



SMC 14.28 Voluntary Ordinance (ORD) Waiver

Некоторые сотрудники могут отказаться от своих прав на покрытие медицинских расходов, требуемое в соответствии с положением про расширение доступа к медицинскому обслуживанию для сотрудников отелей, то есть разделом 14.28 Seattle Municipal Code (SMC). Сотрудники, желающие отказаться, должны внимательно прочитать эту форму, чтобы определить, имеют ли они право на отказ.

Работодатели и сотрудники, у которых есть вопросы об этой форме, могут обратиться в Office of Labor Standards (OLS, Управление по вопросам трудовых стандартов) по номеру 206-256-5297 или посетить веб-сайт OLS <http://www.seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections>.

Часть А. ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ РАБОТОДАТЕЛЕЙ

Прежде чем передать форму сотруднику, работодатели должны просмотреть и заполнить нужные поля.

Чтобы форма отказа была действительной, необходимо соответствие всем требованиям SMC 14.28 и Seattle Human Rights Rule 190-220. Они включают, помимо прочего:

- Отказаться от страховых выплат могут только сотрудники, имеющие медицинскую страховку из другого источника.
- Сотрудника нельзя заставить подписать отказ.
- Работодатель не может предлагать сотруднику подписать отказ или подразумевать обязательность этого.
- Все поля формы отказа должны быть заполнены.
- Форма отказа не может быть изменена каким-либо образом.
- Эта форма должна быть предоставлена сотруднику на его основном языке. Эта форма доступна на других языках на веб-сайте Office of Labor Standards.

План работодателя по покрытию медицинских расходов для:

Да/нет	Вид расходов	Ежемесячная сумма
	Платежи в рамках медицинского страхования, покрываемого работодателем	
	Платежи на сберегательный медицинский счет	
	Платежи на счет покрытия медицинских расходов	
	Платежи на гибкий счет расходов	
	Другое (уточните):	
	Обычные выплаты дохода	

Контактные данные работодателя для сотрудников, у которых есть вопросы, связанные с медицинскими расходами

Работодатель	
Адрес работодателя	
Контактное лицо работодателя	
Контактный номер телефона и адрес эл. почты	



Часть Б. ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СОТРУДНИКОВ ОБ ИХ ПРАВАХ

Сотрудники должны внимательно прочитать это.

В соответствии с законами Сиэтла работодатель должен ежемесячно оплачивать медицинские расходы в вашу пользу или от вашего имени. Покрытие медицинских расходов — это денежная сумма, выплачиваемая вашим работодателем за предоставление вам доступа к медицинским услугам. Например, ваш работодатель может:

- осуществлять платежи, чтобы включить вас в программу медицинского страхования;
- осуществлять платежи на сберегательный медицинский счет или на счет покрытия медицинских расходов за вас;
- осуществлять обычные выплаты дохода.

Ваш работодатель может выбрать один или несколько способов выполнения своих юридических обязательств. Сумма, которую платит работодатель, зависит от размера вашей семьи. Текущие суммы указаны на сайте OLS.

Закон обязывает этого работодателя покрывать медицинские расходы, **даже если** у вас есть медицинская страховка из другого источника. Но работодатель может попросить вас отказаться от права на покрытие этих расходов, если в настоящее время у вас оформлено медицинское страхование из другого источника. Вы не обязаны соглашаться.

Если вы подписываете эту форму, вы сообщаете работодателю, что у вас оформлено медицинское страхование из другого источника и что он может прекратить осуществлять обязательную оплату медицинских расходов в вашу пользу или от вашего имени. Отказ действителен в течение одного года. Работодатель должен получать обновленную форму каждый год, когда вы хотите отказаться от своих прав.

Вы также можете аннулировать (отменить) добровольный отказ в течение любого периода ежегодного открытого набора или в связи с событием, которое дает вам право на медицинское страхование от этого работодателя. Заявка о таком аннулировании должна быть подана в письменной форме. Пример формулировки, который вы можете использовать, есть на веб-сайте OLS.

ДОБРОВОЛЬНЫЙ ОТКАЗ СОТРУДНИКА

Подпишите, только если вы хотите отказаться от своих прав.

Зная об ответственности за предоставление заведомо ложных сведений в соответствии с законами штата Вашингтон, своей подписью ниже я подтверждаю, что эти утверждения правдивы:

- Я понимаю приведенную выше информацию о моих правах, предусмотренных законом.
- Я получаю доступное высококачественное медицинское страхование из другого источника, который указываю ниже.
- Я хочу отказаться от своего права на покрытие медицинских расходов со стороны этого работодателя.
- Я понимаю, что этот отказ действует в течение одного года.
- Я понимаю, что могу отменить отказ, подав заявку в письменной форме.
- Если у меня есть вопросы, я могу связаться с контактным лицом работодателя, указанным в части А этой формы.

Ф. И. О. сотрудника		У меня есть страховка:	
Подпись			
Дата		Город, штат	