



### SMC 14.28 Voluntary Ordinance (ORD) Waiver

ځینې کارمندان ممکن د هویل کارمندانو لپاره طبي پاملرنې ته د غوره لاسرسۍ، SMC 14.28 Seattle Municipal Code (SMC) لاندې د روغتیا پاملرنې لگښتونو په تړاو خپلو حقونو څخه تیر شي. هغه کارمندان چې غواړي لاس په سر شي باید دا فورمه په بشپړ ډول ولولي ترڅو مشخص شي چې آیا هغوی د لاس په سر کیدو مستحق دي.

د دې فورمې سره تړاو لرونکي کارگومارونکي او کارمندان کولی شي په 206-256-5297 شمیره د Office of Labor Standards (OLS)، د کاري معیارونو دفتر) سره اړیکه ونیسي یا د OLS ویب سایټ <http://www.seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections> ته ورشي.

### برخه A. د کارگومارونکو لپاره معلومات کارگومارونکي کارمند ته د فورمې ورکولو څخه مخکې باید دا بیاکتنه او مکمل کړي.

د دې لپاره چې اعتبار ولري، د SMC 14.28 او Seattle Human Rights Rule 190-220 له مخې د ابراء ټول شرایط باید پوره شي. پدې کې د محدودیت پرته شامل دي:

- یوازې هغه کارمندان چې د بلې سرچینې څخه د روغتیا پوښښ لري کولی شي پوښښ څخه تیر شي.
- په کارمند باید د ابراء لیک لپاره فشار وانه چول شي.
- کارگومارونکي باید وړاندیز یا څرگندونه ونکړي چې کارمند باید اړ وي لاسلیک وکړي.
- د ابراء لیک فورمه باید په بشپړ ډول تکمیل شي.
- د ابراء لیک فورمه کې باید په هیڅ ډول بدلون رانه ورل شي.
- دا فورمه باید کارمند ته د هغه لومړنۍ ژبه کې ورکړل شي. دا فورمه د Office of Labor Standards ویب سایټ کې په نورو ژبو کې شتون لري.

### د رضایت وروغتیا پاملرنې لگښت لپاره د کارگومارونکي پلان لپاره د: د کارمند نوم او تخلص

Y/N	د لگښت نوع	مياشتنۍ مقدار
	د کارگومارونکي لخوا سپانسر شوي روغتيايي بیمې ته تاديات	
	د روغتيا سپما حساب ته تاديات	
	د روغتيا د لگښت جبران کولو حساب ته تاديات	
	د انعطافي مصرف حساب ته تاديه	
	نور: / [مشخص يې کړئ]	
	د عادي عايد تاديات	

### د کارگومارونکي اړیکې: د روغتیا پاملرنې لگښتونو پورې اړوند پوښتنو په موخه د کارمندانو لپاره

د کارگومارونکي نوم	
د کارگومارونکي پته	
د کارگومارونکي د اړیکې فرد	
د اړیکې بریښنالیک او تلیفون	



## برخه B. د کارمندانو لپاره د هغوی د حقونو په اړه معلومات کارمندان باید دا په دقت سره ولولي.

د سیاتل د قانون له مخې دا کارگومارونکی اړ دی چې تاسې ته یا ستاسې په استازیتوب د روغتیا پاملرنې میاشتني لگښتونو هڅو کړي. د روغتیا پاملرنې لگښت یو مقدار پیسې دي چې ستاسې د کارگومارونکي لخوا د روغتیا پاملرنې خدمتونو ته ستاسې د لاسرسي لپاره تادیه کيږي. د مثال په توګه، ستاسې کارگومارونکی کولی شي:

- د روغتیا بیمې پروګرام کې ستاسې داخلولو لپاره تادیات وکړي؛
- ستاسې لپاره د روغتیا سپما حساب یا د روغتیا لگښتونو جبران کولو حساب ته تادیات وکړي؛ او/یا
- تاسې ته د عادي عاید تادیات وکړي.

ستاسې کارگومارونکی انتخابوي چې په کومه طریقه (طریقو) خپل قانوني مکلفیت پوره کړي. کوم مقدار پیسې چې یو کارگومارونکی تادیه کوي هغه ستاسې د کورنۍ د اندازې په پام کې نیولو سره مختلف کیدی شي. اوسني مقدارونه د OLS ویب سایټ کې ورکړل شوي دي.

د قانون له مخې دا کارگومارونکی مکلف دی د روغتیا پاملرنې لگښتونه ورکړي حتی که تاسې د بلې سرچینې څخه د روغتیا پوښښ ولری. مګر ستاسې کارگومارونکی کولی شي غوښتنه وکړي چې تاسې د دې لگښتونو تر لاسه کولو لپاره د خپل حق څخه تیر شئ که تاسې اوسمهال د بلې سرچینې څخه د روغتیا پوښښ تر لاسه کوئ. تاسې اړ نه یې موافق اوسئ.

که تاسې لاسلیک وکړئ، تاسې خپل کارگومارونکي ته وایي چې تاسې د بلې سرچینې څخه د روغتیا پوښښ لری او دا چې هغه کولی شي تاسې ته یا ستاسې په استازیتوب د اجباري روغتیا پاملرنې لگښتونو ورکړه بنده کړي. ابراء لیک د یوه کال لپاره اعتبار لري. کارگومارونکی باید هر کال تازه فورمه تر لاسه کړي چې تاسې غواړئ د خپلو حقونو څخه تیر شئ.

تاسې همدارنګه کولی شئ داوطلب ابراء لیک د کلني پرانیستي داخلي د مودې پرمهال لغو (رد) کړئ یا د کومې داسې پېښې له امله چې د دې کارگومارونکي لخوا د روغتیا پوښښ لپاره تاسې مستحق ګرځوي. دا رد کول باید په لیکلي بڼه وي. د ادبیاتو بیلګه چې تاسې یې کارولی شئ د OLS ویب سایټ کې شتون لري.

## د کارمند په خپله خوښه ابراء لیک یوازې په هغه صورت کې یې لاسلیک کړئ که تاسې غواړئ د خپلو حقونو څخه تیر شئ.

لاندي په لاسلیک کولو سره، زه د واشنګټن ایالت د قوانینو لاندي د دروغو شهادت مجازاتو لاندي تصدیق کوم چې لاندي بیان رښتیا دی:

- ما د قانون لاندي زما د حقونو په اړه پورته ورکړل شوي معلومات لوستلي او ورباندي پوهیږم.
- زه د بلې سرچینې څخه چې ما لاندي معرفي کړې مناسب، د لوړ کیفیت روغتیا پوښښ تر لاسه کوم.
- زه غواړم د دې کارگومارونکي څخه زما د روغتیا پاملرنې لگښتونو تر لاسه کولو حق څخه تیر شم.
- زه پوهیږم چې دا ابراء لیک د یوه کال لپاره اعتبار لري.
- زه پوهیږم چې زه کولی شم په لیکلي توګه دا ابراء لغو کړم.
- که زه پوښتنې ولرم، زه کولی شم د دې فورمې په برخه A کې ورکړل شوي د کارگومارونکي د اړیکې فرد سره اړیکه نیسم.

د کارمند نوم	نوم تخلص	زه بیمه تر لاسه کوم څخه د:	د سرچینې نوم
لاسلیک			
نېټه (کال/میاشت/ورځ)		موقعیت	