



**LUẬT VỀ PHÚC LỢI SỨC KHỎE CHO NHÂN VIÊN SÂN BAY
(HAO)
DÀNH CHO NHÂN VIÊN TRONG CHƯƠNG TRÌNH TIÊU CHUẨN CHẤT LƯỢNG
(QSP)**

MẪU ĐƠN TỰ NGUYỆN TỪ BỎ QUYỀN LỢI
(Có hiệu lực: Từ ngày 26 tháng 2 năm 2026 đến ngày 31 tháng 12 năm 2026)

Lưu Ý Dành Cho Nhân Viên: Vui lòng đọc toàn bộ tài liệu này. Việc từ bỏ quyền lợi này ảnh hưởng đến quyền lợi của quý vị đối với một số phúc lợi y tế nhất định do chủ lao động cung cấp. Quý vị có quyền lựa chọn phương án mà chủ lao động đã chọn để đáp ứng các nghĩa vụ theo Luật về Phúc Lợi Sức Khỏe cho Nhân Viên Sân Bay. Khi ký vào mẫu đơn này, quyền lợi của quý vị có thể bị ảnh hưởng. Chủ lao động của quý vị không được phép gây áp lực, đe dọa, dụ dỗ hoặc ép buộc quý vị ký vào mẫu đơn này, điều này là bất hợp pháp. Hãy gọi tới số (415) 554-7903 nếu quý vị không hiểu hoặc có bất kỳ câu hỏi nào.

Các chủ lao động trong Chương Trình Tiêu Chuẩn Chất Lượng Sân Bay Quốc Tế San Francisco phải tuân thủ Luật về Phúc Lợi Sức Khỏe cho Nhân Viên Sân Bay bằng cách: cung cấp các phúc lợi y tế, thanh toán cho chương trình City Option hoặc trả các khoản chi phí chăm sóc sức khỏe không thể thu hồi cho hoặc thay mặt cho những nhân viên được bảo hiểm. Nhân viên có thể từ bỏ chương trình sức khỏe của chủ lao động nếu họ hoàn thành mẫu đơn này và cung cấp bằng chứng về việc hiện đang có bảo hiểm từ một chương trình sức khỏe khác.

MỤC 1. DO CHỦ LAO ĐỘNG ĐIỀN

Tên Chủ Lao Động: _____ Đại Diện Chủ Lao Động: _____

Địa Chỉ Chủ Lao Động: _____ Điện Thoại Của Chủ Lao Động: _____

_____ Email Của Chủ Lao Động: _____

Tên Nhân Viên: _____ Địa Chỉ Nhân Viên: _____

Điện Thoại Của Nhân Viên: _____

CÁC PHƯƠNG ÁN TUÂN THỦ

Chủ lao động này chọn tuân thủ Luật về Phúc Lợi Sức Khỏe cho Nhân Viên Sân Bay bằng cách:
(Vui lòng chọn một phương án và cung cấp thông tin chi tiết tương ứng)

- Phương án 1** – Cung cấp một Chương Trình Sức Khỏe Gia Đình đáp ứng các yêu cầu về chương trình sức khỏe của Sở Y Tế Công Cộng (DPH). (Xem Mục 2)

Công Ty Bảo Hiểm: _____

Tên Chương Trình: _____ Thời Hạn Bảo Hiểm: _____

- Phương án 2** – Thanh toán cho chương trình City Option. (Mức phí City Option là 12,15 USD/giờ cho mỗi giờ làm việc của mỗi nhân viên được bảo hiểm, mức phí này được cập nhật hàng năm vào ngày 1 tháng 7.) Việc từ bỏ quyền lợi không áp dụng cho phương án này.

