



## **SMC 14.28 Voluntary Healthcare Expenditure (EXP) Waiver - 2024 (renonciation volontaire aux dépenses de santé)**

Ce formulaire peut être fourni à un employé ayant refusé l'offre d'un employeur d'engager des dépenses de santé mensuelles obligatoires en vertu de l'article 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 prévues par l'article 14.28 du SMC et par la Seattle Human Rights Rule (règle des droits de l'homme de Seattle) 190-250 doivent être respectées. Cela inclut, sans s'y limiter, les conditions suivantes :

- 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 être modifié en aucune façon.
- Ce formulaire doit être fourni à l'employé dans sa langue maternelle. Ce 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 : \_\_\_\_\_  
(Prénom et nom de l'employé)

O/N	Type de dépense	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 (préciser) :	
	Versements de revenus ordinaires	

**Personne à contacter 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.*

Nom de l'employé (Prénom et nom) : \_\_\_\_\_

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 permettre de 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 peut choisir quels moyens utiliser pour respecter ses obligations légales. 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.

Dans certaines circonstances, votre employeur sera réputé avoir honoré son obligation d'engager des dépenses de santé en votre faveur même s'il n'a effectué aucun versement en votre faveur ou en votre nom. Pour ce faire, les conditions suivantes doivent être remplies :

1. Le plan de l'employeur pour payer les dépenses de santé doit correspondre au montant qui vous est dû.
2. Le plan ne vous oblige pas à payer plus de 106 \$/mois (2024) pour bénéficier des dépenses de santé (par ex., versement de primes pour l'assurance maladie financée par l'employeur).
3. Vous refusez volontairement le plan de paiement de l'employeur, en totalité ou en partie.
4. Vous signez cette renonciation volontaire.

Dans quels cas cette situation se présente-t-elle ? En règle générale, cette situation se produit si votre employeur prévoit de remplir ses obligations en effectuant des versements en vue de vous inscrire à un régime d'assurance maladie.

Si vous refusez le mode de paiement choisi par votre employeur, en totalité ou en partie, celui-ci peut vous demander de renoncer à votre droit de recevoir ces dépenses en signant ce formulaire de renonciation.

**Si vous signez ce formulaire**, vous déclarez à cet employeur qu'il peut cesser d'engager des dépenses de santé obligatoires en votre faveur ou en votre nom. La dérogation n'est valable qu'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.

**Si vous ne signez PAS mais continuez à refuser les dépenses de santé, en totalité ou en partie**, votre employeur n'est pas tenu d'engager des dépenses de santé en votre faveur.

**Si vous ne signez PAS mais ne continuez PAS à refuser les dépenses de santé, en totalité ou en partie**, votre employeur doit engager des dépenses de santé en votre faveur.



## RENONCIATION VOLONTAIRE DE L'EMPLOYÉ

Signez uniquement si vous souhaitez renoncer à vos droits.

Nom de l'employé (Prénom et nom) : \_\_\_\_\_

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 refuse les dépenses de santé, en totalité ou en partie, que mon employeur a choisi d'engager pour moi et qui sont répertoriées dans la partie A du présent formulaire.
- Je souhaite renoncer à mon droit à bénéficier des dépenses de santé de la part de cet employeur.
- Je comprends que cette dérogation 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			
Signature			
Date		Lieu (Ville, État)	