

## SMC 14.28 Voluntary Healthcare Expenditure (EXP) Waiver

دا فورمه هغه کارمند ته ورکول کېدی شي چا چې د هوټل کارمندانو لپاره طبي پاملرنې ته د غوره لاسرسي لاندې د کارگومارونکي لخوا د اړین میاشتنی روغتیا پاملرنې لگښت رد کړی وي، SMC 14.28. هغه کارمندان چې غواړي لاس په سر شي باید دا فورمه په بشپړ ډول ولولي ترڅو مشخص شي چې آیا هغوی د لاس په سر کېدو مستحق دي.

د دې فورمې سره تړاو لرونکي کارگومارونکي او کارمندان کولی شي په 206-256-5297 شمېره د Office of Labor Standards (OLS) د کاري معیارونو دفتر (سره اړیکه ونیسي یا د OLS ویب سایټ <http://www.seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections> ته ورشي.

برخه A. د کارگومارونکو لپاره معلومات  
کارگومارونکي کارمند ته د فورمې ورکولو څخه مخکې باید دا بیاکتنه او مکمل کړي.

د دې لپاره چې اعتبار ولري، د SMC 14.28 او Seattle Human Rights Rule 190-250 لخوا اړین ټول شرایط باید پوره شي. پدې کې د محدودیت پرته شامل دي:

- په کارمند باید د ابراء لیک لپاره فشار وانه چول شي.
- کارگومارونکي باید وړاندیز یا څرگندونه ونکړي چې کارمند باید اړ وي لاسلیک وکړي.
- د ابراء لیک فورمه باید په بشپړ ډول تکمیل شي.
- د ابراء لیک فورمه کې باید په هیڅ ډول بدلون رانه ورل شي.
- دا فورمه باید کارمند ته د هغه لومړنۍ ژبه کې ورکړل شي. دا فورمه د Office of Labor Standards ویب سایټ کې په نورو ژبو کې شتون لري.

د رضایت وړ روغتیا پاملرنې لگښت لپاره د کارگومارونکي پلان لپاره د:

د کارمند نوم (نوم او تخلص):

Y/N	د لگښت نوع	میاشتنی مقدار
	د کارگومارونکي لخوا سپانسر شوي روغتیایي بیمې ته تادیات	
	د روغتیا سپما حساب ته تادیات	
	د روغتیا د لگښت جبران کولو حساب ته تادیات	
	د انعطافي مصرف حساب ته تادیه	
	نور (مشخص یې کړئ):	
	د عادي عاید تادیات	

د کارگومارونکي اړیکې: د روغتیا پاملرنې لگښتونو پورې اړوند پوښتنو په موخه د کارمندانو لپاره

د کارگومارونکي نوم	
د کارگومارونکي پته	
د کارگومارونکي د اړیکې فرد	
د اړیکې بریښنالیک او تلیفون	



برخه B. د کارمندانو لپاره د هغوی د حقونو په اړه معلومات  
کارمندان باید دا په دقت سره ولولي.

د کارمند نوم (نوم او تخلص):

د سیټل د قانون له مخې دا کارگومارونکی اړ دی چې تاسې ته یا ستاسې په استازیتوب د روغتیا پاملرنې میاشتني لگښتونو وکړي. د روغتیا پاملرنې لگښت یو مقدار پیسې دي چې ستاسې د کارگومارونکي لخوا د روغتیا پاملرنې خدمتونو ته ستاسې د لاسرسي لپاره تادیه کيږي. د مثال په توګه، ستاسې کارگومارونکی کولی شي:

- د روغتیا بیمې پروګرام کې ستاسې داخلولو لپاره تادیات وکړي؛
- ستاسې لپاره د روغتیا سپما حساب یا د روغتیا لگښتونو جبران کولو حساب ته تادیات وکړي؛ او/یا
- تاسې ته د عادي عاید تادیات وکړي.

ستاسې کارگومارونکی کولی شي انتخاب وکړي چې په کومه طریقه (طریقو) خپل قانوني مکلفیتونه پوره کړي. کوم مقدار پیسې چې یو کارگومارونکی تادیه کوي هغه ستاسې د کورنۍ د اندازې په پام کې نیولو سره مختلف کیدی شي. اوسني مقدارونه د OLS ویب سایټ کې ورکړل شوي دي.

په ځینې شرایطو کې، به داسې ګڼل کيږي چې ستاسې کارگومارونکي ستاسې لپاره خپل د روغتیا پاملرنې لگښت مکلفیت پوره کړی دی حتی که څه هم کارگومارونکی تاسې ته یا ستاسې په استازیتوب هیڅ کوم تادیات نه وي کړي. د دې لپاره چې داسې وشي، دا لاندې موارد باید موجود وي:

