



### የ SMC 14.28 የፍቃደኝነት የጤና እንክብካቤ ወጪ ማስተላለፍ - Voluntary Healthcare Expenditure (EXP) Waiver

ይህ ቅጽ ለሆቴል ሰራተኞች የሕክምና እንክብካቤ ማሻሻል ሲያትል ማዘጋጃ ቤት ኮድ (Seattle Municipal Code (SMC)) 14.28 የአሠራራውን ወርሃዊ የጤና እንክብካቤ ወጪ ማቅረቡን ላልተቀበለ ሠራተኛ ሊቀርብ ይችላል ። ለመተው የሚፈልጉ ሰራተኞች ለመተው ብቁ መሆን አለመሆናቸውን ለማወቅ ይህንን ቅጽ በደንብ ማንበብ አለባቸው።

ስለዚህ ቅጽ ጥያቄ ያላቸው አሰሪዎች እና ሰራተኞች የ ሠራተኛ ደረጃዎች ጽ/ቤት (Office of Labor Standards (OLS)) በ 206-256-5297 ማነጋገር ወይም የ OLS ን ድህረ-ገጽ <http://www.seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections> ይጎብኙ።

### ክፍል ሀ መረጃ ለአሰሪዎች

አሰሪዎች ቅጹን ለሠራተኛው ከማቅረባቸው በፊት ይህንን መመሪያ እና ማጠናቀቅ አለባቸው።

ትክክል ለመሆን፣ በ SMC 14.28 እና በሲያትል የሰብአዊ መብት ደንብ (Seattle Human Rights Rule) 190-250 የሚጠየቁ ሁሉም ሁኔታዎች መሟላት አለባቸው። ይህ የሚከተሉትን ያጠቃልላል፡ ነገር ግን በዚህ አይገደብም፡-

- አንድ ሰራተኛ የማስወገድ መብቱን ለመፈረም ጫና ላይኖርበት ይችላል።
- አሰሪ ሰራተኛው መፈረም እንዳለበት ላይመክር ወይም ላይጠቁም ይችላል።
- የማስወገድ ቅጽ ሙሉ በሙሉ መጠናቀቅ አለበት።
- የማስወገድ ቅጽ በማንኛውም መንገድ ሊቀየር አይችልም።
- ይህ ቅጽ ለሰራተኛው በመጀመሪያ ቋንቋቸው መሰጠት አለበት። ይህ ቅጽ በ Office of Labor Standards ድህረ-ገጽ በሌሎች ቋንቋዎች ይገኛል።

የሰራተኛ ጤና አጠባበቅን ለማርካት የአሰሪ ዕቅድ ወጪ ለ- \_\_\_\_\_  
(የሰራተኛ የመጀመሪያ ስም እና የመጨረሻ ስም)

| አይ/አዎ | የወጪ ዓይነት                         | ወርሃዊ መጠን |
|-------|----------------------------------|----------|
|       | በአሰሪ-ስፖንሰር ለሚደረግ የጤና መድን ክፍያ(ዎች) |          |
|       | ለጤና ቁጠባ ሂሳብ ክፍያ(ዎች)              |          |
|       | ለጤና ወጪ ማካካሻ ሂሳብ ክፍያ(ዎች)          |          |
|       | ለተለዋዋጭ የወጪ ሂሳብ ክፍያ               |          |
|       | ሌላ (ይግለጹ)፡-                      |          |
|       | የመደበኛ ገቢ ክፍያዎች                   |          |

### የአሰሪ እውቂያ፡- ከጤና እንክብካቤ ወጪዎች ጋር የተያያዙ ጥያቄዎች ላላቸው ሰራተኞች

|               |  |
|---------------|--|
| የአሰሪ ስም       |  |
| የአሰሪ አድራሻ     |  |
| የአሰሪ ተጠሪ ግለሰብ |  |
| ኢ.ሜይል እና ስልክ  |  |

