



SMC nº 14.28 Renúncia Voluntária de Despesas com Assistência à Saúde (EXP) - 2024

Este formulário pode ser fornecido a um funcionário que tenha recusado a oferta de um empregador a respeito de uma despesa mensal com cuidados de saúde exigida sob o Seattle Municipal Code (SMC, Código Municipal de Seattle) nº 14.28: "Improving Access to Medical Care for Hotel Employees, Seattle Municipal Code" ("Melhorando o acesso a cuidados médicos para funcionários da rede hoteleira"). Os funcionários que desejarem renunciar devem ler este formulário cuidadosamente para determinar se são elegíveis para a renúncia.

Empregadores e funcionários que tenham perguntas sobre este formulário podem entrar em contato com o Office of Labor Standards (OLS, Departamento de Regulamentação Trabalhista) pelo telefone 206-256-5297 ou acessar o website do OLS em <http://www.seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections>.

PARTE A. INFORMAÇÕES PARA OS EMPREGADORES

Os empregadores devem revisar e preencher essa parte antes de fornecer o formulário a um funcionário.

Para serem válidas, todas as condições exigidas pelo SMC nº 14.28 e pela Regra 190-250 dos Direitos Humanos de Seattle devem ser cumpridas. Isto inclui, mas não está limitado a:

- Um funcionário não pode ser pressionado a assinar a renúncia.
- O empregador não pode sugerir ou dar a entender que o funcionário é obrigado a assinar.
- O formulário de renúncia deve ser preenchido por completo.
- O formulário de renúncia não pode ser alterado de forma alguma.
- Este formulário deve ser fornecido ao funcionário em seu idioma materno. Este formulário está disponível em outros idiomas no site do Office of Labor Standards.

O plano do empregador para cobrir os gastos com saúde para: _____
(Nome e sobrenome do funcionário)

S/N	Tipo de despesa	Valor mensal
	Pagamento(s) de seguro saúde realizados pelo empregador	
	Pagamento(s) para conta-poupança saúde	
	Pagamentos para conta de reembolso de saúde	
	Pagamento para conta de despesas flexíveis	
	Outros (especificar):	
	Pagamentos normais de renda	

Contato do empregador: Para funcionários com dúvidas a respeito de despesas com saúde

Nome do empregador	
Endereço do empregador	
Pessoa de contato do empregador	
E-mail e telefone de contato	



PARTE B. INFORMAÇÕES SOBRE OS DIREITOS DOS FUNCIONÁRIOS

Os funcionários devem ler com atenção


Nome do funcionário (primeiro e último): _____

A lei de Seattle exige que o empregador tenha gastos mensais com saúde para você ou em seu nome. Uma despesa com saúde é uma quantia paga pelo seu empregador para lhe proporcionar acesso a serviços de saúde. Por exemplo, seu empregador pode:

- Fazer pagamentos para inscrever você em um programa de seguro-saúde;
- Fazer pagamentos em uma conta-poupança saúde ou conta de reembolso de saúde para você; e/ou
- Fazer pagamentos normais de renda a você.

Seu empregador pode escolher de que forma cumprir suas obrigações legais. O valor pago por um empregador varia de acordo com o tamanho do seu agregado familiar. Os valores atuais estão listados no site do OLS.

Sob determinadas circunstâncias, seu empregador será considerado como tendo satisfeito suas despesas de saúde, mesmo que o empregador não tenha feito nenhum pagamento para ou em seu nome. Para que isso aconteça, as informações a seguir devem ser verdadeiras:

<ol style="list-style-type: none"> 1. O plano do empregador para pagar as despesas satisfaria totalmente a quantia devida a você. 2. O plano do empregador não exige que você pague mais de um determinado valor em dólares (mostrado abaixo) para ter acesso às despesas de saúde (por exemplo, pagamentos de prêmios de seguro-saúde). 3. Você voluntariamente recusa todo ou parte do plano de pagamento do empregador. 4. Você assina esta renúncia voluntária. 	<p>Este valor em dólares muda a cada ano e é disponibilizado antes de 1º de julho. O valor pode ser consultado no site da Agência de Normas Trabalhistas (Office of Labor Standards). Acesse seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections/improving-access-to-medical-care-for-hotel-employees-ordinance ou escaneie o código QR abaixo para saber o valor atual. <i>Se o seu empregador exigir que você pague mais do que esse valor, ele deverá fornecer todas as despesas de saúde devidas a você e você não poderá renunciar aos seus direitos às proteções da lei.</i></p> 
--	---

O EMPREGADOR DEVE PREENCHER ESTA SEÇÃO:

Para o ano civil de _____, o **valor determinado em dólares** é _____ por mês.
(ano atual) (20% da despesa mensal ajustada para funcionários sem cônjuge, companheiros ou dependentes)



Nome do funcionário (primeiro e último): _____

Quando isso acontecerá? Normalmente, isso acontecerá se seu empregador planeja cumprir suas obrigações fazendo pagamentos para inscrevê-lo em um programa de seguro-saúde.

Se você recusar alguma ou toda forma escolhida pelo seu empregador para pagar as despesas, seu empregador poderá solicitar que você renuncie ao seu direito de receber essas despesas assinando esta renúncia.

Se assinar esse formulário, você estará dizendo ao empregador que ele pode parar de ter despesas obrigatórias de saúde com você ou em seu nome. A renúncia é válida somente por um ano. O empregador deve obter anualmente um formulário atualizado dizendo que você deseja renunciar aos seus direitos.

Você também pode revogar (cancelar) uma renúncia voluntária a qualquer momento durante o período de inscrição anual em aberto ou devido a um evento que o torne elegível para cobertura de saúde por este empregador. Este cancelamento deve ser feito por escrito. Há um texto disponível no site do OLS que pode ser usado de exemplo.

Se você NÃO assinar, mas continuar a recusar total ou parcialmente as despesas de saúde, seu empregador não precisará ter uma despesa com saúde para você.

Se você NÃO assinar, mas NÃO continuar a recusar total ou parcialmente as despesas de saúde, seu empregador deverá ter uma despesa com saúde para você.



RENÚNCIA VOLUNTÁRIA DO FUNCIONÁRIO

Assine somente se desejar renunciar aos seus direitos

Nome do funcionário (primeiro e último): _____

Ao assinar abaixo, certifico sob pena de perjúrio sob as leis do Estado de Washington, que o seguinte é verdadeiro:

- Eu li e compreendi as informações acima sobre meus direitos perante a lei.
- Recuso toda ou parte das despesas de saúde que meu empregador escolheu para mim, o que está listado na Parte A deste formulário.
- Desejo renunciar ao meu direito de receber despesas de saúde deste empregador.
- Entendo que esta renúncia é válida por um ano.
- Entendo que posso cancelar esta renúncia por escrito.
- Se tiver dúvidas, posso falar com a pessoa de contato do empregador listada na Parte A deste formulário.

Nome do funcionário			
Assinatura			
Data		Local (cidade, estado)	