<p>د ډالرو دغه معین مقدار هر کال بدلون کوي او د جولای تر 1 نېټې مخکې را پیدا کېږي. دغه مقدار د د کاریکرو دفتر معیارونو (Office of Labor Standards) په وېبسایټ کې په نورو ژبو کې شته دی. د وروستي مقدار پیدا کولو لپاره <a href="https://seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections/improving-access-to-medical-care-for-hotel-employees-ordinance">seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections/improving-access-to-medical-care-for-hotel-employees-ordinance</a> لینک ته مراجعه وکړئ یا QR کوډ سکن کړئ. که موګومارونکی تر دغه مقدار ډېره اداینه غواړي، موګومارونکی مو باید تاسو ته د روغتیا پاملرنې بشپړ لگښتونه چمتو کړي او تاسو د قانون محافظتونو ته خپل حقونه نشي معاف کولی.</p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. د لگښت تادیه کولو لپاره د کارگومارونکي پلان په بشپړ ډول تاسې ته پوروري مقدار مکلفیت بشپړ کړی وي.</li> <li>2. د گومارونکي پلان له تاسو نه غواړي چې له یو د ډالرو تر یوه معین مقدار (لاندې ښودل شوی) زیات پیسې ورکړئ تر څو د روغتیا پاملرنې لگښتونو (لکه د روغتیا بیمې لپاره بیمې حق پیسو) ته لاسرسي وموئ.</li> <li>3. تاسې د تادیه لپاره په خپله خوښه د کارگومارونکي ټول پلان یا یوه برخه یې رد کړئ.</li> <li>4. داسې په خپله خوښه دا ابراء لیک لاسلیک کړئ.</li> </ol>
---	---	---

هغه گومارونکی چې دغه برخه بشپړوي:

د \_\_\_\_\_ کالیز کال لپاره هره میاشت د ډالرو معین مقدار \_\_\_\_\_ دی.  
(اوسنی کال) (د تعدیل شوي میاشتني لگښت 20%)  
د داسې کارکوونکي لپاره چې مېړه/مېرمن، کورنۍ ملګری یا انحصاري کسان ونه لري.)

دا به کله پېښ شي؟ عموماً دا هغه مهال پېښېږي کله چې ستاسې کارگومارونکي د روغتيا بيمې پروگرام کې ستاسې داخلولو لپاره د تادياتو کولو په واسطه پلان لري خپل مکلفيتونه پوره کړي.

که تاسې د لگښت تاديه کولو په تړاو ستاسې د کارمند ځيني يا ټولي انتخاب کړي طريقي رد کړئ، ستاسې کارگومارونکي کولی شي غوښتنه وکړي چې د دې ابراء ليک په لاسليک کولو سره تاسې د دې لگښتونو تر لاسه کولو لپاره د خپلو حقونو څخه لاس په سر شئ.

که تاسې دا فورمه لاسليک کړئ، تاسې دې کارگومارونکي ته وايي چې کولی شي تاسې ته يا ستاسې په استازيتوب د روغتيا پاملرني اجباري لگښتونو تاديه کول بند کړي. ابراء ليک يوازې د يو کال لپاره اعتبار لري. کارگومارونکي بايد هر کال تازه فورمه تر لاسه کړي چې تاسې غواړئ د خپلو حقونو څخه تير شئ.

تاسې همدارنگه کولی شئ داوطلب ابراء ليک د کلني پرانيستي داخلي د مودې پرمهال لغو (رد) کړئ يا د کومي داسې پېښې له امله چې د دې کارگومارونکي لخوا د روغتيا پوښښ لپاره تاسې مستحق گرځوي. دا رد کول بايد په ليکلي بڼه وي. د ادبياتو بيلگه چې تاسې يې کارولی شئ د OLS ويب سايت کې شتون لري.

که تاسې لاسليک ونکړئ مگر د روغتيا پاملرني ټولو لگښتونو يا يوې برخې ردولو ته دوام ورکړئ، ستاسې کارگومارونکي اړ ندي ستاسې لپاره د روغتيا پاملرني لگښت ورکړي. که تاسې لاسليک ونکړئ مگر د روغتيا پاملرني ټولو لگښتونو يا يوې برخې ردولو ته دوام ورکړئ، ستاسې کارگومارونکي بايد ستاسې لپاره د روغتيا پاملرني لگښت ورکړي.



د کارمند په خپله خوښه ابراء لیک  
پوښی په هغه صورت کې یې لاسلیک کړی که تاسې غواړئ د خپلو حقونو څخه تیر شئ.

د کارمند نوم (نوم او تخلص):

لاندې په لاسلیک کولو سره، زه د واشنګټن ایالت د قوانینو لاندې د دروغو شهادت مجازاتو لاندې تصدیق کوم چې لاندې بیان  
رښتیا دی:

- ما د قانون لاندې زما د حقونو په اړه پورته ورکړل شوي معلومات لوستلي او ورباندې پوهیږم.
- زه د روغتیا پاملرنې ټول یا یوه برخه لگښتونه چې زما کارگومارونکي زما لپاره غوره کړي ردوم، کوم چې د دې فورمې برخه A کې ورکړل شوي دي.
- زه غواړم د دې کارگومارونکي څخه زما د روغتیا پاملرنې لگښتونو ترلاسه کولو حق څخه تیر شم.
- زه پوهیږم چې دا ابراء لیک د یوه کال لپاره اعتبار لري.
- زه پوهیږم چې زه کولی شم په لیکلې توګه دا ابراء لغو کړم.
- که زه پوښتنې ولرم، زه کولی شم د دې فورمې په برخه A کې ورکړل شوي د کارگومارونکي د اړیکې فرد سره اړیکه نیسم.

		د کارمند نوم
		لاسلیک
	موقعیت (ښار، ایالت)	نیټه