Modelo SC 1338
CC 1300-07-09
12 de noviembre de 2008

**Anejo 4**

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

_____
Organismo Gubernamental

# CERTIFICACIÓN DE RELEVO

Yo, _____, mayor de edad, _____,
Nombre Seguro Social

beneficiario del programa de Medicare y vecino de _____, Puerto Rico,

certifico que la Oficina de Recursos Humanos de _____,
Nombre de la Agencia

me orientó sobre los beneficios de la cubierta regular del plan de salud, contratado por el Secretario de Hacienda, a la cual tengo derecho. No obstante lo anterior, he decidido no aceptar dicho plan.

Esta decisión la he tomado libre y voluntariamente, y sin coacción, intimidación o incentivo alguno.

Además, reconozco que si deseo un plan complementario a Medicare o programa advantage tendré la responsabilidad de seleccionar dicho seguro en forma privada y pagar el total de la prima correspondiente al mismo, por lo que renuncio a mi derecho de utilizar la aportación patronal que ofrece mi patrono. Por lo tanto, relevo de toda responsabilidad a la referida Unidad de Personal.

En _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de _____.

_____ _____
Testigo Firma
(Si la persona no puede leer y escribir)

Nota: Se preparará en original y copia, el original lo entregará a la Oficina de Recursos Humanos de su agencia y conservará la copia.

Conservación: Seis años o una intervención del Contralor, lo que ocurra primero.