

## SMC 14.28 Voluntary Healthcare Expenditure (EXP) Waiver - 2024

ممکن است این فرم به کارمندی ارائه شود که پیشنهاد کارفرما را در مورد تأمین مخارج مورد نیاز ماهانه مراقبت‌های سلامت تحت «بهبود دسترسی به مراقبت‌های پزشکی برای کارکنان هتل»، SMC 14.28 (Seattle Municipal Code) رد کرده است. کارمندانی که مایل به چشم‌پوشی از حق خود هستند باید این فرم را به‌طور کامل مطالعه کنند تا مشخص شود که آیا واجد شرایط چشم‌پوشی از حق هستند یا خیر.

کارفرمایان و کارمندانی که درباره این فرم سؤال دارند می‌توانند از طریق شماره تلفن 206-256-5297 با Office of Labor Standards (اداره استانداردهای نیروی کار، به‌اختصار OLS) تماس بگیرند یا به وبسایت OLS به نشانی <http://www.seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections> مراجعه کنند.

### بخش الف. اطلاعات برای کارفرمایان

کارفرمایان باید قبل از ارائه فرم به کارمند، این قسمت را بررسی و تکمیل کنند.

معتبر بودن این فرم منوط به آن است که تمامی شروط الزامی SMC 14.28 و Seattle Human Rights Rule 190-250 برآورده شود. این موارد شامل، اما نه محدود به، موارد زیر است:

- کارمند نباید برای امضای این فرم چشم‌پوشی از حق تحت فشار قرار بگیرد.
- کارفرما نباید به کارمند پیشنهاد دهد یا تلویحاً بگوید که کارمند ملزم به امضای فرم است.
- فرم چشم‌پوشی از حق باید به‌طور کامل پر شود.
- فرم چشم‌پوشی از حق به هیچ نحو نباید تغییر داده شود.
- این فرم باید به زبان اولیه کارمند به او ارائه شود. این فرم به زبان‌های دیگر در وبسایت Office of Labor Standards موجود است.

برنامه کارفرما جهت برآورده کردن مخارج مراقبت‌های سلامت برای:  
نام کارمند (نام و نام خانوادگی): \_\_\_\_\_

بله/خیر	نوع مخارج	مبلغ ماهیانه
	پرداخت(ها) برای بیمه سلامت تحت حمایت کارفرما	
	پرداخت(ها) برای حساب پس‌انداز سلامت	
	پرداخت‌ها برای حساب بازپرداخت هزینه‌های سلامت	
	پرداخت برای حساب مخارج انعطاف‌پذیر	
	سایر موارد (مشخص کنید):	
	پرداخت همراه با درآمد عادی	

رابط کارفرما: برای کارمندانی که سؤالاتی درباره مخارج مراقبت‌های سلامت دارند

نام کارفرما	
نشانی کارفرما	
شخص رابط کارفرما	
ایمیل و شماره تلفن رابط	



نام کارمند (نام و نام خانوادگی): \_\_\_\_\_

قانون سیاتل این کارفرما را ملزم می‌کند که مخارج ماهیانه مراقبت‌های سلامت شما را به خودتان یا از سوی شما پرداخت کند. پرداختی مراقبت‌های سلامت مبلغی است که کارفرمای شما پرداخت می‌کند تا دسترسی به خدمات مراقبت‌های سلامت برای شما فراهم شود. مثلاً، کارفرمای شما می‌تواند:

- هزینه‌های ثبت‌نام شما در برنامه بیمه سلامت را پرداخت کند؛
- هزینه‌های حساب پس‌انداز سلامت یا حساب بازپرداخت هزینه‌های سلامت را برای شما پرداخت کند؛ و/یا
- پرداختی‌ها را همراه با درآمد عادی به شما پرداخت کند.

کارفرمای شما می‌تواند شیوه (های) عمل به تعهدات قانونی‌اش را انتخاب کند. میزان پرداختی کارفرما به شما بسته به اندازه خانوارتان متغیر است. مبالغ فعلی در وبسایت OLS ذکر شده است.

