



**ORDINANSA PARA SA PAGTATAGUYOD NG KALUSUGAN SA AIRPORT (HEALTHY AIRPORT ORDINANCE, HAO)
 PARA SA MGA EMPLEYADO NG PROGRAMA PARA SA MGA PAMANTAYAN NG KALIDAD (QUALITY STANDARDS PROGRAM, QSP)**

**FORM SA BOLUNTARYONG PAGTANGGI
 (VOLUNTARY WAIVER FORM)**

(Pinaairal: Pebrero 26, 2026 – Disyembre 31, 2026)

Atensiyon mga Empleyado: Mangyaring basahin ang buong dokumentong ito. Ang pagtanggap (waiver) na ito ay may epekto sa inyong mga karapatan sa ilang benepisyong pangkalusugan na ipinagkakaloob ng inyong taga-empleyo. May karapatan kayo sa opsyon na napili ng taga-empleyo para matugunan ang mga obligasyon nito sa ilalim ng Ordinansa para sa Pagtataguyod ng Kalusugan sa Airport (Healthy Airport Ordinance). Sa pamamagitan ng paglagda sa form na ito, maaari ninyong maapektuhan ang inyong mga karapatan. Labag sa batas para sa inyong taga-empleyo na gipitin, takutin, akitin o pilitin kayo na pumirma sa form na ito. Tumawag sa (415) 554-7903 kung hindi ninyo maintindihan o mayroong anumang katanungan.

Ang mga taga-empleyo ng Programa ng mga Pamantayan sa Kalidad (Quality Standanrds Program) ng San Francisco International Airport ay inaatasang sumunod sa Ordinansa para sa Pagtataguyod ng Kalusugan sa Airport (Healthy Airport Ordinance) sa pamamagitan ng alinman sa pagkakaloob ng mga benepisyong pangkalusugan, pagbabayad sa City Option, o paggawa ng di-mababagong halaga ng gastos sa pangangalaga sa kalusugan (irrevocable health care expenditures) sa mga sakop na empleyado o sa ngalan nila. Maaaring tanggihan ng mga empleyado ang planong pangkalusugan ng taga-empleyo kung makumpleto nila ang form na ito at magbigay ng katanungan ng kasalukuyang pagkakasakop mula sa isa pang planong pangkalusugan.

SEKSYON 1. PARA KUMPLETUHIN NG TAGA-EMPLEYO

Pangalan ng Taga-empleyo: _____ Kinatawan ng Taga-empleyo: _____
 Address ng Taga-empleyo: _____ Telepono ng Taga-empleyo: _____
 _____ Email ng Taga-empleyo: _____
 Pangalan ng Empleyado: _____ Address ng Empleyado: _____
 Telepono ng Empleyado: _____ _____

MGA OPSYON SA PAGSUNOD

Pinipili ng taga-empleyo na ito na sumunod sa Ordinansa para sa Pagtataguyod ng Kalusugan sa Airport (Healthy Airport Ordinance) sa pamamagitan ng:

(Mangyaring pumili ng isa at magbigay ng kaukulang mga detalye)

- Opsyon 1** – Pagbibigay ng alinsunod sa batas (compliant) na Planong Pangkalusugan ng Pamilya (Family Health Plan) na tumutugon sa mga itinatakda ng planong pangkalusugan ng Departamento ng Pampublikong Kalusugan (Department of Public Health, DPH). (Tingnan ang Seksyon 2)

Kompanya ng Seguro: _____
 Pangalan ng Plano: _____ Panahon ng Pagkakasakop: _____

- Opsyon 2** – Magbayad sa City Option. (Ang halaga ng City Option ay \$12.15/oras para sa bawat oras na nagtrabaho para sa bawat sakop na empleyado, na isinasapanahon ang halaga taun-taon sa Hulyo 1.) Hindi naaangkop ang mga pagtanggap (waiver) sa ilalim ng opsyong ito.

