



健康機場條例 (HAO)
僅供質量標準項目 (QSP) 雇員

自願放棄表

(執行日期: 2026 年 2 月 26 日 - 2026 年 12 月 31 日)

雇員注意事項: 請詳細閱讀全文。自願放棄將影響您享有雇主所提供的某些健康福利權利。依據《健康機場條例》，您有權享受雇主為履行其義務選擇為您提供的健康選項。簽署該放棄表會對您的相關權益產生影響。雇主以施壓、恐嚇、利誘或脅迫的方式，使您簽署該放棄表的行為，均屬違法。若您不理解本文件內容或有任何疑問，請致電 (415) 554-7903。

依據《健康機場條例》之規定，三藩市國際機場質量標準項目之雇主，須為雇員或以其名義提供健康福利、向「市府健康選項」繳費；或為該條例下的雇員支付不可撤消的醫療保健費。若雇員能提供其當前所享受的其它健康計劃的證明，簽署該表後，即可放棄其雇主所提供的健保計畫。

第 1 部分 由雇主填寫

雇主名稱: _____ 雇主代表: _____

雇主地址: _____ 雇主電話: _____

_____ 雇主電子郵箱: _____

雇員姓名: _____ 雇員地址: _____

雇員電話: _____

合規選項

本雇主選擇以下方式來遵行《健康機場條例》:

(請核選其中一項，並提供相應詳情)

- 選項一** - 提供一個符合公共衛生部 (DPH) 健保計畫要求的「家庭健保計畫」。(參見第 2 部分)

保險公司: _____

計畫名稱: _____ 受保期限: _____

- 選項二** - 向「市府選項」繳納費用。(「市府選項」的費率是按其下雇員所做工時每小時 12.15 美元的時薪，該費率每年 7 月 1 日進行更新。) 該選項不在雇員可放棄的選項之列。

- 選項三** - 為雇員或以其名義，支付不可撤消的健保服務費用。健保服務指的是按《美國聯邦稅法》第 26 項第 213 條規定符合抵稅條件的醫療、保健服務或物品，或與可抵稅的保健費用具有實質相同的目的和效果的開支。自 2027 年 1 月 1 日起，選項三將成為唯一的合規方式。(參見第 3 部分)

請列出並說明保健類型所支付的費用，如醫療、牙科及視力醫保費；給雇員報銷的有記錄可查的保健費；向醫療費報銷帳戶支付的費用，等。

所提供的健康保健費用:

健康計劃名稱: _____

其它: _____

第 2 部分 選項一的放棄說明

您的雇主按「選項一」向您提供健保計畫。享用該計劃的起始時間不得遲於雇員入職滿 30 天後次月的第一天。若雇主所提供的健保計畫符合公共衛生局的健保計畫要求，即視為雇主已履行《健康機場條例》所規定之義務，無須再向您提供其它健康福利。簽署本《自願放棄表》即表示，您自願放棄雇主所提供的健保計畫，這樣，在本健保計畫年度內，您將不會收到雇主所提供的健康福利。

第 3 部分 選項三的放棄說明

您的雇主選擇按照第 1 部分選項三，即向「不可撤消的健保」支付費用，來執行《健康機場條例》的規定。

您可以選擇放棄您的雇主所提供的健保計畫。若選擇放棄該計畫，雇主可將原本擬用於您的健保計畫金額，作為節餘，來抵扣其應當支付的健保費用。對於不包括在放棄部分內的剩餘金額，雇主仍有責任支付「不可撤消的健保費用」。例如，若健康保險本金超出雇主要支付的保健開支，雇主則無須再向您提供任何其它給付。若健康保險本金低於要支付的保健開支，雇主必須根據您所做工時和家庭成員數，通過其它方式補足差額部分。

第 4 部分 自願放棄 - 由雇員填寫

(只在您選擇放棄健保計畫時填寫)

若要放棄雇主為您提供的健保計畫，您及您的被供養人必須有其它的健保來源。填寫本放棄表即表示您以此證明：您及您的被供養人目前在其它健保計畫內。 **您若要放棄雇主為您提供的健保計畫，請提供以下信息：**

雇員姓名：_____ 與參保人關係：_____

被供養人數量：[] 零人 [] 一人 [] 兩人或以上 [] 本人 [] 子女 [] 配偶/家庭伴侶

健康保險計畫名稱：_____ 健康管理員姓名：_____

參保人信息

參保人雇主：_____

參保人姓名：_____ 雇主代表：_____

雇主地址：_____ 雇主電話：_____

_____ 雇主電子郵箱：_____

享有健保的憑證

本人目前加入了第 4 部分所列的健保計畫，並提供以下憑證：

(選擇一項)

- 醫療保險卡 - 本人及每位被供養人的保險卡副本
- 參保登記表
- 證明本人/被供養人受保的其它材料

注意：該放棄表僅在本健保計畫年度有效；但如果您有符合重大生活變故的事情發生，您可撤回此放棄表。

雇主須保留一份完整填寫的放棄表，及名下雇員和其被供養人當前所享有的其它健保計劃的證明材料。否則，放棄無效。本放棄聲明不適用於市府選項中的選項二，以及選項三下任何剩餘開銷。本放棄表要求每年填寫。

第 5 部分 雇員簽名並證實

若接受雇主所提供的健保計畫，請勿簽署本表。

(只在您選擇放棄時才填寫該部分)

本人謹此聲明：本人及被供養目前在領取其它健康計劃提供的福利。本人知道，簽署該表，我將放棄從雇主申領健保計畫之權利，直到下一次健保計畫登記開始，或直到我有符合重大生活變故的事情發生（如以上第 4 部分所列的喪失健保計畫的情況）。本人在此放棄享受第 1 部分所敘的本年度健保計畫的權利。本人已提供第 4 部分所敘的我本人及被我供養之人當前享有的其它健康計劃的證明。

雇員簽名：_____ 日期：_____

雇員姓名：_____

若您對於雇主依照《健康機場條例》要履行的義務有任何問題，
請致電 (415) 554-7903 或發送電子郵件至 HCAO@sfgov.org 或瀏覽 www.sf.gov/olse-hao