

SMC 14.28 Voluntary Healthcare Expenditure (EXP) Waiver (စေတနာအလျောက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအသုံးစရိတ်) စွန့်လွှတ်ခြင်း - 2022

Improving Access to Medical Care for Hotel Employees (ဟိုတယ်ဝန်ထမ်းများအတွက် ဆေးဝါးစောင့်ရှောက်မှု ရယူခွင့် တိုးမြှင့်ခြင်း) Seattle Municipal Code (SMC, Seattle မြူနီစီပယ် စည်းမျဉ်းအစု) 14.28 အရ လစဉ်လိုအပ်သော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအသုံးစရိတ်အတွက် အလုပ်ရှင်၏ကမ်းလှမ်းချက်ကို ငြင်းဆိုထားသည့် ဝန်ထမ်းအား ဤဖောင်ပုံစံကို ပံ့ပိုးပေးနိုင်ပါသည်။ စွန့်လွှတ်လိုသောဝန်ထမ်းများသည် ဤဖောင်ကို စေ့စေ့စပ်စပ် ဖတ်ရှု၍ စံနှုန်းပြည့်မီခြင်း ရှိမရှိ ဆုံးဖြတ်ရန် လိုအပ်ပါသည်။

ဤဖောင်နှင့်ပတ်သက်သည့်မေးခွန်းများရှိသည့် အလုပ်ရှင်များနှင့် အလုပ်သမားများသည် Office of Labor Standards (OLS, အလုပ်သမားစံနှုန်းများရုံး) 206-256-5297 သို့ ဆက်သွယ်နိုင်သည်။ သို့မဟုတ် OLS ဝဘ်ဆိုက်တွင် <http://www.seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections> သို့ ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုနိုင်ပါသည်။

အပိုင်း (က)။ အလုပ်ရှင်များအတွက် အချက်အလက် အလုပ်ရှင်များသည် ဝန်ထမ်းတစ်ဦးအား ဖောင်မပေးမီ ဤအချက်အလက်များအား ပြန်လည်သုံးသပ်ပြီး ဖြည့်စွက်သင့်သည်။

တရားဝင်ရန်၊ SMC 14.28 နှင့် Seattle Human Rights Rule (Seattle လူ့အခွင့်အရေးစည်းမျဉ်း) 190-250 တို့မှ လိုအပ်သော အခြေအနေများအားလုံးကို ဖြည့်ဆည်းပေးရမည်ဖြစ်သည်။ ၎င်းတွင် အောက်ပါအချက်များ ပါဝင်သော်လည်း၊ ကန့်သတ်ထားခြင်းမရှိပါ-

- စွန့်လွှတ်မှုလက်မှတ်ထိုးရန် ဝန်ထမ်းအား ဖိအားမပေးပါ။
- အလုပ်ရှင်သည် ဝန်ထမ်းအား လက်မှတ်ထိုးရန် လိုအပ်ကြောင်း အကြံပြုခြင်း သို့မဟုတ် အဓိပ္ပာယ်ဖွင့်ဆိုခြင်းမပြုရ။
- စွန့်လွှတ်မှုပုံစံကို အပြည့်အဝ ဖြည့်စွက်ရပါမည်။
- စွန့်လွှတ်မှုဖောင်ပုံစံကို မည်သည့်နည်းဖြင့်မျှ ပြောင်းလဲမည်မဟုတ်ပါ။
- ဤဖောင်ကို ဝန်ထမ်းအား ၎င်းတို့၏ မိခင်ဘာသာစကားဖြင့် ပေးဆောင်ရပါမည်။ ဤဖောင်ပုံစံကို Office of Labor Standards ဝဘ်ဆိုက်တွင် အခြားဘာသာစကားများဖြင့် ရနိုင်ပါသည်။

ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအသုံးစရိတ်ကို ကျေနပ်စေရန်အတွက် အလုပ်ရှင်၏ အစီအစဉ်မှာ- _____ (ဝန်ထမ်းအမည်နှင့် နောက်ဆုံးအမည်)

| ဟုတ်/မဟုတ် | အသုံးစရိတ်အမျိုးအစား | လစဉ်ငွေပမာဏ |
|------------|---|-------------|
| | အလုပ်ရှင်က ပံ့ပိုးပေးသော ကျန်းမာရေးအာမခံအတွက် ပေးချေမှု(များ) | |
| | ကျန်းမာရေး ငွေစုအကောင့်သို့ ငွေပေးချေမှု | |
| | ကျန်းမာရေးပြန်အမ်းငွေအကောင့်အတွက် ငွေပေးချေမှုများ | |
| | ပြောင်းလွယ်ပြင်လွယ်အသုံးစရိတ်အကောင့်အတွက် ငွေပေးချေမှု | |
| | အခြား (ဖော်ပြပါ)- | |
| | ပုံမှန် ဝင်ငွေ ပေးချေမှုများ | |

