

SMC 14.28 Voluntary Healthcare Expenditure (EXP) Waiver

این فورم ممکن است به کارمندی ارائه شود که پیشنهاد استخدام کننده را برای هزینه‌های ماهانه مراقبت‌های صحتی مورد نیاز تحت عنوان بهبود دسترسی به مراقبت‌های صحتی برای کارکنان هتل، SMC 14.28 (Seattle Municipal Code) را رد نموده است. کارمندی که تمایل به معافیت دارند باید این فورم را به طور کامل مطالعه کنند تا مشخص شود که آیا واجد شرایط معافیت هستند یا خیر.

استخدام کننده گان و کارمندی که در مورد این فورم سوال دارند می توانند با Office of Labor Standards (OLS)، دفتر استاندارد های کار (از طریق شماره 206-256-5297 تماس بگیرند یا از وب سایت OLS از طریق این آدرس <http://www.seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections> مراجعه کنند.

بخش A. معلومات برای استخدام کننده گان
استخدام کننده گان باید قبل از ارائه فورم به کارمند، این را بررسی و تکمیل کنند.

برای معتبر بودن، تمام شرایط مورد نیاز توسط SMC 14.28 و Seattle Human Rights Rule 190-250 باید رعایت شوند. این شامل موارد ذیل میباشد اما محدود به آن نمیباشد:

- یک کارمند برای امضای معافیت یا صرف نظر نباید تحت فشار قرار گیرد.
- یک استخدام کننده نباید پیشنهاد کند یا تأکید کند که کارمند ملزم به امضا باشد.
- این فورم معافیت باید بطور کامل تکمیل گردد.
- امکان دارد که فورم معافیت به هیچ صورت تغییر نکند.
- این فورم باید به زبان اصلی کارمند ارائه شود. این فورم به زبان های دیگر در وب سایت Office of Labor Standards کار موجود است.

پلان استخدام کننده برای تامین هزینه های مراقبت های صحتی برای:
نام کارمند (نام و تخلص): _____

| مبلغ ماهانه | نوع هزینه | Y/N |
|-------------|---|-----|
| | پرداخت (ها) به بیمه تداوی تحت حمایت استخدام کننده | |
| | پرداخت (ها) به حساب پس انداز صحتی | |
| | پرداخت به حساب بازپرداخت صحتی | |
| | پرداخت بخاطر حساب هزینه قابل انعطاف | |
| | دیگر (مشخص سازید): | |
| | پرداخت عاید معمولی | |

تماس با استخدام کننده: برای کارمندی که سوالات مرتبط به هزینه های مراقبت های صحتی دارند

| | |
|--|----------------------------|
| | نام استخدام کننده |
| | آدرس استخدام کننده |
| | شخص ارتباطی استخدام کننده: |
| | ایمیل و شماره تماس |



بخش B. معلومات برای کارمندان در مورد حقوق آنها
کارمندان باید این را با دقت بخوانند.

نام کارمند (نام و تخلص): _____

قانون سیاتل این استخدام کننده را ملزم می کند که هزینه های ماهانه مراقبت های صحتی را برای شما یا از طرف شما انجام دهد. هزینه مراقبت های صحتی مبلغی است که توسط استخدام کننده شما برای دسترسی شما به خدمات مراقبت های صحتی پرداخت میگردد. بطور مثال، استخدام کننده شما میتواند:

- برای ثبت نام شما در یک برنامه بیمه صحتی پرداخت نماید.
- پرداخت ها را به حساب پس انداز صحتی یا حساب بازپرداخت صحتی برای شما انجام دهد و یا
- پرداخت های درآمد معمولی را به شما انجام دهد.

استخدام کننده شما ممکن است انتخاب کند که کدام راه را برای انجام تعهدات قانونی خود انتخاب کند. مبلغی که استخدام کننده می پردازد بسته به اندازه خانواده شما تفاوت دارد. مبالغ فعلی در وب سایت OLS لیست شده است.

