Seattle Office of Labor Standards

SMC 14.28 स्वास्थ्य सेवा खर्च दाबी नगर्नेसम्बन्धी स्वेच्छिक सहमति (EXP)

यो फारम होटेलका कर्मचारीहरूको स्वास्थ्य सेवामा पहुँच बढाउने सम्बन्धी सियाटलको नगर संहिता , (SMC) 14.28 अनुसार रोजगारदाताले कर्मचारीको स्वास्थ्य स्याहारका लागि महिनावारी रूपमा खर्च गर्न आवश्यक पर्ने प्रावधानअन्तर्गत रोजगारदाताको प्रस्ताव अस्वीकार गर्ने कर्मचारीलाई प्रदान गर्न सकिन्छ। यो प्रावधानबाट बाहिरिन चाहने कर्मचारीहरूले आफू स्वास्थ्य सेवा खर्चसम्बन्धी दाबी फिर्ता लिनका लागि लागि योग्य छु कि छैन भन्ने कुरा निर्धारण गर्न यो फारम राम्रोसँग पढ्नु पर्ने हुन्छ।

यो फारमका सम्बन्धमा जिज्ञासा भएका रोजगारदाता तथा कर्मचारीहरूले श्रम मापदण्ड कार्यालय (OLS) मा 206-256-5297 मा सम्पर्क गर्न सक्नु हुन्छ वा OLS को वेबसाइट http://www.seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections हेर्न सक्नु हुन्छ।

भाग क. रोजगारदाताहरूका लागि जानकारी

रोजगारदाताहरूले कर्मचारीलाई फारम वितरण गर्नुभन्दा पहिले यो जानकारीको समीक्षा गर्नुका साथै यसलाई भर्नु पर्ने हुन्छ।

यो फारम मान्य हुनका लागि SMC 14.28 तथा सियाटलको मानव अधिकारसम्बन्धी नियम 190-250 पूरा गर्नु पर्ने हुन्छ। यसमा निम्न कुराहरू समावेश छन्, तर यतिमै सीमित छैन:

- कुनै पनि कर्मचारीलाई यो सहमतिमा हस्ताक्षर गर्न बाध्य पारिनु हुँदैन।
- रोजगारदाताले कर्मचारीलाई हस्ताक्षर गर्नु अनिवार्य छ भन्ने हिसाबले सल्लाह दिन वा इङ्गित गर्नु हुँदैन।
- स्वास्थ्य सेवा खर्च दाबी नगर्नेसम्बन्धी यो फारम पूरा रूपमा भरिनु पर्छ।
- यो सहमतिको फारम कुनै पनि तरिकाले हेरफेर गर्नु हुँदैन।
- यो फारम कर्मचारीलाई उनीहरूको प्राथमिक भाषामा उपलब्ध गराउनु पर्छ। यो फारम श्रम मापदण्ड कार्यालयको वेबसाइटमा अन्य भाषाहरूमा उपलब्ध रहेको छ।

रोजगारदाताले स्वास्थ्य सेवा खर्चसम्बन्धी मापदण्ड पूरा गर्ने योजना बनाएको कर्मचारी: ____________________

(कर्मचारीको नाम, थर)

हो/होइन	खर्चको प्रकार	मासिक रकम
	रोजगारदाताले स्पोन्सर गर्ने स्वास्थ्य बीमाका लागि भुक्तानी	
	स्वास्थ्यसम्बन्धी बचत खाताका लागि भुक्तानी	
	स्वास्थ्यसम्बन्धी क्षतिपूर्तिका लागि भुक्तानी	
	सहज खर्च खाताका लागि भुक्तानी	
	अन्य (खुलाउनुहोस्):	
	साधारण आय भुक्तानी	

रोजगारदाताको सम्पर्क विवरण: स्वास्थ्य सेवा खर्चसँग सम्बन्धित प्रश्न भएका कर्मचारीहरूका लागि

रोजगारदाताको नाम	
रोजगारदाताको ठेगाना	
रोजगारदाताको सम्पर्क व्यक्ति	
सम्पर्क इमेल तथा फोन नं.	

