

健保安全條例雇員自願豁免表

2017 年 11 月 1 日更新

僱員請注意：如果您填寫本表格，即表示您放棄從這位雇主獲得健保服務的權利

- **您不必簽署本表格。如果您的雇主強迫您簽署本表格, 那是違法的。簽署本表格可能使您無法獲得您本應享有的健保福利。**
- **請仔細閱讀表格。如果您對本表格或是您的雇主在健保安全條例之下的義務有任何疑問，請致電 415-554-7892 或瀏覽 www.sfgov.org/olse/hcso。Para asistencia en español, llame al 415-554-7892. 需要中文幫助，請電 554-7892**

三藩市健保安全條例要求雇主代表您支付健保費用即使您已經有了醫療保險或者從其他雇主那里得到健保服務。健保費用是雇主為了讓您獲得保健服務而支付的金額。例如，您的雇主可能：

- 為您購買醫療保險
- 為您繳付政府設立的City Option計劃的費用（例如報銷戶口MRA或健康三藩市計劃Healthy San Francisco），及（或）
- 為您的健保費用設立一個由第三者管理的報銷帳戶。

如果您現在從其他雇主獲得健保服務，您的雇主可以 請求 您豁免它為您支付健保服務費用的義務。您的雇主必須每年向您取得一份更新且簽名的自願豁免表，表示您同意豁免它的法律義務。**即使您透過其他雇主（例如您有其他工作或是您的配偶 / 同居伴侶 / 父母的工作的雇主）獲得健保服務，您也有資格獲得這位雇主提供的健保服務。**如果您簽署本表格，您的雇主可以停止為您繳付規定的健保費用。**即使您簽署本表格，您也有權隨時取消或撤銷。**

您有資格豁免健保服務嗎？

不應該簽署本豁免表的雇員包括：

- 沒有從其他雇主那里獲得健保服務的雇員
- 自己出錢支付的（不是由雇主提供）的健保服務，或是由家人支付保險費用的雇員；
- 沒有保險的雇員；
- Medi-Cal 接受者；
- 參加縣級醫療計畫的雇員（例如聖馬刁縣的健康計畫、阿拉米達縣的 Health PAC 計畫等）

如果您對自己是否有資格簽署本豁免表有疑問，請致電 415-554-7892。

我確認我已經讀過上述聲明。

雇主姓名（正楷書寫）：_____

雇員簽名

今天日期



健保安全條例雇員自願豁免表

雇員請注意：本表格有兩頁。如果您沒有收到兩頁，請不要簽署本表格。

我在此證明我透過下述的雇主獲得健保服務：

| | |
|--------------------------|--|
| 我的姓名 | |
| 提供健保福利的雇主 | |
| 健保福利列出的雇員姓名 | |
| 與該雇員的關係 | <input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶 / 同居伴侶 |
| 健保福利的類型和管理員（保險提供者或福利管理員） | |
| 雇主地址 | |
| 雇主聯絡人姓名 | |
| 雇主電話 雇主電子郵箱 | |

我在此證明我透過自己工作的上述雇主，或是配偶 / 同居伴侶 / 父母的雇主獲得健保服務。

我簽署本表格即表示我明白我放棄雇主（表格第一頁列名的雇主）提供健保服務一年的權利。我會向雇主提供我從其他雇主獲得健保服務的證明。

雇員簽名：_____

今天日期：_____

雇員姓名：_____

生效日期：_____

（生效日期不能在今天日期之前，而且必須在今天日期的四個月內）

雇員撤銷自願豁免表

以下部份僅供取消（撤銷）您已簽署並提交給雇主的自願豁免表之用，否則不要填寫本欄。如果您繼續希望豁免雇主向您或代表您繳付健保費用的權利，請不要填寫以下部份。請注意您有權在任何時候撤銷本自願豁免表。您不必向雇主告知您撤銷本自願豁免表的理由。您的撤銷必須採用書面形式，而且立刻生效。

撤銷自願豁免表

我不再放棄由本表格第一頁列名的雇主代表我支付健保費用的權利。

雇員簽名：_____

雇員姓名：_____

今天日期：_____

雇主和雇員應各自保留一份本表格的副本。