- Opsyon 3** – Gumawa ng di-mababagong mga halaga ng gastos sa pangangalaga ng kalusugan para sa Mga Serbisyo sa Pangangalaga ng Kalusugan (Health Care Services) sa empleyado o sa ngalan niya. Ang mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan ay nangangahulugan ng pangangalagang medikal, mga serbisyo o produkto na maaaring kwalipikdao bilang mga gastos sa pangangalagang medikal na mababawas sa buwis sa ilalim ng 26 U.S.C. §213, o yaong sa kalahatan ay may kaparehong layunin o epekto sa mga nababawas na gastos. Epektibo ng Enero 1, 2027, ang opsyon 3 ang magiging natatanging paraan para sa pagsunod sa batas. (Tingnan ang Seksyon 3)

Mangyaring ilarawan ang (mga) uri ng (mga)gastos sa pangangalaga ng kalusugan, hal., mga premium para sa segurong medikal, dental at paningin, pagsasauling-bayad sa empleyado para sa nadokumentong gastos sa kalusugan, bayad sa isang Medical Reimbursement Account, atbp.

Iniaalok na Halaga ng Gastos sa Pangangalaga ng Kalusugan:
 Pangalan ng Planong Pangkalusugan:

Iba pa: _____

SEKSYON 2. IMPORMASYON UKOL SA PAGTANGGI (WAIVER) PARA SA OPSYON 1

Ang inyong taga-empleyo ay nag-aalok sa inyo ng (mga) Planong Pangkalusugan (Health Plan) na nakalista sa ilalim ng Opsyon 1. Ang pagkakasakop ay dapat magsimula nang hindi lalampas sa unang araw ng buwan na nagsisimula pagkatapos ng 30 araw mula sa simula ng pag-empleyo. Kung tumutugon ang planong pangkalusugan na inaalok ng inyong taga-empleyo sa mga pangangailangan ng

planong pangkalusugan ng DPH, ang taga-employo ay natugunan na ang kanilang mga obligasyon sa ilalim ng HAO at hindi na obligado ang taga-employo na magbigay sa inyo ng anupaman. Sa pamamagitan ng paglagda sa Form na ito para sa Boluntaryong Pagtanggihan (Voluntary Waiver Form), pinipili ninyong tanggihan ang (mga) Planong Pangkalusugan na inaalok ng inyong taga-employo at hindi tatanggap ng pagkakasakop sa kalusugan na ibinibigay ng taga-employo sa kasalukuyang taon ng planong pangkalusugan.

SEKSYON 3. IMPORMASYON UKOL SA PAGTANGGI (WAIVER) PARA SA OPSYON 3

Ang inyong taga-employo ay nag-aalok na sumunod sa HAO sa pamamagitan ng paggawa ng Di-mababagong mga Halaga ng Gastos sa Pangangalaga ng Kalusugan (Irrevocable Health Care Expenditures), gaya ng nakadetalye sa Seksyon 1, Opsyon 3.

Maaari ninyong piliin na tanggihan ang planong pangkalusugan na inaalok ng inyong taga-employo. Kung pinili ninyong tanggihan ang inalok na planong pangkalusugan, maaaring gamitin ng inyong taga-employo ang halagang magagastos sana nito sa planong pangkalusugan kung tinanggap ninyo ang pagkakasakop bilang kredito upang mabawas sa kinakailangang gastos sa pangangalaga ng kalusugan. Ang inyong taga-employo ay nananatiling responsable para sa paggawa ng Di-mababagong Halaga ng Gastos sa Pangangalaga ng Kalusugan (Irrevocable Health Care Expenditures) para sa natitirang halaga na hindi sakop ng waiver. Halimbawa, kung ang mga premium ng planong pangkalusugan ay lumampas sa kinakailangang gastos sa pangangalaga ng kalusugan, hindi obligado ang inyong taga-employo na magbigay sa inyo ng anupaman. Kung ang mga premium ay mas mababa kaysa sa kinakailangang gastos sa pangangalaga ng kalusugan batay sa inyong mga oras na nagtrabaho at laki ng sambayanan, dapat ibigay ng taga-employo ang kaibahan sa pamamagitan ng isa pang paraan ng paggasta.

