



ORDENANZA DE AEROPUERTOS SALUDABLES (HAO) PARA EMPLEADOS DEL PROGRAMA DE NORMAS DE CALIDAD (QSP)

FORMULARIO DE RENUNCIA VOLUNTARIA

(Vigencia: 26 de febrero de 2026 – 31 de diciembre de 2026)

Atención Empleados: Lea este documento en su totalidad. Esta renuncia afecta sus derechos a ciertos beneficios de salud proporcionados por su empleador. Usted tiene derecho a la opción que el empleador haya elegido para cumplir con sus obligaciones en virtud de la Ordenanza de Aeropuertos Saludables. Al firmar este formulario, usted puede afectar sus derechos. Es ilegal que su empleador le presione, intimide, motive o coaccione para que firme este formulario. Llame al (415) 554-7903 si no lo comprende o tiene alguna pregunta.

Los empleadores del programa de Normas de Calidad del Aeropuerto Internacional de San Francisco están obligados a cumplir con la Ordenanza de Aeropuertos Saludables, ya sea proporcionando planes de salud, realizando pagos al programa City Option o realizando gastos irrevocables para atención de la salud a los empleados cubiertos o en su nombre. Los empleados pueden renunciar al plan de salud del empleador si llenan este formulario y presentan evidencia de la cobertura actual de otro plan de salud.

SECCIÓN 1. PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADOR

Nombre del empleador: _____ Representante del empleador: _____

Dirección del empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

_____ Correo del empleador: _____

Nombre del empleado: _____ Dirección del empleado: _____

Teléfono del empleado: _____

OPCIONES DE CUMPLIMIENTO

Este empleador elige cumplir con la Ordenanza de Aeropuertos Saludables mediante una de las siguientes opciones:
(*Seleccione una opción y proporcione los detalles correspondientes*)

Opción 1 – Proporcionar un plan de salud familiar que cumpla con los requisitos del Departamento de Salud Pública (DPH) para planes de salud. (*véase la sección 2*)
Compañía de seguros: _____
Nombre del Plan: _____ Período de cobertura: _____

Opción 2 – Realizar pagos a City Option. (La tarifa de City Option es de \$12.15 por cada hora trabajada por cada empleado cubierto, y se actualiza anualmente el 1 de julio.) La renuncia voluntaria no se aplica en esta opción.

Opción 3 – Realizar gastos irrevocables para servicios de atención de la salud al empleado o en su nombre. Los servicios de atención de la salud se refieren a la atención, servicios o productos médicos que pueden considerarse gastos médicos deducibles de impuestos en virtud del artículo 26 U.S.C. §213, o aquellos que tienen sustancialmente el mismo propósito o efecto que dichos gastos deducibles. A partir del 1 de enero de 2027, la opción 3 será el único método de cumplimiento. (*véase la sección 3*)

Enumere y explique los tipos de gastos para atención de la salud, por ejemplo: primas de seguro médico, dental/vision, reembolso al empleado por gastos de salud documentados, pago a una cuenta de reembolso médico, etc.

Gastos para atención de la salud ofrecidos:

Nombre del Plan de Salud: _____

Otro: _____

SECCIÓN 2. INFORMACIÓN SOBRE LA RENUNCIA PARA LA OPCIÓN 1

Su empleador le está ofreciendo el(los) plan(es) de salud que se indica(n) en la Opción 1. La cobertura debe comenzar a más tardar el primer día del mes que comienza transcurridos 30 días desde el inicio del empleo. Si el plan de salud ofrecido por su empleador cumple con los requisitos del plan de salud del DPH, el empleador ha cumplido con sus obligaciones en virtud de la HAO y no estará obligado a proporcionarle nada más. Al firmar este formulario de renuncia voluntaria, usted opta por renunciar al plan o los planes de salud ofrecidos por su empleador y no recibirá la cobertura de salud proporcionada por el empleador durante el año actual del plan de salud.

