FORMULARIO DE RENUNCIA VOLUNTARIA PARA LOS EMPLEADOS

A partir del 2008, la ley de San Francisco exige que su empleador pague sus gastos de atención médica. Un gasto de atención médica es la suma de dinero pagada por su empleador a usted o a un tercero con el fin de brindarle acceso a servicios de atención médica. Por ejemplo, su empleador puede:

- pagar su inscripción en un plan de seguro médico,
- reembolsarle los costos por servicios de atención médica que usted obtuvo,
- pagar a la Ciudad para que lo inscriba en el programa nuevo de *Healthy San Francisco*, o
- establezcer y mantener una cuenta de reembolso por sus gastos médicos.

Se le ha pedido que llene este Formulario de Renuncia Voluntaria porque su empleador esta solicitando ser excluido del requisito legal arriba mencionado. Su empleador podría ser excluido de este requisito si **usted** actualmente tiene seguro médico o recibe servicios de atención médica a través de otro empleador, ya sea por ser empleado o por ser el cónyuge, compañero(a) doméstico(a) o hijo(a) de una persona que trabaje para dicho empleador. Cada año, para que su empleador sea excluido de esta ley, deberá obtener un Formulario de Renuncia Voluntaria nuevo, llenado y firmado por usted, actualizado si fuera necesario, para reflejar cualquier cambio a la información suministrada el año anterior.

Si usted recibe servicios de atención médica a través de otro empleador, aun así tiene derecho de recibir servicios de atención médica de este empleador. Si firma este formulario, su empleador puede dejar de hacer los pagos obligatorios de atención médica a usted o en su nombre. Si quiere que su empleador le brinde acceso a los servicios de atención médica, no firme este formulario. Es contra la ley que su empleador lo obligue o presione a firmar este formulario.

Usted tiene derecho de cancelar o revocar esta renuncia voluntaria en cualquier momento. Si desea cancelar esta renuncia voluntaria, debe presentarla por escrito. Si cancela esta renuncia, su empleador estará obligado a hacer los pagos por servicios de atención médica a usted o en su nombre.

Nombre del empleado _____

Domicilio del empleado _____

Nombre del empleador que solicita la renuncia: _____

Domicilio del empleador: _____

Contacto del empleador: _____

Número de teléfono del empleador: _____

Por la presente, dejo constancia que recibo los servicios de atención médica a través de otro empleador, o mi cónyuge, compañero(a) domestico(a) o padres, según se indica a continuación:

Si recibe los servicios de atención médica a través de otro empleador y desea proporcionar una renuncia al empleador mencionado anteriormente, por favor complete lo siguiente:

Nombre del empleador que le da los servicios de atención médica:

_____

Domicilio del empleador: _____

Contacto del empleador: _____

Número de teléfono del empleador: _____

Tipo de cobertura provista:

□ seguro médico (*nombre de la aseguranza*)

_____

□ SF Health Access Program/*Healthy San Francisco* (Programa de Acceso a la Salud de San Francisco)

□ reembolso/ pago directo de sus gastos médicos

□ otro (*describa*) _____

Si recibe los servicios de atención médica a través del empleador de su padre/madre, cónyuge o compañero(a) doméstico(a) y desea proporcionar una renuncia al empleador mencionado anteriormente, por favor, complete lo siguiente:

Nombre de la persona que le extiende la cobertura:

_____

Parentesco: _____

Nombre del empleador _____

Domicilio del empleador de la persona que le brinda la cobertura:

_____

Contacto del empleador: _____

Número de teléfono del empleador: _____

Tipo de cobertura provista:

□ seguro medico (*nombre de la aseguranza)*

_____

□ SF Health Access Program/*Healthy San Francisco*
(Programa de Acceso a la Salud de San Francisco)

□ reembolso/ pago directo de sus gastos médicos

□ otro (*describa*) _____

Por la presente, renuncio al derecho de los pagos de atención médica descritos anteriormente, hechos a mí o en mi nombre por el empleador mencionado anteriormente.

_____ Firma del empleado

_____ Fecha de hoy

Si tiene preguntas sobre las obligaciones de su empleador establecidas por la Ordenanza de Seguridad de Atención Médica,
llame al 554-7892 o visite www.sfgov.org/olse/hcso.

Complete esta sección SOLAMENTE si desea revocar un Formulario de Renuncia Voluntaria que haya firmado y proporcionado a su empleador. *Si desea renunciar a su derecho de los pagos de atención médica pagados a usted o en su nombre por su empleador, NO complete la parte que sigue.*

REVOCACIÓN DE FORMULARIO DE RENUNCIA VOLUNTARIA

Yo no quiero renunciar al derecho de los pagos de atención médica pagados ya sea a mí o en mi nombre por mi empleador, según la Ordenanza de Seguridad de Atención Médica de San Francisco.

_____ Firma del empleado

_____ Fecha de hoy