



HCAO 雇員自願豁免表

這部分需由雇主填寫。

員工姓名： _____ 雇主名稱： _____
員工地址： _____ 雇主地址： _____
_____ 雇主連絡人： _____
員工電話： _____ 雇主電話號碼： _____

這部分需由自願選擇這麼做的員工填寫。

根據《三藩市醫療責任條例》（HCAO），您的雇主應該（1）向您提供符合 HCAO 最低標準而且不要求您繳納任何部分保費的醫療保險（合規的醫療福利計劃），或（2）向三藩市與縣付款；或（3）在有限情況下，直接向您付款。您可以拒絕雇主提供的醫療福利計劃；但是，只有在雇主保留此表格並由您簽署而且確認您正在接受醫療保險的情況下，拒絕才有效。

您的雇主正在向您提供上面列出的醫療保險。為了達到合規的醫療福利計劃，您的雇主不得要求你為自己的醫療保險計劃支付任何保費。此雇員自願豁免表允許您放棄雇主提供的醫療福利計劃。透過在本表格簽名，您拒絕雇主向您提供免費醫療保險，並免除雇主為您提供免費醫療保險的法律要求。即使您有其他醫療保險，除非您在本表格簽名，否則您的雇主也應向您提供保險或是支付費用。

本《自願棄權書》表明您放棄獲得免費醫療保險的權利。

如果您想讓雇主向您提供免費醫療保險，請勿在本表格簽名。您的雇主引誘、施壓或強迫您在本表格簽名，屬於違法行為。

本自願棄權書有效期為簽名之日期起一年。

如果您已有醫療保險而且希望向上述雇主提供棄權，請提供以下的資訊：

我在此證明：

☐ 我已在參加另一個由這個雇主提供給我的醫療福利計劃（除了上述列出的）

或

☐ 我已從其他雇主或別的來源獲得以下的醫療保險：

我現放棄上述僱主向我提供醫療保險的權利。

雇員簽名

今天日期

如果您有關於僱主在《醫療責任條例》規定之義務的任何問題，

請致電 554-4791 或瀏覽 www.sfgov.org/olse/hcao。