



SMC 14.28 Voluntary Ordinance (ORD) Waiver (الإداري)

قد يتنازل بعض الموظفين عن حقوقهم في نفقات الرعاية الصحية التي يفرضها باب "تحسين إمكانية الاستفادة من الرعاية الطبية لموظفي الفنادق" رقم 14.28 من Seattle Municipal Code (SMC)، قانون بلدية سياتل). ينبغي للموظفين الذين يرغبون في التنازل أن يقرروا هذا النموذج بعناية لتحديد مدى أهليتهم للتنازل عن هذا الحق.

يمكن لجهات العمل والموظفين الذين لديهم أسئلة عن هذا النموذج التواصل مع Office of Labor Standards (OLS)، مكتب معايير العمل على الرقم 206-256-5297 أو زيارة موقع OLS الإلكتروني <http://www.seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections>

الجزء أ: معلومات لجهات العمل ينبغي لجهات العمل مراجعة هذا الجزء كاملاً قبل تقديم النموذج إلى الموظف.

كي يكون التنازل فعالاً، يجب الوفاء بجميع شروط التنازل التي ينص عليها قانون SMC 14.28، و Seattle Human Rights Rule 190-220 (قاعدة سياتل لحقوق الإنسان 190-220). ويشمل هذا ما يلي، على سبيل المثال لا الحصر:

- لا يجوز التنازل عن التغطية إلا للموظفين الذين يتمتعون بتغطية صحية من مصدر آخر.
- لا يجوز الضغط على الموظف للتوقيع على التنازل.
- لا يجوز لجهة العمل أن تشير إلى وجوب التوقيع على الموظف أو تلمح إلى ذلك.
- يجب إكمال نموذج التنازل بالكامل.
- لا يجوز تغيير نموذج التنازل بأي شكل من الأشكال.
- يجب توفير هذا النموذج للموظف بلغته الأساسية. يتوفر هذا النموذج بلغات أخرى على الموقع الإلكتروني الخاص بمكتب Office of Labour Standards.

خطة جهة العمل لتوفير نفقات الرعاية الصحية:

نعم/لا	نوع النفقات	المبلغ الشهري
	مدفوعات التأمين الصحي الذي ترعاه جهة العمل	
	المدفوعات المقدمة لحساب التوفير الصحي	
	المدفوعات المقدمة لحساب السداد الصحي	
	الدفع المقدم لحساب الإنفاق المرن	
	غير ذلك:	
	مدفوعات الدخل العادي	

جهة الاتصال لدى جهة العمل: فيما يخص الموظفين الذين لديهم أسئلة تتعلق بنفقات الرعاية الصحية

اسم جهة العمل	
عنوان جهة العمل	
جهة الاتصال لدى جهة العمل	
البريد الإلكتروني لجهة الاتصال ورقمها	



الجزء ب: معلومات للموظفين عن حقوقهم ينبغي للموظفين قراءة هذا الجزء بعناية.

يفرض قانون سياتل على جهة العمل دفع نفقات الرعاية الصحية الشهرية لك أو بالنيابة عنك. نفقات الرعاية الصحية هي مبلغ من المال تدفعه جهة العمل ليوافق لك إمكانية الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية. على سبيل المثال، يمكن لجهة العمل:

- تقديم مدفوعات لإلحاقك ببرنامح تأمين صحي؛ و/أو
- تقديم مدفوعات إلى حساب التوفير الصحي أو حساب السداد الصحي لك؛ و/أو
- تقديم مدفوعات الدخل العادي لك.

تختار جهة العمل الطريقة (الطرق) التي ستستخدمها للوفاء بالتزامها القانوني. يختلف المبلغ الذي تدفعه جهة العمل وفقاً لحجم أسرتك. ويمكن الحصول على قائمة بالمبالغ الحالية على موقع OLS الإلكتروني.

يفرض القانون على جهة العمل أن تدفع نفقات الرعاية الصحية حتى لو كانت لديك تغطية صحية من مصدر آخر، ولكن يمكن لجهة العمل أن تطلب منك التنازل عن حقك في تلقي هذه النفقات إذا كنت تحصل حالياً على تغطية صحية من مصدر آخر. ولا تجب عليك الموافقة على التنازل.

إذا وقَّعت على التنازل، فإنك تخبر جهة العمل بأن لديك تغطية صحية من مصدر آخر وأن بإمكانها التوقف عن تقديم نفقات الرعاية الصحية الإلزامية لك أو بالنيابة عنك. يسري التنازل لمدة عام واحد. ويجب على جهة العمل الحصول على نموذج محدث كل عام ترغب فيه في التنازل عن حقوقك.

يمكنك أيضاً الرجوع عن (إلغاء) التنازل الطوعي خلال أي فترة من فترات التسجيل المفتوح السنوي، أو بسبب حدث يجعلك مؤهلاً للتغطية الصحية التي تقدمها جهة العمل هذه. ويجب أن يتم هذا الإلغاء خطياً. يتوفر نموذج اللغة التي يمكنك استخدامها على موقع OLS الإلكتروني.

التنازل الطوعي للموظف لا تُوقع إلا إذا كنت ترغب في التخلي عن حقوقك.

بالتوقيع أدناه، أقر أنا، تحت طائلة عقوبة شهادة الزور بموجب قوانين ولاية واشنطن، بصحة ما يلي:

- أنني قرأت وفهمت المعلومات الواردة أعلاه عن حقوقي بموجب القانون.
- أنني أتلقى تغطية صحية عالية الجودة بأسعار معقولة من المصدر الآخر الذي حددته أدناه.
- أنني أود التخلي عن حقوقي في تلقي نفقات الرعاية الصحية من جهة العمل هذه.
- أنني أفهم أن هذا التنازل سار لمدة عام واحد.
- أنني أفهم أنه يجوز لي إلغاء التنازل كتابياً.
- أنه إذا كانت لدي أسئلة، فيمكنني التواصل مع جهة الاتصال لدى جهة العمل، المذكورة في "الجزء أ" من هذا النموذج.

اسم الموظف	أحصل على التأمين من:	
التوقيع		
التاريخ	الموقع	ي/ي/ش/ش/س/س/س/س