



**CONOZCA SUS DERECHOS
ORDENANZA SOBRE AEROPUERTOS SALUDABLES (HAO) PARA
EMPLEADOS DEL PROGRAMA DE NORMAS DE CALIDAD (QSP) DE SFO**

Vigencia: 26 de febrero de 2026 - 31 de diciembre de 2026 (revisado 2/2026)

El presente aviso tiene por objeto informar a los empleados de servicio (empleados del QSP) del Aeropuerto Internacional de San Francisco (SFO) de sus derechos en virtud de la Ordenanza sobre Aeropuertos Saludables (HAO). La HAO exige a los empleadores del programa QSP a que proporcionen determinados beneficios de salud. Si usted trabaja para un empleador del programa QSP en SFO, **usted está cubierto. No existe un requisito de horas mínimas:** Los empleados del QSP tienen derecho a estas prestaciones de salud independientemente del número de horas trabajadas. Los empleadores del QSP pueden cumplir con la HAO eligiendo una de las siguientes opciones:

(Empleador: Marque una de las opciones a continuación.)

- OPCIÓN 1 – PROPORCIONAR UN PLAN DE SALUD FAMILIAR CONFORME PARA USTED Y SUS DEPENDIENTES QUE CUMPLA CON LOS REQUISITOS DEL PLAN DE SALUD**
 - Su empleador no puede exigirle a usted que contribuya con ninguna cantidad hacia las primas de la cobertura del plan de salud familiar.
 - La cobertura debe comenzar el primer día del mes que comienza transcurridos 30 días desde el inicio del empleo.
- OPCIÓN 2 – PAGAR \$12.15 POR HORA TRABAJADA A LA CITY OPTION**
Pagar \$12.15 por cada hora trabajada (hasta 40 horas a la semana) a la City Option, que proporciona a los empleados cuentas de reembolso médico.
- OPCIÓN 3 – REALIZAR GASTOS IRREVOCABLES DE ATENCIÓN DE LA SALUD BASADOS EN EL TAMAÑO DEL GRUPO FAMILIAR DEL EMPLEADO Y LAS HORAS TRABAJADAS**
Realizar gastos irrevocables de atención de la salud a cada empleado cubierto o en su nombre por las horas trabajadas en o cerca del aeropuerto SFO en calidad de QSP, según las siguientes tarifas:

Tamaño del grupo familiar	Tarifa por hora trabajada	Máximo por semana
Empleado sin dependientes	\$6.17	\$246.80
Empleado con 1 dependiente	\$12.33	\$493.20
Empleado con 2 o más dependientes	\$17.44	\$697.60

EXENCIONES DE COBERTURA

Ciertas categorías de empleados, incluyendo, pero sin limitarse a estudiantes, practicantes y empleados de los empleadores sujetos a los requerimientos de Salario Prevaleciente, están exentos conforme a la HCAO.

RENUNCIA VOLUNTARIA DE COBERTURA

Los empleados pueden renunciar a la cobertura de salud ofrecida anualmente por un empleador si el empleado firma el Formulario de Renuncia Voluntaria. El formulario de renuncia es válido para el año actual del plan; sin embargo, los empleados pueden revocarlo si se produce un acontecimiento vital que lo justifique.

PROHIBIDAS LAS REPRESALIAS

Los empleadores no pueden tomar represalias contra los empleados por intentar saber más sobre la HAO o por ejercer sus derechos conforme a ley. Si usted cree que ha sido discriminado(a) o que han tomado represalias contra usted por preguntar sobre o por ejercer sus derechos conforme a la HAO, comuníquese a OLSE para presentar una queja. Por favor guarde una copia de este formulario para su archivo.

No firme este documento a menos que comprenda a la perfección sus derechos conforme a la HAO.

Nombre del empleado

Fecha

Firma del empleado

Si tiene alguna pregunta sobre las responsabilidades de su empleador o sus derechos al amparo de la HAO, comuníquese con la OLSE al (415) 554-7903 ó HCAO@sfgov.org ó visite www.sf.gov/olse-hao.