भाग ख. कर्मचारीका अधिकारका बारेमा जानकारी

कर्मचारीहरूले यो जानकारी ध्यानपूर्वक पढ्नु पर्छ।

कर्मचारीको नाम (नाम र थर):____

सियाटलको कानुनअनुसार यो रोजगारदाताले तपाईंका लागि वा तपाईंको तर्फबाट मासिक रूपमा स्वास्थ्य सेवाका लागि खर्च गर्नु पर्ने हुन्छ। स्वास्थ्य सेवा खर्च भनेको तपाईंले स्वास्थ्य सेवामा पहुँच प्राप्त गर्नुहोस् भनेर तपाईंको रोजगारदाताले भुक्तानी गर्ने रकम हो। उदाहरणका लागि, तपाईंको रोजगारदाताले निम्न कार्य गर्न सक्छन्:

- तपाईंलाई कुनै स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सामेल गराउनका लागि भुक्तानी गरिदिने।
- तपाईंको स्वास्थ्य बचत खाता वा स्वास्थ्य क्षतिपूर्ति खातामा भुक्तानी गरिदिने; र/वा
- तपाईंलाई साधारण आय भुक्तानी गर्ने।

तपाईंको रोजगारदाताले आफ्नो दायित्व कुन तरिका(हरू) अपनाएर पूरा गर्ने भन्ने कुरा रोज्न सक्छन्। रोजगारदाताले भुक्तानी गर्ने रकम तपाईंको परिवारमा कति जना सदस्य छन् भन्ने कुरामा निर्भर रहन्छ। हालको प्रावधानअनुसार भुक्तानी गर्नु पर्ने रकम OLS को वेबसाइटमा उल्लेख गरिएको छ।

निश्चित अवस्थामा, <u>रोजगारदाताले तपाईंलाई वा तपाईंको तर्फबाट कति पनि रकम भुक्तानी नगर्दा पनि</u> तपाईंको रोजगारदाताले तपाईंका लागि स्वास्थ्य सेवा खर्च व्यहोर्नु पर्ने दायित्व पूरा गरेको ठहर्छ। यसका लागि निम्न मापदण्ड पूरा भएको हुनु पर्छ:

1. तपाईंले रोजगारदातालाई तिर्नु पर्ने रकम र तपाईंलाई स्वास्थ्य खर्च भुक्तानी गर्ने रोजगारदाताको योजनाअनुसारको रकम बराबर भएमा। 2. तपाईंले रोजगारदाताको योजनाअन्तर्गत स्वास्थ्य सेवा खर्च (उदाहरणका लागि, स्वास्थ्य बीमाको ि पिर्मयमको भुक्तानी) पाउन **िनिश्चत डलर रकम** (तल देखाइएको छ) भन्दा बढी भुक्तानी गर्नु अनिवार्य छैन। 3. तपाईंले रोजगारदाताको भुक्तानी गर्ने पूरै वा आंशिक योजना स्वेच्छिक रूपमा अस्वीकार गरेमा। 4. तपाईंले स्वास्थ्य सेवा खर्च दाबी नगर्नेसम्बन्धी यो स्वेच्छिक सहमतिमा हस्ताक्षर गरेमा।	यो **निश्चित डलर रकम** प्रत्येक वर्ष परिवर्तन हुन्छ र जुलाई 1 अघि नै उपलब्ध गराइन्छ। यो रकमको विवरण श्रम मापदण्ड कार्यालय (Office of Labor Standards) को वेबसाइटमा उपलब्ध छ। हालको रकम हेर्न <u>seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections/ improving-access-to-medical-care-for-hotel-employees-ordinance</u> मा जानुहोस् वा तल दिइएको QR कोड स्क्यान गर्नुहोस्। तपाईंका रोजगारदाताले योभन्दा बढी रकम तिर्न लगाउनुभयो भने तपाईंको रोजगारदाताले तपाईंलाई स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्दा लागेको पूरा खर्च दिनु पर्छ र तपाईंले कानुनले प्रदान गर्ने सुरक्षा पाउने आफ्नो अधिकार त्याग्न पाउनुहुन्न।

यो खण्ड रोजगारदाताले भर्नु पर्छ:

सन् __________ का लागि **निश्चित डलर रकम** प्रति महिना __________ तोकिएको छ।

(हालको वर्ष)

(जीवनसाथी, घरेलु पार्टनर वा आश्रितहरू नभएको कर्मचारीका हकमा समायोजित मासिक खर्च रकमको 20%)

Seattle Office of Labor Standards

यो कहिले हुने छ? सामान्यतया, तपाईंको रोजगारदाताले तपाईंलाई बीमा कार्यक्रममा सामेल गराउन भुक्तानी गरेर आफ्नो दायित्व पूरा गर्ने योजना बनाएका खण्डमा यो हुने छ।

तपाईंले आफ्नो रोजगारदाताले खर्च भुक्तानी गर्न रोजेको कुनै वा सबै विधि अस्वीकार गर्नुभयो भने तपाईंको रोजगारदाताल तपाईंलाई यो सहमतिमा हस्ताक्षरगरेर यी स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी खर्च दाबी गर्ने आफ्नो अधिकार फिर्ता लिन अनुरोध गर्न सक्नु हुन्छ।

