



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

CONOZCO SUS DERECHOS

Efectivo: 1 de julio de 2026 – 31 de diciembre de 2026

Este aviso es para informar a los empleados de Servicio del Aeropuerto de SF (empleados QSP) sobre sus derechos según la Ordenanza de Aeropuertos Saludables (HAO, por sus siglas en inglés). La HAO requiere que los empleadores QSP ofrezcan ciertos beneficios de salud. Si trabaja para un empleador QSP en SFO, es un empleado cubierto. No hay un requisito mínimo de horas: los empleados QSP califican para estos beneficios de salud sin importar la cantidad de horas trabajadas. Los empleadores QSP pueden cumplir con la HAO eligiendo una de las siguientes opciones:

(**Empleador:** Por favor, marcar una de las opciones abajo.)

- OPCIÓN 1 – PROPORCIONAR UN PLAN DE SALUD FAMILIAR PARA USTED Y SUS DEPENDIENTES QUE CUMPLE CON LOS REQUISITOS DEL PLAN DE SALUD**
- Su empleador no puede obligarle que contribuya ninguna cantidad para las primas de la cobertura del plan de salud familiar.
 - La cobertura debería comenzar el primer día del mes que comienza después de 30 días desde el inicio del empleo.
- OPCIÓN 2 – PAGAR \$12.95 POR CADA HORA TRABAJADA AL CITY OPTION**
Pagar \$12.95 por hora por cada hora trabajada, hasta 40 horas a la semana o \$518 por semana, al City Option, que ofrece a los empleados cuentas de reembolso médico.
- OPCIÓN 3 – REALIZAR GASTOS IRREVOCABLES DE ATENCIÓN MÉDICA SEGÚN EL TAMAÑO DEL HOGAR DEL EMPLEADO Y LAS HORAS TRABAJADAS**
Realizar gastos de atención médica irrevocables para o en nombre de cada empleado cubierto por las horas trabajadas en o cerca de SFO en una capacidad QSP, a las siguientes tarifas:

Tamaño de Hogar	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 Dependientes	\$17.44	\$697.60

EXENCIONES DE COBERTURA

Ciertas categorías de empleados, incluyendo pero sin limitarse a estudiantes, aprendices, y empleados de los empleadores sujetos a los requisitos de Salario Promedio, están exentos de la HCAO.

RENUNCIA VOLUNTARIA DE COBERTURA

Los empleados pueden renunciar la cobertura de salud que el empleador ofrece cada año firmando el Formulario de Renuncia Voluntaria. El formulario de renuncia es válido para el año del plan actual; pero, los empleados pueden revocarlo si ocurre un evento de vida calificado.

PROHIBIDA LA REPRESALIA

Su empleador no puede tomar represalias contra usted ni contra ningún otro empleado por intentar aprender más sobre la HAO o por ejercer sus derechos según la ley. Si usted cree que ha sido discriminado o que han tomado represalias contra usted por preguntar sobre o por ejercer sus derechos bajo la HAO, comuníquese con la OLSE para presentar una queja. Por favor, guarda una copia de este formulario para sus registros.

Firme este documento SÓLO DESPUÉS de haberlo leído completamente y comprender sus derechos según la HAO. Si tiene preguntas sobre sus derechos o las responsabilidades de su empleador bajo la HAO, comuníquese con la OLSE al (415) 554-7903 o hcao@sfgov.org.

Nombre del Empleado en Letra de Molde

Fecha

Firma de Empleado

Para asistencia en Español, llame al (415) 554-7903

需要中文幫助，請電 (415) 554-7903

Para sa tulong sa Tagalog, manyaring tumawag sa (415) 554-7903

Để được trợ giúp bằng tiếng Việt, gọi (415) 554-7903

Para obtener una copia completa de la HAO, visite www.sf.gov/olse-hcao

Revisado junio 2026