تحت شرایط خاص، فرض می شود که استخدام کننده شما هزینه های مراقبت های صحتی خود برای شما را برآورده کرده است، حتی اگر استخدام کننده هیچ گونه پرداختی به شما یا از طرف شما انجام نداده باشد. برای اینکه این اتفاق بیفتد، موارد زیر باید درست باشند:

این مقدار تعیین شده دالر هر سال تغییر می کند و قبل از 1 جولای قابل دسترس میباشد. این مقدار را میتوانید در وب سایت دفتر معیارات کار (Office of Labor Standards) دریابید. برای معلوم نمودن مقدار فعلی به آدرس seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections/improving-access-to-medical-care-for-hotel-employees-ordinance مراجعه کنید یا QR کد ذیل را اسکن کنید. اگر استخدام کننده شما از شما بخواهد که بیش از این مبلغ بپردازید، استخدام کننده شما باید تمام هزینه های مراقبت های صحتی را که به شما قرضدار است را تامین کند و شما نمی توانید از حقوق خود در قبال حمایت های قانونی چشم پوشی نمایید.



1. پلان استخدام کننده برای پرداخت هزینه، مبلغ قرض به شما را به طور کامل برآورده میسازد.

2. پلان استخدام کننده برای دسترسی به هزینه های مراقبت های صحتی (مانند پرداخت حق بیمه برای بیمه صحتی) شما را ملزم به پرداخت بیش از مقدار تعیین شده به دالر (در زیر نشان داده شده) نمی سازد.

3. شما داوطلبانه تمام یا بخشی از پلان استخدام کننده برای پرداخت را رد می کنید.

4. شما این معافیت رضاکارانه را امضا می کنید.

استخدام کننده باید این بخش را پر کند:

برای سال _____ ، مبلغ تعیین شده دالر _____ در هر ماه میباشد.
(سال جاری) (20% از مبلغ هزینه ماهانه تعدیل شده)
برای کارمندی که همسر، شریک خانگی یا افراد تحت تکفل ندارد)

چه زمانی این اتفاق خواهد افتاد؟ به طور معمول، این زمان اتفاق می افتد اگر استخدام کننده شما قصد دارد با پرداخت هزینه برای ثبت نام شما در یک برنامه بیمه صحی، به تعهدات خود عمل کند.

اگر یکی یا همه روش های انتخابی استخدام کننده برای پرداخت هزینه را رد کنید، استخدام کننده شما می تواند با امضای این معافیت از حق خود برای دریافت این هزینه ها صرف نظر کند.

اگر این فورم را امضا کنید، به این استخدام کننده می گوئید که می تواند هزینه های اجباری مراقبت های صحی را برای شما یا از طرف شما انجام ندهد. معافیت فقط برای یک سال مناسب است. یک استخدام کننده باید هر سال یک فورم اپدیت شده دریافت کند که بخواهید از حقوق خود صرف نظر کنید.

همچنین می توانید در هر دوره ثبت نام آزاد سالانه یا به دلیل رویدادی که شما را واجد شرایط پوشش صحی این استخدام کننده می کند، معافیت داوطلبانه را لغو کنید. این لغو باید به صورت کتبی صورت گیرد. زبان نمونه ای که می توانید استفاده کنید در وب سایت OLS موجود است.

اگر امضا نکنید اما به کاهش تمام یا بخشی از هزینه های مراقبت های صحی ادامه دهید، استخدام کننده شما مجبور نیست برای شما هزینه های مراقبت های استخدام کننده را انجام دهد. اگر امضا نمی کنید، اما به کاهش تمام یا بخشی از هزینه های مراقبت های استخدام کننده ادامه نمی دهید، استخدام کننده شما باید هزینه مراقبت های صحی را برای شما انجام دهد.



معافیت دلخواه کارمند
فقط در صورتی امضا کنید که بخواهید از حقوق خود انصراف دهید.

نام کارمند (نام و تخلص): _____

با امضا کردن در پایین، من با مجازات شهادت دروغ طبق قوانین ایالت واشنگتن صحت موارد زیر را تأیید می‌کنم:

- من معلومات فوق را در مورد حقوق خود تحت قانون خوانده و درک نموده ام.
- من تمام یا بخشی از هزینه های مراقبت های صحتی را که استخدام کننده برای من انتخاب کرده است، که در قسمت A این فرم ذکر شده است، رد می‌کنم.
- من می‌خواهم از حق خود برای دریافت هزینه های مراقبت های صحتی از این استخدام کننده صرف نظر نمایم.
- من می‌دانم که این معافیت برای یک سال مناسب است.
- می‌دانم که ممکن است بطور کتبی معافیت را لغو کنم.
- اگر سؤالی داشته باشم، ممکن است با شخص ارتباطی استخدام کننده که در قسمت A این فرم ذکر شده است تماس بگیرم.

| | | |
|--|---------------------|------------|
| | | نام کارمند |
| | | امضا |
| | موقعیت (شهر، ایالت) | تاریخ |