



Renuncia voluntaria a los gastos de atención médica conforme el SMC 14.28 - 2022

Entregue este formulario al empleado que haya rechazado el ofrecimiento de un empleador de pagar los gastos de atención médica mensuales y obligatorios conforme al capítulo 14.28, Acceso mejorado a la atención médica para empleados de hotel (Improving Access to Medical Care for Hotel Employees), del Código Municipal de Seattle (SMC, Seattle Municipal Code). Los empleados que deseen renunciar deben leer este formulario atentamente para determinar si cumplen con los requisitos para la renuncia.

Los empleadores y empleados que tengan preguntas sobre este formulario pueden llamar a la Oficina de Normas Laborales (OLS, Office of Labor Standards) al 206-256-5297 o visitar el sitio web de la OLS, <http://www.seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections>.

Parte A. INFORMACIÓN PARA EMPLEADORES

Los empleadores deben revisar y completar esta información antes de entregarle el formulario al empleado.

Para que tenga validez, deben cumplirse todos los términos establecidos en el capítulo 14.28 del SMC y la sección 190-250 de la Regulación de Derechos Humanos (Human Rights Rule) de Seattle. Entre estos, se incluyen los siguientes:

- Un empleado no puede ser obligado a firmar la renuncia.
- Un empleador no puede sugerirle o insinuarle al empleado que está obligado a firmar la renuncia.
- El formulario de renuncia debe completarse en su totalidad.
- El formulario de renuncia no puede modificarse de ninguna manera.
- Este formulario debe proporcionarse al empleado en su idioma principal. Este formulario está disponible en otros idiomas en el sitio web de la Oficina de Normas Laborales.

Plan del empleador para cumplir con los gastos de atención médica de: _____
(Nombre y apellido del empleado)

| S/N | Tipo de gasto | Monto mensual |
|-----|---|---------------|
| | Pago(s) a un seguro de salud patrocinado por el empleador | |
| | Pago(s) de una cuenta de ahorros para gastos médicos | |
| | Pago(s) de una cuenta de reembolso para gastos médicos | |
| | Pago(s) de una cuenta flexible de gastos | |
| | Otros (especificar): | |
| | Pagos de ganancias ordinarias | |

Datos de contacto del empleador (para empleados que tienen preguntas relacionadas con los gastos de atención médica)

| | |
|---|--|
| Nombre del empleador | |
| Domicilio del empleador | |
| Persona de contacto del empleador | |
| Teléfono y correo electrónico de contacto | |



Parte B. INFORMACIÓN PARA LOS EMPLEADOS SOBRE SUS DERECHOS

Los empleados deben leer esto detenidamente.

Nombre del empleado (nombre y apellido): _____

Las leyes de Seattle exigen que este empleador le pague los gastos mensuales de atención médica a usted o los pague en su nombre. Un gasto de atención médica es un monto de dinero que paga su empleador para proporcionarle acceso a servicios de atención médica. Por ejemplo, su empleador puede hacer lo siguiente:

- Pagar para inscribirlo en un programa de seguro médico.
- Pagarle en su cuenta de ahorros para gastos médicos o en su cuenta de reembolso.
- Pagarle ganancias ordinarias.

Su empleador puede elegir de qué manera cumple sus obligaciones legales. El monto que paga el empleador varía según el tamaño de su grupo familiar. En el sitio web de la OLS están detallados los montos actuales.

En ciertas circunstancias, se considerará que su empleador ha satisfecho sus gastos de atención médica, incluso si el empleador no ha realizado ningún pago a su nombre o en su nombre. Para que esto suceda, se debe cumplir con lo siguiente:

1. El plan del empleador para el pago de los gastos debería satisfacer el monto que se le adeuda en su totalidad.
2. El plan no exige que usted pague más de \$87.40 por mes (2021) para obtener acceso a los gastos de atención médica (por ej., pagos de las primas para el seguro médico patrocinado por el empleador).
3. Usted renuncia voluntariamente al plan de pago completo del empleador o a parte de este.
4. Usted firma esta renuncia de manera voluntaria.

¿Cuándo sucederá esto? En general, esto sucederá si su empleador planea cumplir con sus obligaciones y paga para inscribirlo en un programa de seguro médico.

Si usted rechaza alguna de las maneras en que su empleador decidió pagarle los gastos o rechaza todas, su empleador puede solicitarle que renuncie a sus derechos de recibir estos gastos firmando esta renuncia.

Si firma este formulario, le estará indicando a este empleador que puede dejar de pagar sus gastos obligatorios de atención médica. Esta renuncia tiene validez solo por un año. Un empleador debe obtener un formulario actualizado cada año en el que usted decida renunciar a sus derechos.

Además, puede revocar (cancelar) esta renuncia voluntaria durante cualquier periodo abierto de inscripción anual o debido a un acontecimiento que lo vuelva elegible para la cobertura de salud por parte de este empleador. Esta cancelación debe hacerse por escrito. En el sitio web de la OLS encontrará ejemplos de cómo puede cancelar esta renuncia.

Si NO firma, pero, aun así, rechaza todos los gastos de atención médica o parte de estos, no es necesario que su empleador pague sus gastos de atención médica.

Si NO firma y NO rechaza todos los gastos de atención médica o parte de estos, su empleador debe pagar sus gastos de atención médica.



RENUNCIA VOLUNTARIA DEL EMPLEADO

Firme solo si desea renunciar a sus derechos.

Nombre del empleado (nombre y apellido): _____

Al firmar a continuación, certifico, bajo pena de perjurio, conforme las leyes del estado de Washington, que lo indicado a continuación es verdadero:

- He leído y comprendido la información anterior sobre mis derechos conforme la ley establecida.
- Rechazo todos los pagos de gastos de atención médica o parte de estos conforme a lo que eligió mi empleador, que se especifica en la parte A de este formulario.
- Deseo renunciar a mi derecho de recibir pagos por los gastos de atención médica por parte de este empleador.
- Comprendo que esta renuncia tiene validez por un año.
- Comprendo que puedo cancelar mi renuncia por escrito.
- Si tengo preguntas, puedo comunicarme con la persona de contacto del empleador indicada en la parte A de este formulario.

| | | | |
|---------------------|--|----------------------------|--|
| Nombre del empleado | | | |
| Firma | | | |
| Fecha | | Ubicación (ciudad, estado) | |