

AGENCIA DE SERVICIOS GENERALES
OFICINA DE CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES LABORALES
 Patrick Mulligan, Director



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.