



LEY DE RESPONSABILIDAD DE ATENCIÓN DE LA SALUD (“HCAO”)  
FORMULARIO DE RENUNCIA VOLUNTARIA DEL EMPLEADO

**EL EMPLEADOR DEBE LLENAR ESTA SECCIÓN.**

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_ Nombre de empleador que solicita la renuncia: \_\_\_\_\_  
Dirección del empleado: \_\_\_\_\_ Dirección del empleador: \_\_\_\_\_  
Teléfono del empleado: \_\_\_\_\_ Persona de contacto del empleador: \_\_\_\_\_  
Número telefónico del empleador: \_\_\_\_\_

**Plan(es) de Salud que cumple con HCAO que se ofrece a este empleado/a sin cargo de prima:**

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_  
Nombre y Año del Plan: \_\_\_\_\_

**EL EMPLEADO DEBE LLENAR ESTA SECCIÓN**

Conforme a la Ley de Responsabilidad de Atención a la Salud (HCAO) de San Francisco, su empleador está obligado a (1) ofrecerle un plan de seguro de salud que cumpla con los Estándares Mínimos de la HCAO (disponible en [sfgov.org/olse/hcao](http://sfgov.org/olse/hcao)) y que no requiera que aporte ninguna parte de la prima (denominado un “Plan de Salud que cumple con HCAO”); o (2) hacer pagos a la Ciudad; o (3) bajo circunstancias limitadas, hacerle los pagos directamente a usted.

Su empleador le ofrece el **Plan de Salud que cumple con HCAO** escrito arriba, por el cual usted no debe tener un cargo de prima por cobertura individual. Aun si usted tiene otro seguro de salud, su empleador está obligado a proporcionarle un seguro o hacer pagos para el cuidado de su salud.

Usted puede rechazar la oferta de beneficios médicos que su empleador le ofrece; sin embargo, un rechazo es válido solo si su empleador guarda este formulario firmado por usted, y usted verifica que está recibiendo cobertura de salud.

Este Formulario de Renuncia Voluntaria le permite renunciar a su derecho de recibir un Plan de Salud que cumple con HCAO de este empleador. Al firmar este formulario, usted libera a su empleador del requisito legal de proporcionarle un Plan de Salud que cumple con HCAO.

**No firme este formulario si usted desea que su empleador le proporcione el plan de salud arriba. Es ilegal que su empleador lo persuada, presione o fuerce a que usted firme este formulario.**

Esta renuncia voluntaria es válida durante un año a partir de la fecha de la firma.

*Si usted desea proporcionar una renuncia al empleador, por favor proporcione la siguiente información:*

Por medio de la presente certifico que:

- Voy a matricularme en otro plan de salud que me ofrece este empleador (aparte del plan mencionado arriba) **O**
- Ya tengo la siguiente cobertura de seguro de salud de una compañía o fuente diferente:

Por medio de la presente renuncio al derecho al Plan de Seguro que Cumple con HCAO ofrecido por el empleador mencionado.

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy

**Si tiene preguntas sobre las obligaciones de su empleador conforme a la Ley de Responsabilidad de Atención de la Salud, por favor llame al 554-7903 o visite [www.sfgov.org/olse/hcao](http://www.sfgov.org/olse/hcao). 需要中文幫助, 請電 554-7903.**