



# Ordenanza de Responsabilidad de la Atención a la Salud (HCAO, por sus siglas en inglés)

## CONOZCA SUS DERECHOS

Efectivo: 1 de julio de 2026

Este aviso está diseñado para informarle sobre sus derechos bajo la Ordenanza de Responsabilidad de la Atención a la Salud (HCAO). La HCAO obliga a su empleador que le proporcione ciertos beneficios de salud. Su empleador puede cumplir con la HCAO ofreciéndole un plan de salud que cumpla con los requisitos, haciendo pagos al Departamento de Salud Pública (DPH), o, en circunstancias limitadas, haciendo pagos directamente a usted. Se le pedirá que firme este documento después de haber revisado la información siguiente. Por favor, firme únicamente después de haber leído completamente y entender sus derechos.

### LOS COMPONENTES DE LA HCAO

- I. Si usted vive en San Francisco (sin importar su lugar de trabajo) o si usted trabaja en San Francisco, en el Aeropuerto Internacional de San Francisco o en la Cárcel de San Bruno, su empleador debe:
  - A. Ofrecerle una cobertura de salud que cumpla con los Estándares Mínimos a partir del primer día del mes después de 30 días calendario desde su primer día de trabajo\*; **O**
  - B. Por cada mes en el que usted haya trabajado un promedio de al menos 20 horas por semana, pagar a DPH \$8.00 dólares por cada hora que usted trabaje, hasta 40 horas o \$320 dólares por semana.
- II. Si usted no vive en San Francisco y usted no trabaja en San Francisco, en el Aeropuerto Internacional de San Francisco, o en la Cárcel de San Bruno, su empleador debe:
  - A. Ofrecerle una cobertura de salud que cumpla con los Estándares Mínimos a partir del primer día del mes después de 30 días calendario desde su primer día de trabajo\*; **O**
  - B. Por cada mes en el que usted haya trabajado un promedio de al menos 20 horas por semana, pagarle a usted \$8.00 dólares por cada hora que trabaje, hasta 40 horas o \$320 dólares por semana, para que usted pueda obtener una cobertura de seguro de salud por cuenta propia.

**\* Tenga en cuenta que su empleador debe ofrecerle al menos un plan que no requiere que usted pague ninguna cantidad para el costo de la prima de la cobertura del plan de salud para usted.**

### 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.

### PROHIBIDAS LAS REPRESALIAS

Su empleador no puede tomar represalias contra usted ni contra ningún otro empleado por intentar aprender más sobre la HCAO 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 HCAO, comuníquese con la OLSE para presentar una queja.

**Firme este documento SÓLO DESPUÉS de haberlo leído completamente y comprender sus derechos según la HCAO.** Si tiene preguntas sobre sus derechos o las responsabilidades de su empleador bajo la HCAO, comuníquese con la OLSE al (415) 554-7903 o [hcao@sfgov.org](mailto: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 HCAO o Estándares Mínimos, visite [www.sf.gov/olse-hcao](http://www.sf.gov/olse-hcao)*

Revisado junio 2026