

SMC 14.28 Voluntary Healthcare Expenditure (EXP) Waiver - 2023

دا فورمه هغه کارمند ته ورکول کېدی شي چا چې د هویل کارمندانو لپاره طبي پاملرنې ته د غوره لاسرسي لاندې د کارگومارونکي لخوا د اړین میاشتني روغتیا پاملرنې لگښت رد کړی وي، SMC 14.28. هغه کارمندان چې غواړي لاس په سر شي باید دا فورمه په بشپړ ډول ولولي ترڅو مشخص شي چې آیا هغوی د لاس په سر کېدو مستحق دي.

د دې فورمې سره تړاو لرونکي کارگومارونکي او کارمندان کولی شي په 206-256-5297 شمیره د Office of Labor Standards (OLS)، د کاري معیارونو دفتر) سره اړیکه ونیسي یا د OLS ویب سایټ <http://www.seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections> ته ورشي.

برخه A. د کارگومارونکو لپاره معلومات
کارگومارونکي کارمند ته د فورمې ورکولو څخه مخکې باید دا بیاکتنه او مکمل کړي.

- د دې لپاره چې اعتبار ولري، د SMC 14.28 او Seattle Human Rights Rule 190-250 لخوا اړین ټول شرایط باید پوره شي. پدې کې د محدودیت پرته شامل دي:
- په کارمند باید د ابراء لیک لپاره فشار وانه چول شي.
 - کارگومارونکي باید وړاندیز یا څرگندونه ونکړي چې کارمند باید اړ وي لاسلیک وکړي.
 - د ابراء لیک فورمه باید په بشپړ ډول تکمیل شي.
 - د ابراء لیک فورمه کې باید په هیڅ ډول بدلون رانه ورل شي.
 - دا فورمه باید کارمند ته د هغه لومړنۍ ژبه کې ورکړل شي. دا فورمه د Office of Labor Standards ویب سایټ کې په نورو ژبو کې شتون لري.

د رضایت وړ روغتیا پاملرنې لگښت لپاره د کارگومارونکي پلان لپاره د:

د کارمند نوم (نوم او تخلص):

Y/N	د لگښت نوع	میاشتني مقدار
	د کارگومارونکي لخوا سپانسر شوي روغتیايي بیمې ته تادیات	
	د روغتیا سپما حساب ته تادیات	
	د روغتیا د لگښت جبران کولو حساب ته تادیات	
	د انعطافي مصرف حساب ته تادیه	
	نور (مشخص یې کړئ):	
	د عادي عاید تادیات	

د کارگومارونکي اړیکې: د روغتیا پاملرنې لگښتونو پورې اړوند پوښتنو په موخه د کارمندانو لپاره

د کارگومارونکي نوم	
د کارگومارونکي پته	
د کارگومارونکي د اړیکې فرد	
د اړیکې برېښنالیک او تلیفون	

برخه B. د کارمندانو لپاره د هغوی د حقونو په اړه معلومات
کارمندان باید دا په دقت سره ولولي.

د کارمند نوم (نوم او تخلص):

د سیاتل د قانون له مخې دا کارگومارونکی اړ دی چې تاسې ته یا ستاسې په استازیتوب د روغتیا پاملرنې میاشتني لگښتونو پورې چې د روغتیا پاملرنې لگښت یو مقدار پیسې دي چې ستاسې د کارگومارونکي لخوا د روغتیا پاملرنې خدمتونو ته ستاسې د لاسرسي لپاره تادیه کيږي. د مثال په توګه، ستاسې کارگومارونکی کولی شي:

- د روغتیا بیمې پروګرام کې ستاسې داخلولو لپاره تادیات وکړي؛
- ستاسې لپاره د روغتیا سپما حساب یا د روغتیا لگښتونو جبران کولو حساب ته تادیات وکړي؛ او/یا
- تاسې ته د عادي عاید تادیات وکړي.

ستاسې کارگومارونکی کولی شي انتخاب وکړي چې په کومه طریقه (طریقو) خپل قانوني مکلفیتونه پوره کړي. کوم مقدار پیسې چې یو کارگومارونکی تادیه کوي هغه ستاسې د کورنۍ د اندازې په پام کې نیولو سره مختلف کیدی شي. اوسني مقدارونه د OLS ویب سایټ کې ورکړل شوي دي.