तपाईंले यो फारममा हस्ताक्षर गर्नुभयो भने तपाईं यो रोजगारदातालाई आफूलाई वा आफ्नो तर्फबाट अनिवार्य रूपमा भुक्तानी गर्नु पर्ने स्वास्थ्य सेवा खर्च भुक्तानी गर्न रोक्न सक्नु हुन्छ भनेर बताउनु हुन्छ। यो सहमति एक वर्षका लागि मात्र लागू हुन्छ। रोजगारदाताले हरेक वर्ष तपाईं आफ्नो अधिकार प्रयोग गर्न चाहनुहुन्न भन्ने कुरा खुलाउने फारम अनिवाय रूपमा प्राप्त गर्नु पर्छ।

तपाईं वार्षिक भर्ना खुला भएको जुनसुकै समयमा आफूले स्वेच्छिक रूपमा स्वास्थ्य सेवा खर्च दाबी नगर्ने भनेर गर्नुभएको सहमति खारेज (रद्द) पनि गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईं यो रोजगारदाताबाट स्वास्थ्य कभरेज प्राप्त गर्न योग्य हुने कुनै अवस्था सिर्जना भएमा पनि यो सहमति खारेज गर्न सक्नु हुन्छ। तपाईंले सहमति रद्द गर्दा लिखित रूपमा गर्नु पर्ने हुन्छ। त्यसका लागि तपाईंले प्रयोग गर्न सक्ने भाषाको नमुना OLS को वेबसाइटमा उपलब्ध छ।

तपाईंले यो फारममा हस्ताक्षर गर्नु भएन तर तपाईं स्वास्थ्य सेवा खर्चको सबै रकम वा केही रकम लिन अस्वीकार गरिराख्नु हुन्छ भने तपाईंको रोजगारदाताले तपाईंका निम्ति स्वास्थ्य सेवा खर्च व्यहोर्नु आवश्यक पर्दैन।

तपाईंले यो फारममा हस्ताक्षर गर्नुभएन तर तपाईंले स्वास्थ्य सेवा खर्चको सबै रकम वा केही रकम लिन अस्वीकार गर्न छाड्नुभयो भने तपाईंको रोजगारदाताले अनिवार्य रूपमा तपाईंका निम्ति स्वास्थ्य सेवा खर्च व्यहोर्नु पर्ने हुन्छ।

कर्मचारीले स्वेच्छिक रूपमा दाबी फिर्ता लिने सम्बन्धमा
तपाईं आफूले प्राप्त गर्ने अधिकार त्याग्न चाहनुहुन्छ भने मात्र हस्ताक्षर गर्नुहोस्।

कर्मचारीको नाम (नाम र थर): ____

तल हस्ताक्षर गरेर, म वासिंगटन राज्यको कानुनअन्तर्गत रहेर तल उल्लेखित जानकारी सत्य हो र गलत सावित भएमा कानुनअनुसार दण्ड भोग्न तयार छु भन्ने कुरा पुष्टि गर्छु:

- मैले कानुनअनुसार मैले प्राप्त गर्ने अधिकारका बारेमा माथि उल्लिखित जानकारी पढेको छु र बुझेको छु।
- म मेरो रोजगारदाताले मेरा निम्ति रोजेको स्वास्थ्य सेवा खर्चको पूरै रकम वा केही रकम प्राप्त गर्न अस्वीकार गर्दछु। मैले अस्वीकार गर्ने सेवा यो फारमको भाग 'क' मा सूचीबद्ध गरिएको छ।
- म रोजगारदाताबाट स्वास्थ्य सेवा खर्च प्राप्त गर्ने आफ्नो अधिकार त्याग गर्न चाहन्छु।
- स्वास्थ्य सेवा खर्चसम्बन्धी दाबी फिर्ता लिने यो सहमति एक वर्षसम्म लागू हुन्छ भन्ने कुरा मैले बुझेको छु।
- म यो सहमति लिखित रूपमा रद्द गर्न सक्छु भन्ने कुरा मैले बुझेको छु।
- मसँग कुनै जिज्ञासा भएमा म यो फारमको भाग 'क' मा उल्लिखित रोजगारदाताको सम्पर्क व्यक्तिलाई सम्पर्क गर्न सक्छु।

कर्मचारीको नाम			
हस्ताक्षर			
मिति		ठेगाना (सहर, राज्य)	

रोजगारदाता तथा कर्मचारीले यो कागजातको प्रतिलिपि सुरक्षित राख्नु पर्छ।

संस्करण: 06/2024