LUNGSOD AT COUNTY NG SAN FRANCISCO

AHENSIYA PARA SA MGA PANGKALAHATANG SERBISYO
OPISINA PARA SA PAGPAPATUPAD NG MGA PAMANTAYAN
SA PAGGAWA
(OFFICE OF LABOR STANDARDS ENFORCEMENT)
PATRICK MULLIGAN, DIREKTOR

ORDINANSA UKOL SA PANANAGUTAN SA PANGANGALAGA NG KALUSUGAN
(HEALTH CARE ACCOUNTABILITY ORDINANCE, "HCAO") NG SAN FRANCISCO
FORM PARA SA BOLUNTARYONG PAGWAWAKSI NG EMPLEYADO NG KARAPATAN
(EMPLOYEE VOLUNTARY WAIVER FORM)

KAILANGANG SAGUTAN NG TAGA-EMPLEYO ANG SEKSIYON NA ITO:

Pangalan ng Empleyado: ____________________ Pangalan ng Taga-empleyo: ____________________

Address ng Empleyado: ____________________ Address ng Taga-empleyo: ____________________

____________________ Kontak para sa Taga-empleyo: ____________________

Telepono ng Empleyado: ____________________ Numero ng Telepono ng Taga-empleyo: ____________________

Nag-aalok ng Compliant Health Plan(s) (Plano sa Kalusugan na natutugunan ang itinatakda ng batas) sa empleyadong ito nang walang sinisingil na premium:

Kompanya ng Seguro: ____

Pangalan ng Plano at Taon: ____

KAILANGANG SAGUTAN NG EMPLEYADO ANG SEKSIYON NA ITO:

Sa ilalim ng Ordinansa ukol sa Pananagutan sa Pangangalaga ng Kalusugan (Health Care Accountability Ordinance, HCAO) ng San Francisco, itinatakda sa inyong taga-empleyo na (1) mag-alok sa inyo ng plano para sa segurong pangkalusugan na natutugunan ang Minimum o Pinakamababa nang Katanggap-tanggap na Pamantayan ng HCAO (makukuha sa sfgov.org/olse/hcao), at hindi nagtatakda sa inyong magbayad para sa anumang bahagi ng premium o buwanang hulog (tinatawag ditong "Compliant Health Plan [Plano sa Kalusugan na natutugunan ang itinatakda ng batas]"); o (2) magbayad sa Lungsod; o (3) sa ilalim ng limitadong mga sitwasyon, direktang magbayad sa inyo. Puwede ninyong tanggihan ang alok ng mga benepisyo para sa planong pangkalusugan; gayon pa man, may bisa lamang ang pagtanggi kung mananatili sa taga-empleyo ang form na ito na pirmado ninyo, at mapatutunayan ninyo na tumatanggap kayo ng pagkakasakop sa kalusugan.

Nag-aalok sa inyo ang inyong taga-empleyo ng (mga) Compliant Health Plan na nakalista sa itaas. Upang maging Compliant Plan, kailangang walang singil ng premium sa inyo sa pang-indibidwal na pagkakasakop. Pinahihintulutan kayo ng Form para sa Pagwawaksi ng Benepisyo (Waiver Form) na iwaksi ang inyong karapatan na makatanggap ng Compliant Health Plan mula sa taga-empleyong ito. Sa pamamagitan ng pagpirma sa form na ito, tinatanggal ninyo mula sa inyong taga-empleyo ang itinatakdang legal na pangangailangan na bigyan kayo ng Compliant Health Plan. Kahit na mayroon kayong ibang segurong pangkalusugan, itinatakda sa inyong taga-empleyo na alukin kayo ng seguro o magbayad, maliban na lamang kung pipirmahan ninyo ang form na ito.

Huwag pirmahan ang form na ito kung gusto ninyong bigyan kayo ng inyong taga-empleyo ng planong pangkalusugan na nakalista sa itaas. Ilegal para sa inyong empleyado na hikayatin, gipitin, o puwersahin kayong pirmahan ang form na ito.

May bisa na isang taon ang boluntaryong waiver (pagwawaksi ng karapatan) na ito mula sa petsang napirmahan.

Kung gusto ninyong magbigay ng waiver sa taga-empleyong nakalista sa itaas, pakibigay ang impormasyon na nasa ibaba:

Pinatototohanan ko na:

☐ Mag-eenroll ako sa ibang plano na iniaalok sa akin ng empleyadong ito (bukod pa sa nakalista sa itaas)

O

☐ Mayroon na akong sumusunod na pagkakasakop ng segurong pangkalusugan mula sa ibang kompanya o pinagkukunan;

____

Sa pamamagitan nito, iwinawaksi ko ang karapatan para sa Compliant Health Plan na nakalista sa itaas at inialok sa akin ng taga-empleyong nakalista rin sa itaas.

____________________ ____________________

Pirma ng Taga-empleyo Petsa Ngayong Araw na Ito

Kung mayroon kayong anumang tanong tungkol sa mga obligasyon ng taga-empleyo sa ilalim ng Ordinansa ukol sa Pananagutan sa Pangangalaga ng Kalusugan (Health Care Accountability Ordinance), pakitawagan ang 554-7903 o bisitahin ang www.sfgov.org/olse/hcao.

Para asistencia en Español, llame al 554-7903. 需要中文幫助，請電 554-7903.