



HCAO員工自願棄權書

這部分需由雇主填寫。

員工姓名： _____ 雇主名稱： _____
員工地址： _____ 雇主地址： _____
_____ 雇主連絡人： _____
員工電話： _____ 雇主電話號碼： _____

這部分需由自願選擇這麼做的員工填寫。

根據《三藩市醫療責任條例》(HCAO)，您的雇主應該向您提供符合HCAO最低標準而且不要求您繳納任何部分保費的醫療保險，或向本市支付每小時4.95美元；或在有限情況下，直接向您付款。

本《自願棄權書》表明您放棄獲得免費醫療保險的權利。透過在本表格簽名，您拒絕雇主向您提供免費醫療保險，並免除雇主為您提供免費醫療保險的法律要求。

即使您有其他醫療保險，除非您在本表格簽名，您的雇主也應向您提供保險或是支付費用。

如果您想讓雇主向您提供免費醫療保險，請勿在本表格簽名。您的雇主引誘、施壓或強迫您在本表格簽名，屬於違法行為。

本自願棄權書有效期為簽名之日起一年。

您有權隨時取消或撤銷本自願棄權。您的撤銷必須以書面提出。如果您撤銷本棄權，雇主應該向您提供醫療保險或是支付費用。

如果您已有醫療保險而且希望向上述雇主提供棄權，請提供下面的資訊：

我現證明我有醫療保險：

從我其他的雇主獲得

雇主名稱： _____

雇主地址： _____

雇主連絡人： _____

雇主電話號碼： _____

從家長、配偶或同居伴侶的雇主獲得

為我提供保險的人的姓名： _____

他/她與您的關係： _____

其雇主名稱： _____

其雇主地址： _____

其雇主連絡人： _____

其雇主電話號碼： _____

從COBRA獲得

從我自費的個人計畫獲得

我的醫療保險公司名稱： _____

我現放棄上述雇主向我提供醫療保險的權利。

員工簽名

今天日期

如果您有關於雇主在《醫療責任條例》規定之義務的任何問題，

如果您希望撤銷之前給予雇主的棄權，填寫以下部分。如果您想放棄由雇主向您提供醫療保險權的利，請勿填寫以下部分。

撤銷HCAO自願棄權書

我不想繼續放棄上述雇主根據《三藩市醫療責任條例》向我提供醫療保險的權利。

員工簽名

今天日期