



SMC 14.28 Voluntary Ordinance (ORD) Waiver

Деякі працівники можуть відмовитися від своїх прав на витрати на охорону здоров'я відповідно до положень про поліпшення доступу до медичної допомоги для працівників готелів, Seattle Municipal Code (SMC, Муніципальний кодекс м. Сіетл), розділ 14.28. Працівники, які бажають відмовитися, повинні уважно прочитати цю форму, щоб визначити, чи мають вони право на відмову.

Роботодавці та працівники, які мають запитання щодо цієї форми, можуть звернутися до Office of Labor Standards (OLS, Управління з питань трудових стандартів) за номером 206-256-5297 або відвідати вебсайт OLS за посиланням <http://www.seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections>.

Розділ А. ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ РОБОТОДАВЦІВ

Роботодавці повинні переглянути та заповнити цю форму, перш ніж надати її працівникові.

Щоб форма була дійсною, необхідно виконати всі умови, передбачені згідно із SMC 14.28 і Seattle Human Rights Rule 190-220. Це стосується, зокрема, викладеного нижче.

- Тільки працівники, які мають медичне страхування з іншого джерела, можуть відмовитися від страхових виплат.
- На працівників не можна чинити тиск, щоб вони підписали відмову.
- Роботодавець не може пропонувати або мати на увазі, що працівник повинен підписати цю форму.
- Форму відмови необхідно заповнити повністю.
- Форму відмови заборонено змінювати будь-яким чином.
- Цю форму необхідно надати працівникові основною мовою, якою він спілкується. Ця форма доступна іншими мовами на вебсайті Office of Labor Standards.

План роботодавця щодо покриття витрат на охорону здоров'я для:

| ТАК/НІ | Тип витрат | Щомісячна сума |
|--------|--|----------------|
| | Виплата(и) на користь програми медичного страхування, що фінансується роботодавцем | |
| | Виплата(и) на медичний ощадний рахунок | |
| | Виплати на рахунок відшкодування витрат на охорону здоров'я | |
| | Виплати на рахунок гнучких витрат | |
| | Інше: [укажіть] | |
| | Звичайні виплати доходу | |

Контактні дані роботодавця: для працівників у разі виникнення питань, пов'язаних із витратами на охорону здоров'я

| | |
|--|--|
| Роботодавець | |
| Адреса роботодавця | |
| Контактна особа роботодавця | |
| Контактна електронна адреса та телефон | |



Розділ Б. ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ ПРАЦІВНИКІВ ПРО ЇХНІ ПРАВА

Працівники повинні уважно прочитати це.

Згідно із законодавством міста Сіетл, роботодавець зобов'язаний щомісяця здійснювати витрати на охорону здоров'я на вашу користь або від вашого імені. Витрати на охорону здоров'я – це сума грошей, яку сплачує ваш роботодавець, щоб забезпечити вам доступ до медичних послуг. Наприклад, ваш роботодавець може:

- здійснювати платежі, щоб зарахувати вас до програми медичного страхування;
- здійснювати платежі на ваш медичний ощадний рахунок або рахунок відшкодування витрат на охорону здоров'я; і/або
- здійснювати звичайні виплати доходу.

Ваш роботодавець вибирає один або кілька способів виконання своїх юридичних зобов'язань. Сума, яку сплачує роботодавець, залежить від розміру вашого домогосподарства. Поточні суми вказані на вебсайті OLS.

Закон зобов'язує роботодавця оплачувати витрати на медичне обслуговування, **навіть якщо** ви маєте медичну страховку з іншого джерела. Однак роботодавець може попросити вас відмовитися від вашого права на отримання цих витрат, якщо ви наразі отримуєте медичне страхування з іншого джерела. Ви не зобов'язані погоджуватися.

Якщо ви підписуєте цю форму, ви повідомляєте роботодавця про те, що у вас є медичне страхування з іншого джерела та що він може припинити здійснювати обов'язкові витрати на охорону здоров'я на вашу користь або від вашого імені. Ця відмова дійсна протягом одного року. Роботодавець повинен отримувати оновлену форму щороку, коли ви бажаєте відмовитися від своїх прав.

Ви також можете відкликати (анулювати) добровільну відмову протягом будь-якого періоду щорічного відкритого зарахування або через подію, з огляду на яку ви набуваєте право на медичне страхування від роботодавця. Таке анулювання необхідно здійснити в письмовій формі. Зразок формулювання, який ви можете використовувати, доступний на вебсайті OLS.

ДОБРОВІЛЬНА ВІДМОВА ПРАЦІВНИКА

Підписуйте, тільки якщо ви бажаєте відмовитися від своїх прав.

Підписуючись нижче, я підтверджую під страхом покарання за неправдиві свідчення згідно із законами штату Вашингтон, що зазначене далі є правдою:

- Я розумію викладену вище прочитану інформацію про мої права, передбачені законом.
- Я отримую доступне, високоякісне медичне страхування з іншого джерела, яке вказую нижче.
- Я бажаю відмовитися від свого права на отримання витрат на медичне обслуговування від цього роботодавця.
- Я розумію, що ця відмова дійсна протягом одного року.
- Я розумію, що можу скасувати відмову в письмовій формі.
- Якщо в мене виникнуть запитання, я можу звернутися до контактної особи роботодавця, указаної в розділі А цієї форми.

| | | | |
|----------------|--|---------------------|--|
| ПІБ працівника | | У мене є страховка: | |
| Підпис | | | |
| Дата | | Місцезнаходження | |