အလုပ်ရှင်အား ဆက်သွယ်ရန်- ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အသုံးစရိတ်များနှင့် ပတ်သက်သည့် မေးခွန်းများရှိသည့် ဝန်ထမ်းများအတွက်

| | |
|--|--|
| အလုပ်ရှင်အမည် | |
| အလုပ်ရှင်လိပ်စာ | |
| အလုပ်ရှင်ကိုယ်စား ဆက်သွယ်ရန် ပုဂ္ဂိုလ် | |
| ဆက်သွယ်ရန် အီးမေးလ်နှင့် ဖုန်း | |



**အပိုင်း (ခ)။ ဝန်ထမ်းများအတွက် ၎င်းတို့၏အခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ အချက်အလက်
အောက်ပါ အချက်အလက်များကို ဝန်ထမ်းများ သေချာဖတ်ရှုသင့်ပါသည်။**

(ဝန်ထမ်းအမည်နှင့် နောက်ဆုံးအမည်)- _____

Seattle ဥပဒေအရ ဤအလုပ်ရှင်သည် သင့်အတွက် သို့မဟုတ် သင့်ကိုယ်စား လစဉ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အသုံးစရိတ်များကို ပြုလုပ်ရန် လိုအပ်သည်။ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအသုံးစရိတ်သည် သင့်အား ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဝန်ဆောင်မှုများသို့ ဝင်ရောက်ခွင့်ပေးရန် သင့်အလုပ်ရှင်က ပေးဆောင်သောငွေပမာဏဖြစ်သည်။ ဥပမာအားဖြင့်၊ သင့်အလုပ်ရှင်သည်-

- ကျန်းမာရေးအာမခံအစီအစဉ်တွင် သင့်အား စာရင်းသွင်းရန် ငွေပေးချေမှုများ ပြုလုပ်နိုင်သည်
- သင့်အတွက် ကျန်းမာရေးငွေစုအကောင့် သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးပြန်အမ်းငွေအကောင့်သို့ ငွေပေးချေမှုများ ပြုလုပ်နိုင်သည်။ /သို့မဟုတ်
- သင့်အတွက် သာမန်ဝင်ငွေပေးချေမှုများ ပြုလုပ်နိုင်သည်။

သင့်အလုပ်ရှင်သည် ၎င်းတို့၏ တရားဝင်ဝတ္တရားများကို ပြည့်မီရန် နည်းလမ်း(များ)ကို ရွေးချယ်နိုင်မည်။ သင့်အိမ်ထောင်စု၏ အရွယ်အစားပေါ်မူတည်၍ အလုပ်ရှင်က ပေးဆောင်သော ပမာဏ ကွဲပြားသည်။ လက်ရှိပမာဏများကို OLS ဝဘ်ဆိုက်တွင် ဖော်ပြထားပါသည်။

အချို့သောအခြေအနေများတွင်၊ အလုပ်ရှင်သည် သင့်ကိုယ်စား သို့မဟုတ် သင့်ကိုယ်စား ပေးချေမှုတစ်စုံတစ်ရာမပြုလုပ်ခဲ့လျှင်ပင် သင့်အတွက် ၎င်း၏ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအသုံးစရိတ်က ကျေနပ်စရာကောင်းသည်ဟု မှတ်ယူမည်ဖြစ်သည်။ ဤကဲ့သို့ ဖြစ်လာရန်အတွက်၊ အောက်ပါအချက်များက မှန်ကန်ရပါမည်။

1. အလုပ်ရှင်၏ အသုံးစရိတ်ကို ပေးဆောင်ရန် အစီအစဉ်သည် သင့်အား ကြွေးတင်သည့်ပမာဏကို အပြည့်အဝ ကျေနပ်စေမည်ဖြစ်သည်။
2. အဆိုပါအစီအစဉ်တွင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအသုံးစရိတ်များ (ဥပမာ- အလုပ်ရှင်ကမကထပြုသော ကျန်းမာရေးအာမခံအတွက် ပရီမီယံငွေပေးချေမှုများ) ရရှိရန် သင့်အား တစ်လလျှင် \$91.80 (2022) ထက်ပိုပေးရန် မလိုအပ်ပါ။
3. ပေးချေရန် အလုပ်ရှင်၏ အစီအစဉ်အားလုံး သို့မဟုတ် တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းကို သင်ဆန္ဒအလျောက် ငြင်းပယ်ပါသည်။
4. သင်သည် ဤဆန္ဒအလျောက် စွန့်လွှတ်ကြောင်း လက်မှတ်ရေးထိုးပါ။

ဘယ်အချိန်မှာ ဒီလိုဖြစ်မလဲ။ ပုံမှန်အားဖြင့်၊ သင့်အလုပ်ရှင်သည် သင့်အား ကျန်းမာရေးအာမခံအစီအစဉ်တွင် စာရင်းသွင်းရန် ငွေပေးချေခြင်းဖြင့် ၎င်း၏တာဝန်များကို ပြည့်မီရန် စီစဉ်ပါက ဖြစ်ပေါ်လာမည်ဖြစ်သည်။

