EMPLEADOR DEBE LLENAR ESTA SECCIÓN.

Nombre del empleado: _____ Nombre de empleador que solicita la renuncia: _____
Dirección del empleado: _____ Dirección del empleador: _____
_____ Persona de contacto del empleador: _____
Teléfono del empleado: _____ Número telefónico del empleador: _____

EL EMPLEADO DEBE LLENAR ESTA SECCIÓN, SI ÉL/ELLA DECIDE HACERLO DE FORMA VOLUNTARIA.

Conforme a la Ordenanza de Responsabilidad del Cuidado de la Salud (HCAO) de San Francisco, su empleador está obligado a ofrecerle un plan de seguro de salud que cumpla con los Estándares Mínimos de la HCAO y que no requiera de que usted contribuya con ninguna parte de la prima; o a pagar \$4.95 dólares por hora a la Ciudad; o, en circunstancias limitadas, a hacerle los pagos directamente a usted.

Este Formulario Voluntario de Renuncia le permite a usted renunciar a su derecho de un seguro de salud libre de la prima. Al firmar este formulario, usted rechaza la oferta que su empleador le hace de proporcionarle un seguro de salud libre de la prima y libera a su empleador del requisito legal de proporcionarle un seguro de salud libre de la prima.

Incluso si usted tiene otro seguro de salud, su empleador está obligado a proporcionarle un seguro o a pagar las cuotas a menos que usted firme este formulario.

No firme este formulario si usted desea que su empleador le proporcione un seguro de salud libre de la prima. **Es ilegal que su empleador lo persuada, presione o fuerce a que usted firme este formulario.**

Esta renuncia voluntaria es válida durante un año a partir de la fecha de la firma.

Usted tiene el derecho de cancelar o revocar esta renuncia voluntaria en cualquier momento. Su revocación debe ser presentada por escrito. Si usted revoca esta renuncia, su empleador estará obligado a proporcionarle un seguro de salud a usted o a pagar una cuota.

Si usted ya tiene un seguro de salud y desea proporcionar una renuncia al empleador mencionado, por favor proporcione la siguiente información:

Por medio de la presente certifico que tengo un seguro de salud:

- de otro empleador para el que trabajo
Nombre del empleador: _____
Dirección del empleador: _____
Persona de contacto del empleador: _____
Número telefónico del empleador: _____
- del empleador de uno de los padres, cónyuge o pareja doméstica
Nombre de la persona cuya cobertura se extiende a usted: _____
Su parentesco o relación con usted _____
Nombre del empleador: _____
Dirección del empleador: _____
Persona de contacto del empleador: _____
Número telefónico del empleador: _____
- mediante COBRA
- mediante un plan individual que yo mismo pago

Nombre de mi Compañía de Seguros de Salud: _____

Por medio de la presente renuncio al derecho del seguro de salud ofrecido por el empleador mencionado.

Firma del empleado

Fecha de hoy

Si tiene preguntas sobre las obligaciones de su empleador conforme a la Ordenanza de Responsabilidad del Cuidado de la Salud, por favor llame al 554-4791 o visite www.sfgov.org/olse/hcao.

Para ayuda en español, llame al 554-7903.

需要中文幫助，請電 554-7903.

LLENE LA SIGUIENTE SECCIÓN SÓLO SI DESEA REVOCAR UNA RENUNCIA PREVIAMENTE CONCEDIDA A SU EMPLEADOR. Si desea renunciar a su derecho al seguro de salud proporcionado por su empleador, NO llene la siguiente sección.

REVOCACIÓN DEL FORMULARIO DE RENUNCIA VOLUNTARIA A LA HCAO

Ya no deseo renunciar al derecho al seguro de salud que me ofrece el empleador mencionado, conforme a la Ordenanza de Responsabilidad del Cuidado de la Salud de San Francisco.

Firma del empleado

Fecha de hoy