



**Ordenanza de Responsabilidad de la Atención Medica (HCAO)
PROGRAMA DE NORMAS DE CALIDAD (QSP) DEL SFO
EMPLEADOS CONOZCAN SUS DERECHOS - 1 DE JULIO DE 2023**

Este aviso está diseñado para informarle sobre sus derechos conforme a la Ordenanza de Responsabilidad de la Atención Medica (HCAO por sus siglas en inglés), Capítulo 12Q del Código Administrativo de San Francisco. La ordenanza HCAO exige que su empleador le proporcione beneficios de planes de salud familiar a los empleados cubiertos y sus dependientes, o que realice pagos en nombre de los empleados cubiertos al programa Opción de la Ciudad (City Option) del Departamento de Salud Pública. **Si usted trabaja para un empleador de QSP en SFO, es un empleado cubierto y su empleador debe elegir una de las siguientes opciones:**

1. **PROPORCIONARLE UN PLAN DE SALUD FAMILIAR CONFORME PARA USTED Y SUS DEPENDIENTES QUE CUMPLA CON LOS REQUISITOS DEL PLAN DE SALUD**
 - Su empleador no puede exigirle que contribuya con ninguna cantidad para las primas de la cobertura del plan de salud familiar.
 - La cobertura debe comenzar a más tardar el 21 de marzo de 2021 o, para los empleados contratados después de esa fecha, el primer día del mes que comienza después de 30 días desde el inicio del empleo.

2. **PAGUE \$10.30 POR HORA TRABAJADA A LA OPCION DE LA CIUDAD (CITY OPTION) PARA SU ATENCIÓN MEDICA**
 - Si su empleador no proporciona un plan de salud familiar que cumpla con los requisitos del plan de salud, su empleador debe pagar \$10.30 por hora por cada hora que trabaje (hasta 40 horas a la semana) a la City Option, un programa del Departamento de Salud Pública que le proporciona beneficios para la salud.

No existe un requisito de horas mínimas para que los empleados de los empleadores de QSP en SFO califiquen para estos beneficios de atención médica. Los empleadores pueden elegir cuál de las opciones anteriores utilizar para cumplir. La Oficina de las Normas Laborales (OLSE, por sus siglas en inglés) está encargada de hacer cumplir esta Ordenanza. Se le pedirá que firme este documento después de que haya revisado la siguiente información. No firme este documento a menos que comprenda completamente sus derechos bajo esta ley.

EXENCIOS DE COBERTURA

Ciertas categorías de empleados, incluidos, pero sin límite estudiantes, aprendices y empleados de los empleadores sujetos a los requisitos de Sueldo Prevaleciente, están exentos según la HCAO. Para obtener más información visite www.sfgov.org/olse/hcao o llame al (415) 554-7903.

RENUNCIA VOLUNTARIA DE COBERTURA

Los empleados pueden renunciar la cobertura médica ofrecida por un empleador si el empleado firma el formulario de renuncia voluntaria. Los empleados pueden revocar esta renuncia voluntaria en cualquier momento.

PROHIBIDAS LAS REPRESALIAS

Su empleador no puede tomar represalias contra usted o cualquier otro empleado por intentar saber más sobre la HCAO o por ejercer sus derechos conforme bajo la ley. Si usted cree que ha sido discriminado o han tomado represalias contra usted por preguntar o ejercer sus derechos bajo la HCAO, comuníquese a OLSE al (415) 554-7903 para presentar una queja ante la HCAO. Para o más información visite www.sfgov.org/olse/hcao o llame al (415) 554-7903.

No firme este documento a menos que comprenda completamente sus derechos bajo esta ley. Si tiene alguna pregunta sobre las responsabilidades de su empleador o sus derechos en virtud de esta Ordenanza, comuníquese a OLSE al (415) 554-7903 o visite <http://www.sfgov.org/olse/hcao> para obtener más información sobre esta ley.

Nombre del empleado

Fecha

Firma del empleado

**Para asistencia en Español, llame al (415) 554-7903 需要中文幫助, 請電(415) 554-7903
Para satulongsa Filipino, mangyaringtumawagsa (415)-554-7903**

NOTA: Para obtener más información sobre la Ordenanza de Responsabilidad de la Atención Medica o las Normas Mínimas, visite <http://www.sfgov.org/olse/hcao>.