په ځینې شرایطو کې، به داسې ګڼل کيږي چې ستاسې کارگومارونکي ستاسې لپاره خپل د روغتیا پاملرنې لگښت مکلفیت پوره کړی دی حتی که څه هم کارگومارونکي تاسې ته یا ستاسې په استازیتوب هیڅ کوم تادیات نه وي کړي. د دې لپاره چې داسې وشي، دا لاندې موارد باید موجود وي:

1. د لگښت تادیه کولو لپاره د کارگومارونکي پلان په بشپړ ډول تاسې ته پورې مقدار مکلفیت بشپړ کړی وي.
2. د پلان له مخې تاسې اړ نه اوسې د روغتیا پاملرنې لگښت ته د لاسرسي لپاره په میاشت کې د 103.60 ډالرو څخه ډیر (2023) تادیه کړئ (لکه د کارگومارونکي لخوا سپانسر شوي روغتیا بیمې لپاره د پرمیم تادیات).
3. تاسې د تادیه لپاره په خپله خوښه د کارگومارونکي ټول پلان یا یوه برخه یې رد کړئ.
4. داسې په خپله خوښه دا ابراء لیک لاسلیک کړئ.

دا به کله پېښ شي؟ عموماً دا هغه مهال پېښيږي کله چې ستاسې کارگومارونکی د روغتیا بیمې پروګرام کې ستاسې داخلولو لپاره د تادیاتو کولو په واسطه پلان لري خپل مکلفیتونه پوره کړي.

که تاسې د لگښت تادیه کولو په تړاو ستاسې د کارمند ځینې یا ټولې انتخاب کړي طریقي رد کړئ، ستاسې کارگومارونکی کولی شي غوښتنه وکړي چې د دې ابراء لیک په لاسلیک کولو سره تاسې د دې لگښتونو تر لاسه کولو لپاره د خپلو حقونو څخه لاس په سر شئ.

که تاسې دا فورمه لاسلیک کړئ، تاسې دې کارگومارونکي ته وایې چې کولی شي تاسې ته یا ستاسې په استازیتوب د روغتیا پاملرنې اجباري لگښتونو تادیه کول بند کړي. ابراء لیک یوازې د یو کال لپاره اعتبار لري. کارگومارونکی باید هر کال تازه فورمه تر لاسه کړي چې تاسې غواړئ د خپلو حقونو څخه تیر شئ.

تاسې همدارنګه کولی شئ داوطلب ابراء لیک د کلنۍ پرانیستي داخلي د مودې پرمهال لغو (رد) کړئ یا د کومي داسې پېښې له امله چې د دې کارگومارونکي لخوا د روغتیا پوښښ لپاره تاسې مستحق ګرځوي. دا رد کول باید په لیکلې بڼه وي. د ادبیتاتو بیلګه چې تاسې یې کارولی شئ د OLS ویب سایټ کې شتون لري.

که تاسې لاسلیک ونکړئ مګر د روغتیا پاملرنې ټولو لگښتونو یا یوې برخې ردولو ته دوام ورکړئ، ستاسې کارگومارونکی اړ ندی ستاسې لپاره د روغتیا پاملرنې لگښت ورکړي. که تاسې لاسلیک ونکړئ مګر د روغتیا پاملرنې ټولو لگښتونو یا یوې برخې ردولو ته دوام ورکړئ، ستاسې کارگومارونکی باید ستاسې لپاره د روغتیا پاملرنې لگښت ورکړي.



د کارمند په خپله خوښه ابراء لیک
یوازې په هغه صورت کې یې لاسلیک کړئ که تاسې غواړئ د خپلو حقونو څخه تیر شئ.

د کارمند نوم (نوم او تخلص):

لاندې په لاسلیک کولو سره، زه د واشنګټن ایالت د قوانینو لاندې د دروغو شهادت مجازاتو لاندې تصدیق کوم چې لاندې بیان
رښتیا دی:

- ما د قانون لاندې زما د حقونو په اړه پورته ورکړل شوي معلومات لوستلي او ورباندې پوهیږم.
- زه د روغتیا پاملرنې ټول یا یوه برخه لگښتونه چې زما کارگومارونکي زما لپاره غوره کړي ردوم، کوم چې د دې فورمې
برخه A کې ورکړل شوي دي.
- زه غواړم د دې کارگومارونکي څخه زما د روغتیا پاملرنې لگښتونو ترلاسه کولو حق څخه تیر شم.
- زه پوهیږم چې دا ابراء لیک د یوه کال لپاره اعتبار لري.
- زه پوهیږم چې زه کولی شم په لیکلې توګه دا ابراء لغو کړم.
- که زه پوښتنې ولرم، زه کولی شم د دې فورمې په برخه A کې ورکړل شوي د کارگومارونکي د اړیکې فرد سره اړیکه نیسم.

		د کارمند نوم
		لاسلیک
	موقعیت (ښار، ایالت)	نېټه