FORMULARIO DE RENUNCIA VOLUNTARIA DEL EMPLEADO

ATENCIÓN EMPLEADOS

- **Usted no está obligado a firmar este formulario. Es ilegal que su empleador lo presione para que firme este formulario. Es su elección - no hay absolutamente ninguna obligación de que usted firme este formulario.**
- **Es importante que lea ambos lados de este formulario.**
- **Si usted tiene preguntas sobre este formulario o las obligaciones de su empleador establecidas en la Ordenanza de Seguro para el Cuidado de la Salud, llame al 554-7892 o visite www.sfgov.org/olse/hcso. Para asistencia en Español, llame al 554-7892. 需要中文幫助，請電 554-7892.**

La Ordenanza de Seguro para el Cuidado de la Salud de San Francisco requiere que su empleador realice pagos de gastos de atención de la salud en nombre suyo. Un pago de gastos de atención de la salud es una cantidad de dinero pagada por su empleador con el fin de brindarle a usted acceso a servicios de atención de la salud. Por ejemplo, su empleador puede:

- hacer pagos para inscribirle en un programa de seguro médico,
- reembolsarle los costos de los servicios de atención de la salud que usted obtenga por su cuenta,
- hacer pagos en nombre suyo al programa *Healthy San Francisco* de la Ciudad, o
- Establecer y mantener una cuenta de reembolso por sus gastos de atención de la salud.

Su empleador podrá solicitar una exención de este requisito legal si usted actualmente recibe servicios de atención de la salud por parte de otro empleador. Cada año, para apoyar una solicitud de exención, su empleador deberá obtener un Formulario de Renuncia Voluntaria firmado por usted, actualizado según fuera necesario para reflejar cualquier cambio a la información suministrada.

Aún si usted recibe servicios de atención de la salud a través de otro empleador, ya sea como empleado de ese otro empleador o en virtud de ser el cónyuge, la pareja de hecho, o el hijo de una persona empleada por ese empleador, usted tiene derecho a recibir servicios de atención de la salud de este empleador también. Si usted firma este formulario, su empleador que pide la exención puede dejar de realizar pagos obligatorios de gastos de atención de la salud en nombre suyo. **Si usted quiere que su empleador le brinde acceso a los servicios de atención de la salud, no firme este formulario.**

Usted tiene derecho a cancelar o revocar esta renuncia voluntaria en cualquier momento. Su revocación deberá ser presentada por escrito. Si usted revoca esta renuncia, su empleador mencionado más adelante estará obligado a hacer los pagos de gastos de atención de la salud en nombre suyo.

Información de contacto del empleado	Información de contacto del empleador
Nombre:	Nombre de la empresa:
Dirección particular:	Dirección del lugar de trabajo del empleado:
Tel:	Persona de contacto:
Correo electrónico:	Tel:

Si usted desea renunciar a su derecho a recibir aportaciones de atención de la salud de parte de su empleador, usted deberá llenar completamente la sección en la página siguiente. Este formulario de renuncia es válido por un año. Una vez que este formulario de renuncia expire, o que usted revoque este formulario de renuncia, su empleador mencionado anteriormente deberá hacer aportaciones de atención de la salud en nombre suyo *a menos que y hasta que* usted firme un nuevo formulario de renuncia.

SI USTED LLENA ESTE FORMULARIO, RENUNCIA A SU DERECHO A RECIBIR SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD DE PARTE DE SU EMPLEADOR

ESTE FORMULARIO CONSTA DE 2 PÁGINAS. SI USTED NO RECIBIÓ 2 PÁGINAS, NO FIRME ESTE FORMULARIO.

RENUNCIA VOLUNTARIA DEL EMPLEADO

Certifico que actualmente estoy recibiendo servicios de atención de la salud por parte del empleador nombrado a continuación:

Empleador que proporciona servicios de atención de la salud	
Tipo de beneficio de atención de la salud y el Administrador (Proveedor de seguros o Administrador de beneficios)	
Domicilio del empleador:	
Persona de contacto:	
Tel: Correo electrónico:	

Certifico que estoy recibiendo servicios de atención de la salud por parte del empleador nombrado anteriormente a través de mi (marque la opción que corresponda):

[ ] Otro empleo
[ ] Padre/madre
[ ] Cónyuge o pareja

Al firmar este formulario, entiendo que estoy renunciando a mi derecho a recibir servicios de atención de la salud de mi empleador nombrado en la primera página de este formulario durante un período de un año. **Si quiere que su empleador le brinde acceso a los servicios de atención de la salud conforme a la ley, no firme este formulario.**

Firma del empleado:

Nombre del empleado Fecha de hoy

REVOCACIÓN DEL EMPLEADO DE FORMULARIO DE RENUNCIA VOLUNTARIA

Llene esta sección SOLAMENTE si usted desea revocar un Formulario de Renuncia Voluntaria que haya firmado y proporcionado a su empleador. Si usted desea renunciar a su derecho al pago de gastos de atención de la salud a usted o en nombre suyo por parte de su empleador, NO llene la parte que sigue.

Tenga en cuenta que usted tiene derecho a revocar este formulario de renuncia voluntaria en cualquier momento. Usted no está obligado a darle a su empleador una razón por la cual revoca este formulario de renuncia. Su revocación debe ser por escrito, y surte efectos inmediatamente.

REVOCACIÓN DE FORMULARIO DE RENUNCIA VOLUNTARIA

Yo ya no deseo renunciar a mi derecho al pago de gastos de atención de la salud en nombre mío por parte de mi empleador nombrado en la primera página de este formulario.

Firma del empleado:

Nombre del empleado Fecha de hoy

Si usted tiene preguntas sobre este formulario o las obligaciones de su empleador establecidas en la Ordenanza de Seguro para el Cuidado de la Salud, llame al 554-7892 o visite www.sfgov.org/olse/hcso. Para asistencia en Español, llame al 554-7892. 需要中文幫助，請電 554-7892.

El empleador y los empleados deben guardar una copia de este formulario.