



SMC 14.28 Voluntary Ordinance (ORD) Waiver (ordonnance de renonciation volontaire)

Certains employés peuvent renoncer à leur droit aux dépenses de santé en vertu de l'ordonnance 14.28 du Seattle Municipal Code (SMC, code municipal de Seattle), visant à améliorer l'accès aux soins de santé pour les employés du secteur de l'hôtellerie. Les employés souhaitant renoncer à leur droit doivent lire attentivement ce formulaire afin de déterminer s'ils sont en droit d'y renoncer.

Pour toute question à propos de ce formulaire, employeurs et employés sont invités à contacter l'Office of Labor Standards (OLS, bureau des normes du travail) au 206-256-5297 ou à consulter le site Internet de l'OLS à l'adresse <http://www.seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections>.

Partie A. INFORMATION AUX EMPLOYEURS

Les employeurs doivent lire et remplir ce formulaire avant de le remettre à un employé.

Pour que le formulaire soit valable, toutes les conditions de renonciation prévues par l'ordonnance 14.28 du SMC et par la Seattle Human Rights Rule (règle des droits de l'homme de Seattle) 190-220 doivent être respectées. Cela inclut, sans s'y limiter, les conditions suivantes :

- Seuls les employés bénéficiant d'une couverture santé auprès d'une autre source peuvent renoncer à la couverture.
- Un employé ne peut pas être contraint à signer le formulaire de renonciation.
- Un employeur ne peut pas suggérer ou sous-entendre que l'employé a l'obligation de le signer.
- Le formulaire de renonciation doit être rempli en intégralité.
- Le formulaire de renonciation ne peut pas être modifié d'une quelconque façon.
- Le formulaire doit être fourni à l'employé dans sa langue maternelle. Le formulaire est disponible dans d'autres langues sur le site Internet de l'Office of Labor Standards.

Plan de l'employeur pour honorer les dépenses de santé pour :

O/N	Type de dépense	Montant mensuel
	Montant mensuel Versement(s) à l'assurance maladie financée par l'employeur	
	Versement(s) sur un compte d'épargne santé	
	Versements sur un compte de remboursement des soins de santé	
	Versement sur un compte de dépenses flexible	
	Autre :	
	Versements de revenus ordinaires	

Contact chez l'employeur : Pour les employés qui ont des questions relatives aux dépenses de santé

Nom de l'employeur	
Adresse de l'employeur	
Personne à contacter chez l'employeur	
Adresse e-mail et numéro de téléphone de la personne à contacter	



Partie B. INFORMATION AUX EMPLOYÉS CONCERNANT LEURS DROITS

Les employés doivent lire attentivement ce document.

La loi de Seattle oblige cet employeur à engager des dépenses de santé mensuelles en votre faveur ou en votre nom. Une dépense de santé est une somme d'argent versée par votre employeur pour vous faire bénéficier de services de santé. Par exemple, votre employeur peut :

- Effectuer des versements pour vous inscrire à un régime d'assurance maladie ;
- Effectuer des versements sur un compte d'épargne santé ou un compte de remboursement des frais de santé pour vous ; et/ou
- Effectuer des versements de revenus ordinaires en votre faveur.

Votre employeur choisit quels moyens utiliser pour respecter son obligation légale. Le montant versé par l'employeur varie en fonction de la taille de votre foyer. Les montants actuels sont indiqués sur le site de l'OLS.

La loi oblige cet employeur à engager des dépenses de santé même si vous bénéficiez d'une couverture santé auprès d'une autre source. Cependant, votre employeur peut vous demander de renoncer à votre droit de percevoir ces dépenses si vous bénéficiez actuellement d'une couverture santé auprès d'une autre source. Vous n'êtes pas obligé d'accepter.

Si vous signez le document, vous déclarez à votre employeur que vous bénéficiez d'une couverture santé auprès d'une autre source et qu'il peut cesser d'engager les dépenses de santé obligatoires en votre faveur ou en votre nom. La dérogation est valable un an. Un employeur doit obtenir un formulaire actualisé chaque année où vous souhaitez renoncer à vos droits.

Vous pouvez également révoquer (annuler) votre renonciation volontaire pendant toute période d'inscription ouverte annuelle ou en raison d'un événement qui vous rend admissible à la couverture santé de cet employeur. Vous devez annuler votre renonciation par écrit. Un exemple de texte que vous pouvez utiliser est disponible sur le site Internet de l'OLS.

RENONCIATION VOLONTAIRE DE L'EMPLOYÉ

Signez uniquement si vous souhaitez renoncer à vos droits.

En apposant ma signature ci-dessous, j'atteste, sous peine de parjure selon les lois de l'État de Washington, que ce qui suit est véridique :

- J'ai lu et compris les informations ci-dessus à propos de mes droits en vertu de la loi.
- Je bénéficie d'une couverture santé abordable et de qualité auprès d'une autre source, que j'ai désignée ci-dessous.
- Je souhaite renoncer à mon droit à bénéficier des dépenses de santé de cet employeur.
- Je comprends que cette renonciation est valable un an.
- Je comprends que je peux annuler ma renonciation par écrit.
- Si j'ai des questions, je peux m'adresser à la personne de contact de l'employeur indiquée dans la partie A du présent formulaire.

Nom de l'employé		Je bénéficie d'une assurance auprès de :	
Signature			
Date		Lieu	