



三藩市医疗保健责任条例 (“HCAO”)
雇员自愿放弃表
适用于 SFO 质量标准计划(QSP)涵盖的雇员

此部分由雇主填写:

雇员姓名: _____ 雇主名称: _____
雇员地址: _____ 雇主地址: _____
_____ 雇主联系人: _____
雇员电话: _____ 雇主电话: _____

向该雇员及其受抚养家属提供了合规健康保险计划，不收取保险费:

保险公司: _____

计划名称和年份: _____

此部分由雇员填写:

根据《三藩市医疗保健责任条例》(HCAO)，您的 SFO QSP 雇主必须为您和您的受抚养家属提供符合健康计划要求的家庭健康保险计划。您的雇主不能要求您为家庭健康保险缴纳任何金额的保险费。保险承保必须不迟于 2021 年 3 月 21 日开始，或者，对于在该日期之后雇佣的雇员，医疗承保必须在雇佣开始 30 天后那个月的第一天生效。您可以拒绝雇主提供的健康保险福利；但是，只有在雇主保留由您签字的此表格并且您确认您现在有家庭健康保险的情况下，拒绝才有效。

您的雇主现为您提供上述合规的医疗保健计划。合规的医疗保健计划必须是没有向您和您的受抚养家属收取保险费。此弃权表允许您放弃从雇主那里获得合规保健计划的权利。签署本表格即意味着您解除了雇主向您提供合规保健计划的法律要求，您的雇主将完成 HCAO 的要求。即使您有其他健康保险，您的雇主也必须为您提供保险或付款，除非您签署本表格。

如果您希望您的雇主向您提供上述健康保险，请不要签署本表格。您的雇主诱使、施压或强迫您签署本表格是违法的。

本自愿弃权书自签署之日起一年内有效。

如果您希望豁免上述雇主，请填写以下信息。

我兹此证明我和我的家人现正在接受以下机构提供的医疗保健服务:

我的姓名:_____

提供医疗保健服务的雇主:_____

医疗保健福利上列出的雇员姓名:_____

与该雇员的关系: [] 本人 [] 孩子 [] 配偶/伴侣

医疗保健计划和管理者名称:_____

雇主地址:_____

雇主联系人:_____

雇主电话:_____

雇主:_____

电子邮件:_____

我已附上证明我有上述保健计划的证据副本:

☐ Medical 卡 – 您和每个家人的医疗卡副本

☐ 参保注册表

☐ 其他证明我/我们有上述保健计划的文件

我证明，我和我的家人通过我的工作或我配偶/伴侣/父母的雇主接受上述雇主提供的医疗保健服务。通过签署本表格，我明白我放弃了从本表格第一页上的雇主那里获得家庭保健计划的权利，直到下一次年度参保注册登记或出现符合资格的生活事件(例如失去上述保健计划)。我特此放弃上述雇主在本计划年度向我提供的上述合规保健计划的权利。我已提供证明我和我的家人有上述保健计划的证据。

雇员签名:_____ 今天日期:_____

雇员姓名:_____