

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.
- ☐ Entiendo que, si se aprueba, mi empleador debe proporcionar \$100 al mes a los empleados de tiempo completo y \$50 al mes a los empleados de medio tiempo 10.37.15(e)(1)(2). *Se considera tiempo completo si el empleado trabaja al menos 30 horas a la semana o 130 horas al mes. Se considera Medio Tiempo si el empleado trabaja menos de 30 horas semanales o menos de 130 horas mensuales.
- ☐ 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 Veteran

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: _____