**ክፍል ለ) ለሰራተኞች ስለመብታቸው መረጃ ሰራተኞች ይህንን በጥንቃቄ ማንበብ አለባቸው።**


የሰራተኛ ስም (የመጀመሪያ እና የመጨረሻ ስም)፡- \_\_\_\_\_

የሲያትል ሕግ ይህ አሰሪ ለአርስዎ ወይም እርስዎን ወክሎ ወርሃዊ የጤና ወጪዎችን እንዲያደርግ ይጠይቃል። የጤና እንክብካቤ ወጪ የጤና እንክብካቤ አገልግሎቶችን እንዲያገኙ በአሠሪዎ የሚከፈለው ገንዘብ ነው። ለምሳሌ፣ አሰሪዎ የሚከተሉትን ይችላል፡-

- ለጤና መድሃኒት ፕሮግራም እንዲመዘገቡ ክፍያዎችን መፈጸም፤
- በጤና ቁጠባ ሂሳብ ወይም በጤና ማካካሻ ሂሳብዎ ክፍያዎችን መክፈል፤ እና/ወይም
- የመደበኛ ገቢ ክፍያዎች ለአርስዎ መፈጸም።

አሰሪዎ ህጋዊ ግዴታቸውን ለመወጣት መንገድ(ዶች) ሊመርጥ ይችላል። አሰሪ የሚከፈለው መጠን እንደ ቤተሰብዎ ብዛት ይለያያል። የአሁኑ የገንዘብ መጠኖች በ OLS ድህረ-ገጽ ላይ ተዘርዝረዋል።

በተወሰኑ ሁኔታዎች ውስጥ አሰሪዎ ለአርስዎ ወይም በአርስዎ ቦታ ምንም አይነት ክፍያዎች ካልፈጸመ አሰሪዎ የጤና እንክብካቤ ወጪውን እንዳይከፈልዎት ይቆጠራል። ይህ እንዲሆን፣ የሚከተሉት እውነት መሆን አለባቸው፡-

|  |   |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. የአሰሪውን ወጭ የመክፈል ዕቅድ ለአርስዎ የሚገባዎትን መጠን ሙሉ በሙሉ ይፈጽማል።</li> <li>2. የጤና ወጪዎችን ለማግኘት (ለምሳሌ፣ ለጤና መድን የሚከፈሉ ፕሮግራም ክፍያዎች) የአሠሪው ዕቅድ ከተወሰነ ዶላር መጠን በላይ (ከታች የሚታየው) እንዲከፍሉ አይጠይቅም።</li> <li>3. ሙሉውን ወይም ከፊሉን የአሰሪውን የመክፈል እቅድ በፈቃደኝነት ተቃውመዋል።</li> <li>4. ይህንን በፈቃደኝነት የማስወገድ መብትን ይፈርማሉ።</li> </ol> | <p>ይህ የተወሰነ የዶላር መጠን በየዓመቱ የሚለዋወጥ ሲሆን ከጁላይ 1 በፊት ይገኛል። መጠኑ በሠራተኛ ደረጃዎች ቢሮ ( Office of Labor Standards) ድረ ገጽ ላይ ሊገኝ ይችላል። <a href="http://seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections/improve-access-to-medical-care-for-hotel-employees-ordinance">seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections/improve-access-to-medical-care-for-hotel-employees-ordinance</a> ይጎብኙ ወይም የአሁኑን መጠን ለማግኘት ከታች ያለውን የQR ኮድ ስካን ያድርጉ። ቀጣሪዎ ከዚህ መጠን በላይ እንዲከፍሉ ከፈለጉ፣ ለአርስዎ ያለዎትን ሙሉ የጤና ጥበቃ ወጪ መስጠት ያለበት ሲሆን የሕግ ጥበቃ መብቶችዎን መተው አይችሉም።</p>  |
|--|---|

**ይህ ክፍል በቀጣሪ የሚሞላ ነው፡-**

ለ \_\_\_\_\_ የካላንደር ዓመት፣ የተወሰነው የዶላር መጠን በወር \_\_\_\_\_ ነው።  
 (የአሁኑ ዓመት) (የተስተካከለው ወራዊ ወጪ መጠን)