- Phương án 3** – Chi trả các khoản chi phí chăm sóc sức khỏe không thể hủy bỏ cho các Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe cho hoặc thay mặt cho nhân viên. Dịch vụ chăm sóc sức khỏe có nghĩa là các hoạt động chăm sóc, dịch vụ hoặc hàng hóa y tế có thể đủ điều kiện là chi phí chăm sóc y tế được khấu trừ thuế theo mục 26 U.S.C. §213 hoặc những dịch vụ có mục đích hoặc hiệu quả về cơ bản tương đương với các chi phí được khấu trừ đó. Có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1 năm 2027, phương án 3 sẽ là phương thức tuân thủ duy nhất. (Xem Mục 3)

Vui lòng liệt kê và giải thích (các) loại chi phí chăm sóc sức khỏe, ví dụ: phí đóng bảo hiểm y tế, nha khoa và nhãn khoa; hoàn trả cho nhân viên các chi phí y tế đã có chứng từ; thanh toán vào Tài Khoản Hoàn Trả Y Tế, v.v.

Khoản Chi Phí Chăm Sóc Sức Khỏe Được Đề Xuất:

Tên Chương Trình Sức Khỏe: _____

Khác: _____

MỤC 2. THÔNG TIN TỪ BỎ QUYỀN LỢI ĐỐI VỚI PHƯƠNG ÁN 1

Chủ lao động đang đề xuất cho quý vị (các) Chương Trình Sức Khỏe được liệt kê trong Phương án 1. Bảo hiểm phải bắt đầu chậm nhất là vào ngày đầu tiên của tháng bắt đầu sau 30 ngày kể từ ngày bắt đầu làm việc. Nếu chương trình sức khỏe do chủ lao động đề xuất đáp ứng các yêu cầu của DPH, chủ lao động đã hoàn thành nghĩa vụ của mình theo HAO và họ sẽ không có nghĩa vụ phải cung cấp cho quý vị bất kỳ quyền lợi nào khác. Bằng cách ký vào Mẫu Đơn Tự nguyện Từ bỏ Quyền Lợi này, quý vị chọn từ bỏ (các) Chương Trình Sức Khỏe do chủ lao động cung cấp và sẽ không nhận được bảo hiểm y tế do chủ lao động cung cấp trong năm chương trình sức khỏe hiện tại.

MỤC 3. THÔNG TIN TỪ BỎ QUYỀN LỢI ĐỐI VỚI PHƯƠNG ÁN 3

Chủ lao động của quý vị đang đề nghị tuân thủ HAO bằng cách thanh toán các Khoản Chi Phí Chăm Sóc Sức Khỏe Không Thẻ Thu Hồi, như được nêu chi tiết trong Mục 1, Phương án 3.

Quý vị có thể chọn từ bỏ chương trình sức khỏe do chủ lao động cung cấp. Nếu quý vị chọn từ bỏ chương trình sức khỏe được cung cấp, chủ lao động có thể sử dụng số tiền mà họ lẽ ra phải chi cho chương trình sức khỏe đó nếu quý vị chấp nhận tham gia để trừ vào phần chi phí chăm sóc sức khỏe mà họ có nghĩa vụ phải thực hiện theo quy định. Chủ lao động của quý vị vẫn chịu trách nhiệm thanh toán các Khoản Chi Phí Chăm Sóc Sức Khỏe Không Thẻ Thu Hồi cho bất kỳ số tiền còn lại nào không được bao gồm trong việc từ bỏ quyền lợi này. Ví dụ, nếu phí đóng bảo hiểm y tế vượt quá mức chi phí chăm sóc sức khỏe bắt buộc, chủ lao động không có nghĩa vụ cung cấp thêm cho quý vị bất kỳ quyền lợi nào khác. Nếu phí đóng bảo hiểm thấp hơn mức chi phí chăm sóc sức khỏe bắt buộc dựa trên số giờ làm việc và quy mô hộ gia đình của quý vị, chủ lao động phải bù đắp phần chênh lệch thông qua một phương thức chi phí khác.