تحت شرایط خاصی، فرض می‌شود که کارفرمای شما مخارج مراقبت‌های سلامت شما را تأمین کرده است، حتی اگر کارفرما هیچ‌گونه پرداختی به شما یا از سوی شما انجام نداده باشد. برای این منظور، موارد زیر باید محقق شود:

1. برنامه کارفرما برای پرداخت مخارج، مبلغ بدهی کارفرما به شما را به‌طور کامل تأمین کند.
2. در این برنامه، لازم نباشد برای دسترسی به مخارج مراقبت‌های سلامت (مثلاً پرداخت حق بیمه برای بیمه سلامت تحت حمایت کارفرما) بیش از 106.00 دلار در ماه (2024) پرداخت کنید.
3. شما داوطلبانه تمام یا بخشی از برنامه کارفرما برای پرداخت را رد کنید.
4. داوطلبانه این فرم چشمپوشی از حق را امضا کنید.

چه زمانی این اتفاق خواهد افتاد؟ معمولاً، در صورتی این اتفاق می‌افتد که برنامه کارفرمای شما این باشد که با پرداخت هزینه‌های ثبت‌نام شما در برنامه بیمه سلامت، به تعهدات خود عمل کند.

اگر یک یا همه شیوه‌های انتخابی کارفرما برای پرداخت مخارج را رد کنید، کارفرمای شما می‌تواند از شما بخواهد که با امضای این فرم چشمپوشی، از حق خود برای دریافت این مخارج چشمپوشی کنید.

اگر این فرم را امضا کنید، به این کارفرما می‌گویید که می‌تواند پرداخت اجباری مخارج مراقبت‌های سلامت به شما یا از سوی شما را قطع کند. این فرم چشمپوشی از حقوق فقط به‌مدت یک سال معتبر است. کارفرما باید هر سال فرم به‌روزشده‌ای را دریافت کند که نشان می‌دهد شما می‌خواهید از حقوق خود چشمپوشی کنید.

همچنین، می‌توانید در هر دوره ثبت‌نام آزاد سالانه یا به‌دلیل رویدادی که شما را واجد شرایط پوشش سلامت توسط این کارفرما می‌کند، این چشمپوشی داوطلبانه از حقوق خود را فسخ (لغو) کنید. این لغو باید به‌صورت کتبی باشد. زبان نمونه‌ای که می‌توانید استفاده کنید در وبسایت OLS موجود است.

اگر فرم را امضا نکنید اما به رد کردن تمام یا بخشی از مخارج مراقبت‌های سلامت ادامه دهید، کارفرمای شما مجبور به پرداخت مخارج مراقبت‌های سلامت برای شما نیست. اگر فرم را امضا نکنید اما به رد کردن تمام یا بخشی از مخارج مراقبت‌های سلامت ادامه ندهید، کارفرمای شما باید مخارج مراقبت‌های سلامت را برای شما پرداخت کند.

چشمپوشی د/وطلبانه کارمند از حقوق  
فقط در صورتی امضا کنید که می‌خواهید از حقوق خود چشمپوشی کنید.

نام کارمند (نام و نام خانوادگی): \_\_\_\_\_

اینجانب با امضا کردن قسمت زیر، مقید به مجازات شهادت دروغ تحت قوانین ایالت واشنگتن، گواهی می‌دهم که موارد زیر صحیح است:

- من اطلاعات فوق در مورد حقوق قانونی خود را مطالعه و درک کرده‌ام.
- من تمام یا بخشی از هزینه‌های مراقبت‌های سلامت را، که کارفرما برای من انتخاب کرده و در «بخش الف» این فرم ذکر شده است، رد می‌کنم.
- می‌خواهم از حق خود برای دریافت مخارج مراقبت‌های سلامت از این کارفرما چشمپوشی کنم.
- می‌دانم که این فرم چشمپوشی از حقوق به مدت یک سال معتبر است.
- می‌دانم که می‌توانم این چشمپوشی از حقوق را به صورت کتبی لغو کنم.
- اگر سوالی داشته باشم، می‌توانم با شخص رابط کارفرما که نامش در «بخش الف» این فرم ذکر شده است تماس بگیرم.

		نام کارمند
		امضا
	مکان (شهر، ایالت)	تاریخ