

## SMC 14.28 Voluntary Ordinance (ORD) Waiver

ممکن است برخی کارمندان از حقوق خود در مورد مخارج مراقبت‌های سلامت تحت «بهبود دسترسی به مراقبت‌های پزشکی برای کارکنان هتل»، SMC 14.28 (آیین‌نامه شهرداری سیاتل) چشم‌پوشی کنند. کارمندانی که مایل به چشم‌پوشی از حق خود هستند باید این فرم را به‌طور کامل مطالعه کنند تا مشخص شود که آیا واجد شرایط چشم‌پوشی از حق هستند یا خیر.

کارفرمایان و کارمندانی که درباره این فرم سؤال دارند می‌توانند از طریق شماره تلفن 206-256-5297 با Office of Labor Standards (اداره استانداردهای نیروی کار، به‌اختصار OLS) تماس بگیرند یا به وبسایت OLS به نشانی <http://www.seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections> مراجعه کنند.

### بخش الف. اطلاعات برای کارفرمایان

کارفرمایان باید قبل از ارائه فرم به کارمند مورد نظر، این قسمت را بررسی و تکمیل کنند.

معتبر بودن این فرم منوط به آن است که تمامی شروط الزامی چشم‌پوشی از حقوق در SMC 14.28 و Seattle Human Rights Rule 190-220 برآورده شود. این موارد شامل، اما نه محدود به، موارد زیر است:

- فقط کارمندانی که از منبع دیگری پوشش بیمه سلامت دارند می‌توانند از حق پوشش بیمه چشم‌پوشی کنند.
- کارمند نباید برای امضای این فرم چشم‌پوشی از حق تحت فشار قرار بگیرد.
- کارفرما نباید به کارمند پیشنهاد دهد یا تلویحاً بگوید که کارمند باید فرم را امضا کند.
- فرم چشم‌پوشی از حق باید به‌طور کامل پر شود.
- فرم چشم‌پوشی از حق به هیچ نحو نباید تغییر داده شود.
- این فرم باید به زبان اولیه کارمند به او ارائه شود. این فرم به زبان‌های دیگر در وبسایت Office of Labor Standards موجود است.

برنامه کارفرما جهت برآورده کردن مخارج مراقبت‌های سلامت برای: نام و نام خانوادگی کارمند

بله/خیر	نوع مخارج	مبلغ ماهیانه
	پرداخت (ها) برای بیمه سلامت تحت حمایت کارفرما	
	پرداخت (ها) برای حساب پس‌انداز سلامت	
	پرداخت‌ها برای حساب بازپرداخت هزینه‌های سلامت	
	پرداخت برای حساب مخارج انعطاف‌پذیر	
	سایر موارد: [مشخص کنید]	
	پرداخت همراه با درآمد عادی	

رابط کارفرما: برای کارمندانی که سؤالاتی درباره مخارج مراقبت‌های سلامت دارند

نام کارفرما	
نشانی کارفرما	
شخص رابط کارفرما	
ایمیل و شماره تلفن رابط	

## بخش ب. اطلاعات برای کارمندان درباره حقوق آنها کارمندان باید این قسمت را بهدقت مطالعه کنند.

قانون سیاتل این کارفرما را ملزم می‌کند که مخارج ماهیانه مراقبت‌های سلامت شما را به خودتان یا از سوی شما پرداخت کند. پرداختی مراقبت‌های سلامت مبلغی است که کارفرمای شما پرداخت می‌کند تا دسترسی به خدمات مراقبت‌های سلامت برای شما فراهم شود. مثلاً، کارفرمای شما می‌تواند:

- هزینه‌های ثبت‌نام شما در برنامه بیمه سلامت را پرداخت کند؛
- هزینه‌های حساب پس‌انداز سلامت یا حساب بازپرداخت هزینه‌های سلامت را برای شما پرداخت کند؛ و/یا
- پرداختی‌ها را همراه با درآمد عادی به شما پرداخت کند.

کارفرمای شما شیوه‌(های) عمل به تعهد قانونی‌اش را انتخاب می‌کند. میزان پرداختی کارفرما به شما بسته به اندازه خانوارتان متغیر است. مبالغ فعلی در وبسایت OLS ذکر شده است.

قانون این کارفرما را ملزم می‌کند مخارج مراقبت‌های سلامت شما را تأمین کند، حتی اگر از منبع دیگری پوشش بیمه سلامت داشته باشید. اما اگر در حال حاضر از منبع دیگری پوشش بیمه سلامت داشته باشید، کارفرمای شما می‌تواند از شما بخواهد که با امضای این فرم چشمپوشی، از حق خود برای دریافت این مخارج چشمپوشی کنید. مجبور نیستید موافقت کنید.

اگر امضا کنید، به کارفرمای خود می‌گویید که از منبع دیگری پوشش بیمه سلامت دارید و کارفرما می‌تواند پرداخت اجباری مخارج مراقبت‌های سلامت به شما یا از سوی شما را قطع کند. این فرم چشمپوشی از حقوق به‌مدت یک سال معتبر است. کارفرما باید هر سال فرم به‌روزشده‌ای را دریافت کند که نشان می‌دهد شما می‌خواهید از حقوق خود چشمپوشی کنید.

همچنین، می‌توانید در هر دوره ثبت‌نام آزاد سالانه یا به‌دلیل رویدادی که شما را واجد شرایط پوشش سلامت توسط این کارفرما می‌کند، این چشمپوشی داوطلبانه از حقوق خود را فسخ (لغو) کنید. این لغو باید به‌صورت کتبی باشد. زبان نمونه‌ای که می‌توانید استفاده کنید در وبسایت OLS موجود است.

## چشمپوشی داوطلبانه کارمند از حقوق فقط در صورتی امضا کنید که می‌خواهید از حقوق خود چشمپوشی کنید.

اینجانب با امضا کردن قسمت زیر، مقید به مجازات شهادت دروغ تحت قوانین ایالت واشنگتن، گواهی می‌دهم که موارد زیر درست است:

- من اطلاعات فوق درمورد حقوق قانونی خود را مطالعه و درک کرده‌ام.
- پوشش سلامت در دسترس و ارزان و با کیفیت بالا را از منبع دیگری که در زیر مشخص کرده‌ام دریافت می‌کنم.
- می‌خواهم از حق خود برای دریافت مخارج مراقبت‌های سلامت از این کارفرما چشمپوشی کنم.
- می‌دانم که این فرم چشمپوشی از حقوق به‌مدت یک سال معتبر است.
- می‌دانم که می‌توانم این چشمپوشی از حقوق را به‌صورت کتبی لغو کنم.
- اگر سؤالی داشته باشم، می‌توانم با شخص رابط کارفرما که نامش در «بخش الف» این فرم ذکر شده است تماس بگیرم.

نام کارمند	نام و نام خانوادگی	من بیمه‌شده اینجا هستم:	نام منبع
امضا			
تاریخ	سال/روز/ماه	مکان	شهر، ایالت