



Renuncia voluntaria a la ordenanza conforme el SMC 14.28

Algunos empleados pueden renunciar a sus derechos de recibir pagos por gastos de atención médica 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 de la renuncia establecidos en el capítulo 14.28 del SMC y la sección 190-220 de la Regulación de Derechos Humanos (Human Rights Rule) de Seattle. Entre estos, se incluyen los siguientes:

- Solo los empleados que tengan cobertura médica de otra fuente pueden renunciar a esta cobertura.
- Un empleado no puede ser obligado a firmar la renuncia.
- Un empleador no puede sugerirle o insinuarle al empleado que firme 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:

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.

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 elije de qué manera cumple su obligación legal. 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.

La ley exige que este empleador pague los gastos de atención médica **incluso si** usted tiene cobertura médica de otra fuente. Sin embargo, su empleador puede solicitarle que renuncie a su derecho de recibir pagos por estos gastos si actualmente tiene cobertura médica de otra fuente. No es necesario que acepte esto.

Si firma este formulario, le estará indicando a su empleador que tiene cobertura médica de otra fuente y que puede dejar de pagar sus gastos obligatorios de atención médica. Esta renuncia tiene validez 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 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.

RENUNCIA VOLUNTARIA DEL EMPLEADO
Firme solo si desea renunciar a sus derechos.

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.
- Tengo cobertura médica de excelente calidad y asequible de otra fuente que detallo a continuación.
- 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		Tengo seguro médico de:	
Firma			
Fecha		Ubicación	