အကယ်၍ သင်သည် သင့်အလုပ်ရှင်၏ ရွေးချယ်ထားသော အသုံးစရိတ်ပေးချေမှုနည်းလမ်း တစ်ခုခု သို့မဟုတ် အားလုံးကို ငြင်းပယ်ပါက၊ သင့်အလုပ်ရှင်သည် ဤစွန့်လွှတ်မှုကို လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းဖြင့် ဤအသုံးစရိတ်များကို လက်ခံရရှိရန် သင့်အခွင့်အရေးကို စွန့်လွှတ်ရန် တောင်းဆိုနိုင်သည်။

ဤဖောင်ကို လက်မှတ်ရေးထိုးပါက၊ သင်သည် သင့်အတွက် သို့မဟုတ် သင့်ကိုယ်စားမဖြစ်မနေလိုအပ်သော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအသုံးစရိတ်များပြုလုပ်ခြင်းကို ရပ်တန့်နိုင်သည်ဟု ဤအလုပ်ရှင်အား သင်ပြောနေခြင်းဖြစ်ပါသည်။ စွန့်လွှတ်ခြင်းသည် တစ်နှစ်သာ ကောင်းပါသည်။ အလုပ်ရှင်တစ်ဦးသည် သင့်အခွင့်အရေးများကို စွန့်လွှတ်လိုသော နှစ်စဉ်မွမ်းမံထားသော ပုံစံဖောင်တစ်ခုကို ရယူရပါမည်။

နှစ်စဉ်ဖွင့်ထားသော စာရင်းသွင်းကာလ သို့မဟုတ် ဤအလုပ်ရှင်က သင့်အား ကျန်းမာရေး လွှမ်းခြုံမှုအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီစေသော ဖြစ်ရပ်တစ်ခုကြောင့် သင့်ဆန္ဒအလျောက် စွန့်လွှတ်မှုကိုလည်း ရုပ်သိမ်း (ပယ်ဖျက်) နိုင်သည်။ ဤပယ်ဖျက်မှုကို စာဖြင့်ရေးသားရပါမည်။ သင်အသုံးပြုနိုင်သော နမူနာဘာသာစကားကို OLS ဝဘ်ဆိုက်တွင် ရနိုင်ပါသည်။

သင်လက်မှတ်မထိုးဘဲ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအသုံးစရိတ်အားလုံး သို့မဟုတ် တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းကို ဆက်လက်ငြင်းဆိုပါက၊ သင့်အလုပ်ရှင်သည် သင့်အတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအသုံးစရိတ်ကို ပေးဆောင်ရန်မလိုအပ်ပါ။

သင်လက်မှတ်မထိုးပါက ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအသုံးစရိတ်အားလုံး သို့မဟုတ် တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းကို ဆက်လက်မငြင်းဆိုပါကသင်၏အလုပ်ရှင်သည် သင့်အတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအသုံးစရိတ်ကို ပေးဆောင်ရပါမည်။



ဝန်ထမ်းဆန္ဒအရ စွန့်လွှတ်ခြင်း

သင့်အခွင့်အရေးများကို စွန့်လွှတ်လိုပါကသာ လက်မှတ်ရေးထိုးပါ။

(ဝန်ထမ်းအမည်နှင့် နောက်ဆုံးအမည်)- _____

အောက်ဖော်ပြပါများကို လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းဖြင့်၊ ကျွန်ုပ်သည် Washington ပြည်နယ်၏ ဥပဒေများအောက်ရှိ မမှန်မကန် ပြစ်ဒဏ်အောက်တွင် အောက်ပါအချက်များ မှန်ကန်ကြောင်း အသိအမှတ်ပြုပါသည်။

- ဥပဒေအရ ကျွန်ုပ်၏အခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ အထက်ဖော်ပြပါအချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်ဖတ်ရှုနားလည်ပါသည်။
- ဤပုံစံ၏ အပိုင်း A တွင်ဖော်ပြထားသော ကျွန်ုပ်အတွက် ကျွန်ုပ်အတွက် အလုပ်ရှင်က ရွေးချယ်ထားသော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအသုံးစရိတ်အားလုံး သို့မဟုတ် တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းကို ကျွန်ုပ်ငြင်းပယ်ပါသည်။
- ကျွန်ုပ်သည် ဤအလုပ်ရှင်ထံမှ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအသုံးစရိတ်များကို လက်ခံရယူပိုင်ခွင့်ကို စွန့်လွှတ်လိုပါသည်။
- ဤစွန့်လွှတ်မှုသည် တစ်နှစ်အတွက် ကောင်းမွန်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။
- စွန့်လွှတ်မှုကို စာဖြင့် ပယ်ဖျက်နိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။
- ကျွန်ုပ်တွင် မေးခွန်းများရှိပါက၊ ဤပုံစံ၏ အပိုင်း A တွင် ဖော်ပြထားသော အလုပ်ရှင်ထံ ဆက်သွယ်မေးမြန်းနိုင်ပါသည်။

| | | | |
|-------------|--|--------------------------|--|
| ဝန်ထမ်းအမည် | | | |
| လက်မှတ် | | | |
| ရက်စွဲ | | တည်နေရာ (မြို့၊ ပြည်နယ်) | |