ORDINANSA SA SEGURIDAD NG PANGANGALAGANG PANGKALUSUGAN
PORMULARYO NG BOLUNTARYONG PAGPAPAUBAYA NG EMPLEYADO
(EMPLOYEE VOLUNTARY WAIVER FORM)
Binago Nobyembre 1, 2017

PAUNAWA SA MGA EMPLEYADO: KUNG INYONG TATAPUSIN ANG PORMULARYONG ITO, SINUSUKO NINYO ANG IYONG KARAPATANG TUMANGGAP NG MGA SERBISYO NG PANGANGALAGA SA KALUSUGAN GALING SA EMPLOYER NA ITO

- **Hindi ninyo kailangang lagdaan ang pormularyong ito. Labag sa batas para sa inyong employer na gumamit ng pamumuwersa upang kayo ay lumagda dito. Ang paglagda sa pormularyong ito ay maaring maging hindi kayo karapatdapat na tumanggap ng mga benepisyo sa kalusugan na kung hindi man ay matatanggap ninyo.**
- **Basahing mabuti ang pormularyong ito. Kung mayroon kayong katanungan tungkol sa pormularyo o sa obligasyon ng inyong employer sa ilalim ng Ordinansa ng Seguridad ng Pangangalagang Kalusugan (Health Care Security Ordinance), mangyari pong tumawag sa 415-554-7892 o bumisita sa www.sfgov.org/olse/hcso. Para asistencia en español, llame al 415-554-7892. 需要中文幫助，請電 554-7892**

Ang Ordinansa ng Seguridad ng Pangangalagang Pangkalusugan (Health Care Security Ordinance) ng San Francisco ay nag-uutos sa inyong employer na ito na gumugol sa pangangalaga ng inyong kalusugan, kahit na mayroon na kayong seguro sa kalusugan at/o tumatanggap ng mga serbisyong pangkalusugan galing sa ibang employer. Ang paggugol sa pangangalaga ng kalusugan ay ang halaga ng perang ibinayad ng inyong employer upang magkaloob sa inyo ng daan na makakuha ng mga serbisyong pangkalusugan. Bilang halimbawa , ang inyong employer ay maaring:

- magbigay ng mga bayad upang maitala kayo sa isang programa ng segurong pangkalusugan,
- magbigay ng mga bayad sa programa ng Lungsod (MRA o Healthy San Francisco) sa inyong ngalan, at/o
- magtatag at magpanatili ng isang reimbursement account na ang tagapangasiwa ay ikatlong partido para sa inyong mga gastos sa pangangalagang pangkalusugan.

Ang inyong employer ay maaring humiling na inyong talikdan ang kanyang legal na obligasyon na gumugol sa inyong serbisyong pangkalusugan kung kayo ay kasalukuyang tumatanggap ng mga serbisyong ito galing sa ibang employer. Para suportahan ang kahilingan ng pagpapaubaya, dapat kumuha ang inyong employer ng nilagdaang Pormularyo ng Boluntaryong Pagpapaubaya (Voluntary Waiver Form) mula sa inyo sa bawa't taon na kayo ay sumasang-ayon sa pagtalikod sa mga legal na obligasyon. **Kahit na kayo ay tumatanggap ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan galing sa ibang employer** (katulad ng inyong ibang trabaho, trabaho ng inyong asawa/domestic partner/magulang)**, kayo ay karapatdapat na tumanggap ng mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan galing sa employer na ITO.** Kung kayo ay lumagda sa pormularyong ito, sinasabi ninyo sa inyong employer na humuhiling ng pagpapaubang ito na maaari nitong itigil ang paggugol ng pangangalagang pangkalusugan sa inyong ngalan. **Kahit na pinili ninyong lagdaan ang pormularyong ito, may karapatan kayong kanselahin o ipawalang-bisa ito anumang oras**.

KARAPAT-DAPAT BA NINYONG TALIKDAN ANG MGA SERBISYO SA PANGANGALAGANG KALUSUGAN?

