

# LWO – SOLICITUD DE RENUNCIA DE BENEFICIOS PARA EL EMPLEADO

SE REQUIERE LA APROBACIÓN DE OCC

**Esta solicitud debería ser entregada por empleados junto con los documentos requeridos. APLICACIONES SIN DOCUMENTOS O INCOMPLETOS SERÁN DEVUELTOS.**

### PARA SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO:

1. Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
2. Domicilio: \_\_\_\_\_
3. Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_
4. ¿Está empleado por un subcontratista?  Sí  No Si es, indique el nombre del contratista principal: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN I: INFORMACIÓN DE RENUNCIA

Durante la duración de cualquier contrato con la ciudad de Los Ángeles que este sujeto a la Ordenanza del Sueldo Digno, los empleados que obran en el mismo contrato tienen derecho a los beneficios médicos si el empleador les ofrece.

### SECCIÓN II: INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIO

Al llenar éste formulario, tengo el entendido de lo siguiente (marque todas las casillas):

- Yo renuncio a los beneficios médicos de mi empleador, por cual podría incluir beneficios de salud, de la vista, de salud mental e ingreso por discapacidad.
- Si necesito los beneficios médicos en el futuro, solamente podré elegir el seguro durante el período de la inscripción abierta o en en caso que experimente un evento calificativo de cambio de vida.
- Entiendo que si la renuncia de beneficios es aprobada no requiere que mi empleador renuncie los beneficios médicos de la compañía para mí.
- No tengo derecho al salario por hora sin tener los beneficios médicos de acuerdo con la sección 10.37.2.**
- Soy elegible para los beneficios bajo otro plan de salud por cual mi cónyuge, pareja doméstica o uno de los padres es un(a) participante o abonado(a) y / o recibo beneficios de salud a través de un Programa de Seguro Federal de Medicare / Departamento de Asuntos de Veteranos.

### SECCIÓN III: DOCUMENTACIÓN

Tengo el plan de salud bajo:  Mi cónyuge(C)  Mi pareja doméstica(PD)  Uno de mis padres(P)  Departamento de Asuntos de Veteranos  Programa de Seguro Federal de Medicare

Por favor proporcione una fotocopia de su tarjeta de seguro y también de su C/PD/P y uno de los siguientes documentos para demostrar que está cubierto bajo el plan de su esposo(a), pareja doméstica, uno de sus padres, o Medicare / Departamento de Asuntos de Veteranos:

- Declaración del asegurador de C/PD/P's  Declaración de la empresa de C/PD/P's  Formulario de impuestos 1095-B  
 Carta de Evidencia de Cobertura de Medicare / Dept. Veteran Affairs  Otro \_\_\_\_\_

### SECCIÓN IV: FIRMA

Al firmar, el empleado certifica bajo pena de perjurio y bajo las leyes del estado de California que la información que presenta en ésta solicitud es verídica y correcta al mejor conocimiento del empleado.

\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA

**CUALQUIERA APROBACIÓN DE ÉSTA SOLICITUD EXIME SOLAMENTE AL EMPLEADO SUSODICHO DE LAS ESTIPULACIONES DE BENEFICIOS MÉDICOS DE LA LWO POR 12 MESES Y DURANTE EL RENDIMIENTO DE ÉSTE CONTRATO.**

### PARA LA OFICINA DE OCC:

Approved/Not Approved – Reason: \_\_\_\_\_

By Analyst: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_