



SMC 14.28 Voluntary Ordinance (ORD) Waiver

برخی از کارکنان ممکن است از حقوق خود برای هزینه های مراقبت های صحت تحت عنوان بهبود دسترسی به مراقبت های صحت برای کارکنان هتل، SMC 14.28 (SMC) Seattle Municipal Code (کود شاروالی سیاتل) (SMC) 14.28) صرف نظر کنند. کارمندانی که مایل به انصراف هستند باید این فرم را به طور کامل مطالعه کنند تا مشخص شود که آیا واجد شرایط انصراف هستند یا خیر.

استخدام کننده گان و کارمندانی که در مورد این فرم 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 کارمندان

استخدام کننده گان باید قبل از ارائه فرم به کارمند، این را بررسی و تکمیل کنند.

برای معتبر بودن، تمام شرایط معافیت مورد نیاز توسط SMC 14.28 و Seattle Human Rights Rule 190-220 باید رعایت شود. این شامل موارد ذیل میباشد اما محدود به آن نمیشود:

- فقط کارمندانی که از یک منبع دیگر پوشش صحت دارند می توانند از پوشش انصراف دهند.
- یک کارمند برای امضای معافیت یا صرف نظر نباید تحت فشار قرار گیرد.
- یک استخدام کننده نباید پیشنهاد کند یا تأکید کند که کارمند باید امضا کند.
- این فرم معافیت باید بطور کامل تکمیل گردد.
- امکان دارد که فرم معافیت به هیچ صورت تغییر نکند.
- این فرم باید به زبان اصلی کارمند ارائه شود. این فرم به زبان های دیگر در وب سایت Office of Labor Standards کار موجود است.

پلان استخدام کننده برای تامین هزینه های مراقبت های صحت 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 صحت	
	پرداخت به حساب بازپرداخت صحت	
	پرداخت بخاطر حساب هزینه قابل انعطاف	
	دیگر (مشخص سازید):	
	پرداخت عاید معمولی	

تماس با استخدام کننده: برای کارمندانی که سوالات مرتبط به هزینه های مراقبت های صحت 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.

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 می گردد. بطور مثال، استخدام کننده شما میتواند:

- برای ثبت نام شما در یک پروگرام 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 انتخاب می 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.

قانون این استخدام کننده را ملزم می کند که حتی اگر از منبع دیگری پوشش صحتی دارید، هزینه های مراقبت های صحتی را انجام دهد. اما، استخدام کننده شما میتواند از شما درخواست کند که در صورت دریافت پوشش صحتی از منبع دیگری، از حق خود برای دریافت این هزینه ها انصراف دهید. شما مجبور به موافقت نیستید.

اگر امضا کنید، به استخدام کننده خود می گوئید که از منبع دیگری پوشش سلامت دارید و اینکه استخدام کننده می تواند هزینه های اجباری مراقبت های صحتی را برای شما یا از طرف شما انجام ندهد. معافیت فقط برای یک سال مناسب است. یک استخدام کننده باید هر سال یک فرم اپدیت شده معافیت از حقوق شما را دریافت کند.

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

انصراف دلخواه کارمند

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

با امضا کردن در پایین، من با اطلاع از مجازات شهادت دروغ طبق قوانین ایالت واشنگتن صحیح بودن موارد زیر را تأیید می کنم:

- من معلومات فوق را در مورد حقوق خود تحت قانون خوانده و درک نموده ام.
- من پوشش کم مصرف و با کیفیت بالا را از منبع دیگری که در زیر مشخص کرده ام دریافت مینمایم.
- من می خواهم از حق خود برای دریافت هزینه های مراقبت های صحتی از این استخدام کننده صرف نظر نمایم.
- من می دانم که این معافیت برای یک سال مناسب است.
- می دانم که می توانم بطور کتبی معافیت را لغو کنم.
- اگر سوالی داشته باشم، ممکن است با شخص ارتباطی استخدام کننده که در قسمت A این فرم ذکر شده است تماس بگیرم.

نام کارمند	نام	من بیمه میگیرم از:	نام منبع
امضا			
تاریخ	سال/روز/ماه	موقعیت	شهر، ایالت