



**ORDENANZA DE RESPONSABILIDAD DE LA ATENCIÓN MEDICA DE SAN FRANCISCO ("HCAO")  
FORMULARIO DE RENUNCIA VOLUNTARIA DEL EMPLEADO  
PARA LOS EMPLEADOS CUBIERTOS POR EL PROGRAMA DE NORMAS DE CALIDAD (QSP) DEL SFO**

**ESTA SECCIÓN DEBE COMPLETARLA EL EMPLEADOR:**

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_ Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleado: \_\_\_\_\_ Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Persona de contacto del empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono del empleado: \_\_\_\_\_ Número telefónico del empleador: \_\_\_\_\_

**Plan(es) de Salud Conforme que se ofrece(n) a este empleado y a sus dependientes sin cargo de prima:**

Compañía de Seguros:

\_\_\_\_\_

Nombre y año del plan:

\_\_\_\_\_

**ESTA SECCIÓN DEBE COMPLETARLA EL EMPLEADO:**

Según la Ordenanza de Responsabilidad de la Atención Medica de San Francisco (HCAO), su empleador del QSP de SFO debe ofrecerle un plan familiar para usted y sus dependientes que cumpla con el requisito del plan de salud.

Su empleador no puede exigirle que contribuya con ninguna cantidad para las primas de la cobertura del plan de salud familiar. La cobertura debe comenzar a más tardar el 21 de marzo de 2021 o, para los empleados contratados después de esa fecha, el primer día del mes que comience después de que transcurran 30 días desde el inicio del empleo.

Usted puede renunciar la oferta de los beneficios del plan de salud del empleador; sin embargo, la renuncia sólo es válida si el empleador retiene este formulario, firmado por usted, y usted verifica que está recibiendo cobertura de salud familiar.

Su empleador le está ofreciendo el(los) Plan(es) de Salud Conformes indicados anteriormente. Para que sea un Plan Conforme, no debe tener ningún costo de prima para usted y sus dependientes. Este Formulario de Renuncia le permite renunciar a su derecho a recibir un Plan de Salud Conforme de este empleador. Al firmar este formulario, libera a su empleador del requisito legal de proporcionarle un Plan de Salud Conforme y los requisitos de la HCAO de su empleador. Incluso si tiene otro seguro médico, su empleador debe ofrecerle un seguro o a realizar los pagos a menos que usted firme este formulario.

**No firme este formulario si quiere que su empleador le proporcione un plan de salud mencionado anteriormente. Es ilegal que su empleador lo incite, lo presione o lo coaccione para que firme este formulario.**

**Esta renuncia voluntaria es válida por un año a partir de la fecha de su firma.**

*Si desea proporcionar una renuncia al empleador mencionado anteriormente, favor de proporcionar la siguiente información.*

Certifico que mis dependientes y yo estamos recibiendo actualmente servicios de atención médica de los siguientes:

Mi nombre: \_\_\_\_\_

Empleador que proporciona los servicios de atención médica: \_\_\_\_\_

Nombre del empleado que figura en el beneficio de atención médica: \_\_\_\_\_

Relación con dicho empleado:     Yo mismo     Hijo(a)     Cónyuge/pareja doméstica

Nombre del plan de atención médica y del administrador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Persona de contacto del empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

He adjuntado una prueba de que tengo el plan de salud arriba mencionado con una copia de:

- Tarjeta(s) médica(s) - una copia de su tarjeta y de la de cada dependiente
- Formulario de inscripción
- Otro documento que demuestre que tengo/tenemos el plan arriba mencionado

Certifico que mis dependientes y yo estamos recibiendo servicios de atención médica del empleador arriba mencionado a través de mi propio empleo, o a través del empleador de mi cónyuge/pareja/padre/madre. Al firmar este formulario, entiendo que estoy renunciando a mi derecho a recibir un plan de salud familiar de mi empleador nombrado en la página uno de este formulario hasta el próximo evento de inscripción abierta o si hay un evento de vida que califique (es decir, la pérdida del plan de salud indicado arriba). Por medio de la presente, renuncio al derecho al Plan de Salud Conforme que me ofrece el empleador mencionado anteriormente para el año actual del plan. He proporcionado pruebas de que mis dependientes y yo tenemos el plan de salud indicado anteriormente.

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_

---

**Si tiene alguna duda sobre las obligaciones de su empleador en virtud de la Ordenanza de Responsabilidad de la Atención Médica, por favor llame al 554-7903 o conéctese a [www.sfgov.org/olse/hcao](http://www.sfgov.org/olse/hcao).**

**Para asistencia en Español, llame al (415) 554-7903                      □ □ □ □ □ □ □ □ □ (415) 554-7903**

**Para satulongsa Filipino, mangyaringtumawagsa(415) 554-7903**

---