



# Ciudad de Houston Programa "Pay or Play" (POP) Solicitud de Exención del Empleado



Solo se aceptarán formularios originales y notarizados.

Principal: \_\_\_\_\_ Subcontratista: \_\_\_\_\_ No. de proveedor: \_\_\_\_\_

No. de contrato y descripción: \_\_\_\_\_ Departamento de Contratación: \_\_\_\_\_

Por el presente documento, presentamos esta solicitud de exención para empleados del programa POP para el empleado se indicado a continuación. Se ofrecieron al empleado beneficios de salud de acuerdo con el programa POP y la Orden Ejecutiva 1-7. En este momento, el empleado en cuestión ha optado por no aceptar los beneficios de salud ofrecidos por el motivo indicado a continuación. A continuación, se adjunta la declaración jurada notarizada del empleado para su consideración.

\_\_\_\_\_  
Representante del empleador principal/subcontratista

\_\_\_\_\_  
Firma y fecha

### DECLARACIÓN JURADA DEL EMPLEADO

El empleado debe completar TODAS las partes de esta sección

Por el presente documento, yo, \_\_\_\_\_, solicito la exención de la póliza del programa "Pay or Play" por el siguiente motivo: **(Marcar la casilla correspondiente)**.

- Soy menor de 18 años.
- Tengo otra cobertura de salud (por ejemplo, a través del cónyuge/padres; adjuntar prueba).
- Tengo cobertura a través de Medicare/Medicaid (adjuntar prueba).
- Rechacé la cobertura porque \_\_\_\_\_.

El costo de los beneficios de salud ofrecidos fue:

1. Mi contribución **(empleado)** \$\_\_\_\_\_ por mes.
2. Contribución del empleador **(Contratista)** \$\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del empleado

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado y fecha

### Notario Público

Estado de \_\_\_\_\_, Condado de \_\_\_\_\_.

Ante mí, Notario Público, compareció en el día de la fecha \_\_\_\_\_, persona de mi conocimiento (o que me ha demostrado bajo juramento de \_\_\_\_\_, ser la persona cuyo nombre aparece en el documento anterior), y ratificó haber firmado dicho documento a los fines y con las contraprestaciones allí expresados.

En fe de lo cual firmo y estampo mi sello oficial el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notario Público, Estado de Texas o en \_\_\_\_\_ (su Estado)

Mi mandato finaliza el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

**Ciudad de Houston –Para uso exclusivo de la Oficina de Oportunidades de Negocios (OBO)**

**Acción:** [ ] Aprobada [ ] Desaprobada

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra imprenta: \_\_\_\_\_