Mga halimbawa ng mga Empleyado na hindi kailangang lumagda ng pagpapaubaya ay:

- Mga Empleyado na hindi tumatanggap ng mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan galing sa ibang employer
- Mga tao na hindi nakatala sa planong pangkalusugan na itinataguyod ng employer at nagbabayad ng sarili nilang insurance, o binabayaran ng kanilang kapamilya.
- Mga tao na walang insurance;
- Mga tumatanggap ng Medi-Cal;
- Ang mga kasali sa mga programang medikal na galing sa county, katulad ng San Mateo County Health Plan, Health PAC (Alameda Co.), at iba pa.

Kung mayroon kayong katanungan ukol sa kung kayo ay karapatdapat na lumagda sa pagpapaubayang ito., mangyari pong tumawag sa 415-554-7892.

Nabasa ko ang pahayag sa itaas.

Pangalan ng Employer: ________________________________

Pangalan ng Empleyado: ______________________ Petsa Ngayon: ______________________

ORDINANSA SA SEGURIDAD NG PANGANGALAGANG PANGKALUSUGAN

PORMULARYO NG BOLUNTARYONG PAGPAPAUBAYA NG EMPLEYADO

PAUNAWA SA MGA EMPLEYADO: ANG PORMULARYONG ITO AY MAY 2 PAHINA. KUNG HINDI NINYO NATANGGAP ANG 2 PAHINA, HUWAG LUMAGDA SA PORMULARYO ITO

Ako ay nagpapatunay na kasalukuyan akong tumatanggap ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan mula sa employer na pinangalanan sa ibaba:

Pangalan Ko	
Employer na Nagkaloob ng mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan	
Pangalan ng Empleyado na nakalista sa benepisyo ng pangangalagang kalusugan	
Relasyon sa Empleyadong ito	[ ] Sarili [ ] Anak [ ] Asawa/domestic partner
Uri ng Benepisyo ng Pangangalagang Pangkalusugan at Tagapangasiwa (Tagapagkaloob ng Seguro o Tagapangasiwa ng mga Benepisyo)	
Address ng Employer	
Pangalan ng Kontak sa Employer	
Telepono ng Employer Email ng Employer	

Ako ay nagpapatunay na tumatanggap ako ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan mula sa employer na pinangalanan sa itaas sa pamamagitan ng aking sariling trabaho, o ng aking asawa/partner/magulang.

Sa pamamagitan ng paglagda sa pormularyong ito, nauunawaan ko na aking isinusuko ang karapatan kong tumanggap ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan mula sa aking employer na pinagalanan sa unang pahina ng pormularyong ito sa loob ng isang taon. Magkakaloob ako ng katibayan ng aking mga serbisyo sa pangangalagang kalusugan mula sa ibang employer.

Lagda ng Empleyado: ______________________ Petsa Ngayon: ______________________

Pangalan ng Empleyado: ______________________ Epektibong Petsa: ______________________
(Ang epektibong petsa ay hindi maaaring bago sa petsa ngayon at kailangang nasa loob ng apat na buwan mula sa petsa ngayon)

PORMULARYO NG PAGPAPAWALANG-BISA SA BOLUNTARYONG PAGPAPAUBAYA NG EMPLEYADO

Kumpletuhin ang bahagi na ito LAMANG kung nais ninyong ipawalang-bisa (kanselahin) ang Pormularyo ng Boluntaryong Pagpapaubaya na inyong nilagdaan at ibinigay sa inyong employer. *Kung nais ninyong talikdan ang inyong karapatan sa paggugol sa inyong pangangalagang pangkalusugan ng inyong employer para sa inyo o sa inyong ngalan. HUWAG kumpletuhin ang bahagi sa ilalim . Tandaan na mayroon kayong karapatan na ipawalang-bisa ang pormularyong ito anumang oras. Hindi ninyo kailangang magbigay ng kadahilanan sa inyong employer sa pagbawi sa pormularyong ito. Ang inyong pagpapawalang-bisa ay kailangang nakasulat, at epektibo kaagad.*

PORMULARYO NG PAGWAWALANG-BISA NG BOLUNTARYONG PAGPAPAUBAYA NG EMPLEYADO

Hindi na ako nagnanais na isuko ang aking karapatan sa paggugol sa pangangalagang pangkalusugan sa aking ngalan mula sa aking employer na pinangalanan sa unang pahina ng pormularyong ito.

Lagda ng Employer: ______________________

Lagda ng Empleyado: ______________________ Petsa Ngayon: ______________________

Ang employer at mga empleyado ay dapat magtago ng kopya ng pormularyong ito.