SEKSYON 4. BOLUNTARYONG PAGTANGGI (VOLUNTARY WAIVER) – PARA KUMPLETUHIN NG EMPLEYADO
(kumpletuhin lamang ang seksyong ito kung pinili ninyong tanggihan ang planong pangkalusugan)

Para tanggihan ang iniaalok na planong pangkalusugan (health plan), kayo at ang inyong mga dependiyente ay dapat mayroong pagkakasakop sa kalusugan (health coverage) mula sa isa pang pinagmulan. Sa pamamagitan ng pagkumpleto sa form na ito, pinapautunayan ninyo na kayo at ang inyong mga dependiyente ay may kasalukuyang alternatibong pagkakasakop sa kalusugan. **Kung nais ninyong tanggihan ang (mga) planong pangkalusugan na inaalok ng inyong taga-employo, mangyaring ibigay ang mga sumusunod:**

Pangalan ng Empleyado: _____ Kaugnayan sa Subscriber: _____
ng Dependent: [] Sero [] Isa [] Dalawa o higit pa [] Sarili [] Anak [] Asawa/domestic partner
Pangalan ng Plano ng Pangangalaga sa Kalusugan: _____ Pangalan ng Health Administrator: _____

Impormasyon ukol sa Subscriber
Pangalan ng Subscriber: _____ Taga-employo ng Subscriber: _____
Kinatawan ng Taga-employo: _____
Address ng Taga-employo: _____ Telepono ng Taga-employo: _____
Email ng Taga-employo: _____

KATUNAYAN NG PAGKAKASAKOP SA KALUSUGAN

Ako ay kasalukuyang naka-enrol sa planong pangkalusugan na nakalista sa Seksyon 4 at nagbibigay ako ng sumusunod na katunayan:
(pumili ng isa)

- (Mga) Medical Card – kopya ng inyong card at para sa bawat isang dependent
- Form ng Pagpapatala (Enrollment Form)
- Iba pang dokumento na nagpapakitang mayroon ako/kami na pagkakasakop (coverage)

TANDAAN: Ang form ng pagtanggihan (waiver form) ay may bisa para sa kasalukuyang taon ng planong pangkalusugan; gayunman, maaari ninyong pawalang-saysay ang waiver kung mayroong isang kwalipikadong kaganapan sa buhay.

May bisa lamang ang mga pagtanggihan (waiver) kung ang taga-employo ay nagpapanatili ng isang ganap na naisagawang form ng waiver at katibayan ng kasalukuyang pagkakasakop sa kalusugan ng sakop na empletado at mga dependiyente. Ang mga waiver ay hindi naaangkop sa Opsyon 2 para sa City Option o para sa anumang natitirang gastos sa ilalim ng Opsyon 3. Ang form ng waiver ay kinakailangan sa bawat taon.

SEKSYON 5. LAGDA AT PAGPAPATUNAY NG PAGTANGGI NG EMPLEYADO

HUWAG pirmahan ang form na ito kung GUSTO NINYO ang inaalok ng inyong taga-employo na planong pangkalusugan (health plan).

(kumpletuhin lamang ang seksyong ito kung pinili ninyong tanggihan ang pagkakasakop sa kalusugan)

Pinatutunayan ko na ang aking mga dependiyente at ako ay kasalukuyang tumatanggap ng mga benepisyong pangkalusugan sa pamamagitan ng isa pang planong pangkalusugan. Sa pamamagitan ng paglagda sa form na ito, nauunawaan ko na tinatalikuran ko ang aking karapatan na tumanggap ng planong pangkalusugan mula sa aking taga-employo hanggang sa susunod na bukas na kaganapan sa pagpapatala o maliban kung may mangyaring isang kwalipikadong kaganapan sa buhay (ibig sabihin, pagkawala ng planong pangkalusugan na nakalista sa Seksyon 4). Sa pamamagitan nito, tinatanggihan ko ang karapatan sa Planong Pangkalusugan na nakalista sa Seksyon 1 para sa kasalukuyang taon ng plano. Nagbigay na ako ng katunayan nang aking mga dependiyente at ako ay nasasakop sa ilalim ng alternatibong planong pangkalusugan na nakalista sa Seksyon 4.

Lagda ng Empleyado : _____ Petsa: _____
Pangalan ng Empleyado : _____

Kung mayroon kayong anumang katanungan tungkol sa mga obligasyon ng inyong taga-employo sa ilalim ng Ordinansa para sa Pagtataguyod ng Kalusugan sa Airport (Healthy Airport Ordinance), mangyaring tumawag sa (415) 554-7903 o magpadala ng email sa HCAO@sfgov.org o bisitahin kami sa www.sf.gov/olse-hao