

僱員自願豁免表

從2008年起生效，三藩市法律要求你的僱主為你提供健保費用。健保費用是爲了提供你健保服務而由你的僱主支付給你或者支付給第三方的費用。例如，你的僱主可以：

- 支付費用來為你登記加入一個健康保健計劃，
- 爲你自己投保的健保服務的費用作報銷，
- 替你繳付本市新的**健康三藩市(Healthy San Francisco)**計劃的費用，或
- 爲你的健保費用設立和維持一個報銷帳戶。

你被要求填寫這份自願免責表是因爲你的僱主就上述的法律規定申請豁免。如果你現在已有由其他僱主提供的醫療保險，無論是你的另外一個僱主或是你的配偶，同居伴侶或父母的僱主已提供醫療服務給你，你的僱主可以因爲這樣而申請豁免。爲了申請豁免，你的僱主必須要你每年簽署新的自願豁免表，所提供的任何資料都必須反映出已更新的內容。

即使你接受由其他僱主提供的健保服務，你仍有資格獲得這位僱主提供的健保服務。如果你簽署這份表格，你的僱主可以停止爲你或代表你繳付規定的健保費用。如果你想你的僱主向你提供健保服務，請不要簽署這份表格。如果你的僱主強迫或給你壓力簽署這份表格，均屬違法。

你有權在任何時候取消或撤銷這份自願豁免表。你的取消要求必須以書面形式提交。如果你撤銷這份豁免表，你的僱主會就要爲你或代表你繳付健保費用。

僱員姓名 _____ 要求免責表的僱主姓名: _____
僱員地址 _____ 僱主地址: _____
僱主的聯絡人: _____
僱主的電話號碼: _____

我在此證明我通過其他僱主或我的配偶，同居伴侶或父/母(親)並已接受以下列明的健保服務。

如果你接受由其他受僱的僱主提供的健保服務並且希望向上述僱主提供一份免責表，請在下面填寫資料：

提供健保服務的僱主姓名: _____ 爲你提供的保險類型:
 健康保險 (在下面列明提供者的名稱)
僱主地址: _____
僱主的聯絡人: _____ 三藩市全民醫療服務計劃/健康三藩市
僱主的電話號碼: _____ 報銷/直接繳付健保費用
 其他 (描述) _____

如果你接受由你父/母，配偶或同居伴侶的僱主提供的健保服務並且希望向上述僱主提供一份免責表，請在下面填寫資料：

爲你提供保險的人的姓名: _____ 爲你提供的保險類型:
 健康保險 (在下面列明提供者的名稱)
他/她與你的關係: _____
他/她的僱主姓名: _____ 三藩市全民醫療服務計劃/健康三藩市
他/她的僱主地址: _____ 報銷/直接繳付健保費用
僱主的聯絡人: _____ 其他 (描述) _____
僱主的電話號碼: _____

我在此豁免上述僱主爲我或代表我繳付健保費用的權利。

僱員的簽名

今天的日期

如果你對於三藩市健保條例下有關你僱主義務的任何疑問，
請致電 554-7892 或瀏覽 www.sfgov.org/olse/hcso。

以下部份僅供取消你已簽署並提交給你僱主的自願豁免表之用，否則不要填寫本欄。如果你希望豁免僱主爲你或代表你繳付健保費用的權利，請不要填寫以下部份。

撤銷自願豁免表

根據三藩市健保條例，我要求取消豁免僱主爲我或代表我繳付健保費用的權利。

僱員的簽名

今天的日期