MỤC 4. TỰ NGUYỆN TỪ BỎ - DO NHÂN VIÊN ĐIỀN

(chỉ điền phần này nếu quý vị chọn từ bỏ chương trình sức khỏe)

Để từ bỏ chương trình sức khỏe được đề xuất, quý vị và những người phụ thuộc của mình phải có bảo hiểm y tế từ một nguồn khác. Bằng cách điền vào mẫu đơn này, quý vị xác nhận rằng quý vị và người phụ thuộc của quý vị hiện đang có bảo hiểm y tế thay thế. **Nếu quý vị muốn từ bỏ (các) chương trình sức khỏe do chủ lao động đề xuất, vui lòng cung cấp các thông tin sau:**

Tên Nhân Viên: _____ Quan hệ với Người Đăng Ký: _____
Số Người phụ thuộc: Không Một Hai hoặc nhiều hơn Bản thân Con cái Vợ/chồng / Bạn đời chung sống
Tên Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe: _____ Tên Đơn Vị Quản Lý Y Tế: _____

Thông Tin Người Đăng Ký Chủ Lao Động Của Người Đăng Ký: _____

Tên Người Đăng Ký: _____ Đại Diện Chủ Lao Động: _____

Địa Chỉ Chủ Lao Động: _____ Điện Thoại Của Chủ Lao Động: _____

_____ Email Của Chủ Lao Động: _____

Bảng Chứng Bảo Hiểm Y Tế

Tôi hiện đang tham gia chương trình sức khỏe được liệt kê trong Mục 4 và xin cung cấp bằng chứng sau đây: *(chọn một)*

- (Các) Thẻ Y Tế – bản sao thẻ của quý vị và của mỗi người phụ thuộc
- Mẫu Đơn Đăng Ký
- Giấy tờ khác chứng minh tôi/chúng tôi có bảo hiểm

LƯU Ý: Mẫu đơn từ bỏ quyền lợi có giá trị cho năm chương trình sức khỏe hiện tại; tuy nhiên, quý vị có thể hủy việc từ bỏ nếu có một sự kiện đời sống đủ điều kiện xảy ra.

Việc từ bỏ quyền lợi chỉ có hiệu lực nếu chủ lao động lưu lại đơn từ bỏ đã được ký đầy đủ và bằng chứng về bảo hiểm y tế hiện tại của nhân viên được bảo hiểm và những người phụ thuộc. Việc từ bỏ quyền lợi không áp dụng cho Phương án 2 (City Option) hoặc cho bất kỳ khoản chi phí còn lại nào theo Phương án 3. Đơn từ bỏ phải được nộp lại hàng năm.

MỤC 5. CHỮ KÝ VÀ CAM KẾT TỪ BỎ CỦA NHÂN VIÊN

KHÔNG ký vào mẫu đơn này nếu QUÝ VI MUỐN nhận chương trình sức khỏe do chủ lao động cung cấp.

(chỉ điền phần này nếu quý vị chọn từ bỏ bảo hiểm y tế)

Tôi xác nhận rằng tôi và những người phụ thuộc của mình hiện đang nhận các phúc lợi y tế thông qua một chương trình sức khỏe khác. Bằng cách ký tên vào mẫu đơn này, tôi hiểu rằng tôi đang từ bỏ quyền nhận chương trình sức khỏe từ chủ lao động cho đến kỳ đăng ký mở tiếp theo hoặc trừ khi có một sự kiện đời sống đủ điều kiện xảy ra (ví dụ: mất chương trình sức khỏe được liệt kê ở Mục 4). Theo đây, tôi từ bỏ quyền đối với Chương Trình Sức Khỏe được liệt kê trong Mục 1 cho năm chương trình tại. Tôi đã cung cấp bằng chứng cho thấy tôi và những người phụ thuộc của mình được bảo hiểm theo chương trình sức khỏe thay thế được liệt kê trong Mục 4.

Chữ Ký Của Nhân Viên: _____ Ngày: _____

Tên Nhân Viên: _____

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về nghĩa vụ của chủ lao động theo Luật về Phúc Lợi Sức Khỏe cho Nhân Viên Sân Bay, vui lòng gọi (415) 554-7903 hoặc gửi email đến HCAO@sfgov.org hoặc truy cập vào www.sf.gov/olse-hao

Trang 3 / 3