SECCIÓN 3. INFORMACIÓN SOBRE LA RENUNCIA PARA LA OPCIÓN 3

Su empleador se ofrece a cumplir con la HAO realizando gastos irrevocables para atención de la salud, tal y como se detalla en la sección 1, opción 3.

Usted puede optar por renunciar al plan de salud ofrecido por su empleador. Si opta por renunciar al plan de salud ofrecido, su empleador puede aplicar el monto que habría gastado en el plan de salud si usted hubiera aceptado la cobertura como un crédito para compensar su gasto médico obligatorio. Su empleador sigue siendo responsable de realizar gastos irrevocables para atención de la salud por cualquier monto restante no cubierto por la renuncia. Por ejemplo, si las primas del plan de salud exceden el gasto obligatorio para atención de la salud, su empleador no está obligado a proporcionarle nada más. Si las primas son inferiores al gasto obligatorio para atención de la salud basado en sus horas trabajadas y el tamaño de su grupo familiar, el empleador debe cubrir la diferencia mediante otro método de gasto.

SECCIÓN 4. RENUNCIA VOLUNTARIA -PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADO

(solo llene esta sección si decide renunciar al plan de salud)

Para renunciar al plan de salud ofrecido, usted y sus dependientes deben contar con cobertura de salud alternativa. Al llenar este formulario, certifica que usted y sus dependientes tienen cobertura de salud alternativa vigente. **Si desea renunciar al plan o planes de salud ofrecido(s) por su empleador, proporcione lo siguiente:**

Nombre del empleado: _____ Relación con el suscriptor: _____
Número de dependientes: [] Cero [] Uno [] Dos ó más [] Yo mismo(a) [] Hijo(a) [] Cónyuge/pareja de hecho
Nombre del plan de salud: _____ Nombre del administrador de salud: _____

Información del suscriptor

Empleado del suscriptor: _____
Nombre del suscriptor: _____ Representante del empleador: _____
Dirección del empleador: _____ Teléfono del empleador: _____
Correo del empleador: _____

EVIDENCIA DE COBERTURA DE SALUD

Actualmente estoy inscrito en el plan de salud que se indica en la sección 4 y proporciono la siguiente evidencia: *(seleccione una)*

- Tarjeta(s) médica(s) – una copia de su tarjeta y de cada dependiente
- Formulario de inscripción
- Otro documento que demuestre que tengo/ tenemos cobertura

NOTA: El formulario de renuncia es válido para el año actual del plan de salud; sin embargo, usted puede revocar la renuncia si se produce un acontecimiento vital que lo justifique.

Las renunciaciones solo son válidas si el empleador conserva un formulario de renuncia debidamente llenado y firmado, así como evidencia de la cobertura de salud actual del empleado cubierto y sus dependientes. Las renunciaciones no son aplicables a la Opción 2 del programa City Option ni a ningún gasto restante de la Opción 3. El formulario de renuncia debe presentarse anualmente.

SECCIÓN 5. FIRMA Y DECLARACIÓN DEL EMPLEADO PARA LA RENUNCIA

NO firme este formulario si DESEA el plan de salud que le ofrece su empleador.

(solo llene esta sección si decide renunciar a la cobertura de salud)

Certifico que mis dependientes y yo estamos recibiendo actualmente beneficios de salud a través de otro plan de salud. Al firmar este formulario, entiendo que renuncio a mi derecho a recibir un plan de salud de mi empleador hasta la próxima inscripción abierta o a menos que ocurra un acontecimiento vital calificable (es decir, la pérdida del plan de salud que se indica en la sección 4). Por la presente, renuncio al derecho al plan de salud que se indica en la sección 1 para el año del plan actual. He proporcionado evidencia de que mis dependientes y yo estamos cubiertos por el plan de salud alternativo que se indica en la sección 4.

Firma del empleado: _____ Fecha _____

Nombre del empleado: _____

Si tiene alguna pregunta sobre las obligaciones de su empleador en virtud de la Ordenanza de Aeropuertos Saludables, llame al (415) 554-7903 o envíe un correo electrónico a HCAO@sfgov.org o visítenos en www.sf.gov/olse-hao