

SMC 14.28 Voluntary Ordinance(ORD, 자발적 조례) 포기서

일부 직원은 Seattle Municipal Code(SMC, 시애틀 자치법) 14.28 항 Improving Access to Medical Care for Hotel Employees(호텔 직원의 의료 이용 개선)에 의거한 의료비 지출 관련 권리를 포기할 수 있습니다. 포기를 원하는 직원은 이 양식을 전체적으로 읽어보고 포기 자격이 있는지 확인해야 합니다.

이 양식에 관한 질문이 있는 고용주 및 직원은 206-256-5297 번으로 Office of Labor Standards(OLS, 노동표준국)에 전화하거나 OLS 웹사이트 (<http://www.seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections>)를 방문하세요.

파트 A. 고용주 정보

고용주는 직원에게 양식을 제공하기 전에 이를 검토하고 완료해야 합니다.

유효하려면 SMC 14.28 및 Seattle Human Rights Rule(시애틀 인권 규칙) 190-220 에서 요구하는 모든 포기 조건이 충족되어야 합니다. 여기에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다.

- 다른 출처를 통해 의료 보장이 되는 직원만이 보장을 포기할 수 있습니다.
- 직원은 포기서 서명 압력을 받을 수 없습니다.
- 고용주는 직원에게 서명해야 함을 제안 또는 암시할 수 없습니다.
- 포기서 양식은 빠짐없이 작성되어야 합니다.
- 포기서 양식은 어떤 방식으로든 변조될 수 없습니다.
- 이 양식은 직원의 주 언어로 제공되어야 합니다. 이 양식은 Office of Labor Standards 웹사이트에서 다른 언어로 제공됩니다.

의료비 지출 충족을 위한 고용주의 계획:

예/아니요	지출 유형	월 금액
	고용주 보조 의료 보험 납입	
	건강 저축 계좌 납입	
	건강 환급 계좌 납입	
	유동 소비 계좌 납입	
	기타(구체적으로 명시):	
	일반 소득의 지급	

고용주 연락처: 의료비 지출 관련 질문이 있는 직원의 경우

고용주 이름	
고용주 주소	
고용주 연락처 담당자	
연락처 이메일 및 전화	



파트 B. 직원의 권리 관련 정보

직원은 이를 꼼꼼하게 읽어야 합니다.

시애틀의 법에 따르면 고용주는 귀하에게 또는 귀하를 대신하여 월간 의료비를 지출해야 합니다. 의료비 지출은 고용주가 귀하의 의료 서비스 이용을 위해 제공해야 하는 비용의 액수입니다. 예를 들어 고용주는 다음이 가능합니다.

- 귀하의 의료 보험 프로그램 등록 비용 지급
- 건강 저축 계좌 또는 건강 환급 계좌 납입
- 일반 소득의 지급

고용주는 법적 의무를 준수할 방법을 선택할 수 있습니다. 고용주가 지불하는 액수는 가족의 규모에 따라 다릅니다. 현재 금액은 OLS 웹사이트에 나와 있습니다.

귀하가 다른 출처로부터 의료 비용이 보장된다고 하는 **경우에도** 법률에 따라 고용주는 의료비를 지출해야 합니다. 하지만 현재 다른 출처로부터 의료 보장을 받는 경우 고용주는 귀하에게 이 포기서의 서명을 통해 이러한 지출액을 수령할 권리의 포기를 요청할 수 있습니다. 귀하는 동의할 필요가 없습니다.

서명하는 경우 귀하는 고용주에게 다른 출처로부터 의료 보장을 받고 있으며 고용주는 귀하에게 또는 귀하를 대신하여 의무적인 의료비 지출을 중단할 수 있음을 알리게 됩니다. 포기서는 **1년** 동안만 유효합니다. 고용주는 매년 권리를 포기함을 나타내는 업데이트된 양식을 획득해야 합니다.

또한 연간 정규 가입 기간 도중 또는 이 고용주의 의료 보장을 받을 자격이 있는 사건으로 인해 이를 철회(취소)할 수 있습니다. 이 취소는 서면으로 이루어져야 합니다. 사용 가능한 샘플 언어는 OLS 웹사이트에서 제공됩니다.

직원의 자발적 포기서

권리를 포기하고자 하는 경우에만 서명하세요.

아래에 서명함으로써 워싱턴주 법의 위증죄로 처벌될 수 있다는 전제하에 다음이 사실임을 입증합니다.

- 본인은 법에 따른 권리에 관해 위 정보를 읽고 이해합니다.
- 본인은 아래에 식별한 다른 출처로부터 적당한 가격의 고품질 의료 보장을 받고 있습니다.
- 본인은 이 고용주로부터 의료비 지출을 수령하는 권리를 포기하고자 합니다.
- 본인은 이 포기서가 1년 동안 유효함을 이해합니다.
- 본인은 서면으로 포기서를 취소할 수 있음을 이해합니다.
- 질문이 있는 경우 본인은 이 양식의 파트 A에 있는 고용주 연락처 담당자에게 문의할 수 있습니다.

직원 이름		보험 출처:	
서명			
날짜		지역	