20%  
 የትዳር ጓደኛ፣ የቤት ውስጥ አጋር ወይም ጥገኞች ለሌለው ሠራተኛ የወጪ መጠን)



ይህ መቼ ነው የሚሆነው? በተለምዶ፣ አሰሪዎ በጤና መድን ፕሮግራም ውስጥ እርስዎን ለማስመዝገብ ክፍያዎችን በመፈጸም ግዴታውን ለመወጣት ከወሰነ ይህ ይሆናል።

የአሰሪዎን የወጪ መክፈያ ዘዴን ማንኛውንም ወይም ሁሉንም ውድቅ ካደረጉ፣ አሰሪዎ ይህንን በማስፈረም እነዚህን ወጪዎች የማግኘት መብትዎን እንዲተዉ መጠየቅ ይችላል።

ይህንን ቅጽ ከፈረሙ፣ ይህንን አሰሪ አስገዳጅ የጤና ወጪዎችን ለእርስዎ ወይም በእርስዎ ቦታ ማውጣትን ሊያቆም እንደሚችል እየነገሩት ነው። የማስወገድ መብቱ ለአንድ አመት ብቻ ነው። መብቶችዎን ለመተው ለፈለጉበት ለእያንዳንዱ ዓመት አንድ አሰሪ ወቅታዊ ቅጽ ማግኘት አለበት።

እንዲሁም በማንኛውም ዓመታዊ ክፍት ምዝገባ ወቅት ወይም በዚህ አሰሪ የጤና መድን ሽፋን ለማግኘት ብቁ በሚሆኑበት ማንኛውም ጊዜ በፈቃደኝነት የማስወገድ መብትን መሻር (መሰረዝ) ይችላሉ። ይህ ስረዛ በጽሁፍ መሆን አለበት። በ OLS ድህረ-ገጽ ላይ መጠቀም የሚችሉት የናሙና ቋንቋ ይገኛል።

ካልተመዘገቡ ግን ሁሉንም ወይም ከፊል የጤና ወጪውን ውድቅ ማድረጉን ከቀጠሉ፣ አሰሪዎ የጤና እንክብካቤ ወጪ ማድረግ አይጠበቅበትም።

ካልተመዘገቡ ግን ሁሉንም ወይም ከፊል የጤና ወጪውን ውድቅ ማድረጉን ካልቀጠሉ፣ አሰሪዎ የጤና እንክብካቤ ወጪ ማድረግ ይጠበቅበታል።



**ፈቃደኛ የሰራተኛ የማስወገድ መብት**

መብትዎን መተው ከፈለጉ ብቻ ይፈርሙ።

የሰራተኛ ስም (የመጀመሪያ እና የመጨረሻ ስም)፡- \_\_\_\_\_

ከዚህ በታች በመፈረም፣ በዋሽንግተን ግዛት ህግ የሚከተለው እውነት መሆኑን አረጋግጣለሁ።

- በሕገ መሠረት ስላለው መብቴ ከዚህ በላይ ያለውን መረጃ አንብቤ ተረድቻለሁ።
- አሰሪዬ በዚህ ቅፅ ክፍል ሀ ውስጥ የተዘረዘሩትን ለእኔ የመረጠውን የጤና እንክብካቤ ወጪ በሙሉ ወይም በከፊል ትቻለሁ።
- ከዚህ አሰሪዬ የጤና እንክብካቤ ወጪዎችን የማግኘት መብቴን ለመተው እፈልጋለሁ።
- የማስወገድ መብቴ ለአንድ አመት እንደሆነ ተረድቻለሁ።
- የማስወገድ መብቴን በጽሑፍ መሰረዝ እንደምችል አውቃለሁ።
- ጥያቄዎች ካሉኝ፣ በዚህ ቅጽ ክፍል ሀ የተጠቀሰውን የአሰሪ ተጠሪ ግለሰብ ማነጋገር እችላለሁ።

|           |  |               |  |
|-----------|--|---------------|--|
| የተቀጣሪው ስም |  |               |  |
| ፊርማ       |  |               |  |
| ቀን        |  | ቦታ (ከተማ፣ ግዛት) |  |