

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. DOCUMENTOS INCOMPLETOS NO SERÁN ACEPTADOS.

PARA LLENARLO 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 el tiempo de cualquier contrato con la ciudad de Los Ángeles que es 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, vista, salud mental e ingreso por incapacidad.
- Si necesitaba los beneficios médicos en el futuro, solamente me podré elegir el seguro durante el período de la inscripción abierta o en el caso cuando sufro un acto que cambia la vida que me da derecho a calificar.
- Entiendo que la renuncia 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. Su empleador debería pagar un mínimo de \$11.27 por hora o \$11.68 por hora para aquellos que trabajan en el aeropuerto.**
- Estoy 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).

SECCIÓN III: DOCUMENTACIÓN

Tengo el plan de salud bajo: Mi cónyuge Mi pareja doméstica Uno de mis padres

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

- Declaración del asegurador de S/DP/P's Declaración de la empresa de S/DP/P's 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: _____