Seattle Office of Labor Standards

Voluntary Healthcare Expenditure (EXP) Waiver Theo SMC 14.28 - 2022

Biểu mẫu này có thể được cung cấp cho nhân viên từ chối đề nghị sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe bắt buộc hàng tháng của chủ lao động theo Seattle Municipal Code (SMC, Bộ Luật Thành Phố Seattle) 14.28, Tăng Cường Tiếp Cận Chăm Sóc Y Tế cho Người Lao Động tại Khách Sạn. Người lao động muốn khước từ cần đọc kỹ biểu mẫu này để xác định liệu họ có hội đủ điều kiện để khước từ hay không.

Chủ lao động và người lao động có thắc mắc về biểu mẫu này có thể liên hệ với Office of Labor Standards (OLS, Văn Phòng Tiêu Chuẩn Lao Động*) theo số 206-256-5297 hoặc truy cập trang web của OLS tại* http://www.seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections.

Phần A. THÔNG TIN DÀNH CHO CHỦ LAO ĐỘNG

Chủ lao động cần xem xét và hoàn thành biểu mẫu này trước khi cung cấp biểu mẫu cho nhân viên.

Để có giá trị, mọi điều kiện bắt buộc theo SMC 14.28 và Seattle Human Rights Rule (Quy Định về Nhân Quyền của Seattle) 190-250 phải được thỏa mãn. Các điều kiện đó bao gồm nhưng không chỉ gồm:

- Người lao động không bị ép buộc ký biểu mẫu khước từ này.
- Chủ lao động không được gợi ý hay ám chỉ rằng người lao động bắt buộc phải ký tên.
- Biểu mẫu khước từ phải được điền đầy đủ.
- Biểu mẫu khước từ không bị chỉnh sửa theo bất kỳ cách nào.
- Biểu mẫu này phải được cung cấp cho người lao động bằng ngôn ngữ chính của họ. Biểu mẫu này có sẵn bằng các ngôn ngữ khác trên trang web của Office of Labor Standards.

Kế hoạch của chủ lao động nhằm đáp ứng khoản chi chăm sóc sức khỏe cho: _____

(Tên và Họ của Người Lao Động)

Có/Không	Loại khoản chi	Số tiền hàng tháng
	(Các) Khoản thanh toán cho bảo hiểm sức khỏe do chủ lao động tài trợ	
	(Các) Khoản thanh toán cho tài khoản tiết kiệm y tế	
	Các khoản thanh toán cho tài khoản bồi hoàn y tế	
	Thanh toán cho tài khoản chi tiêu linh hoạt	
	Khác (nêu rõ):	
	Các khoản thanh toán vào thu nhập bình thường	

Thông Tin Liên Hệ của Chủ Lao Động: *Dành cho người lao động có thắc mắc liên quan đến khoản chi chăm sóc sức khỏe*

Tên của Chủ Lao Động	
Địa Chỉ của Chủ Lao Động	
Người Liên Hệ của Chủ Lao Động	
Email và Điện Thoại Liên Hệ	

Chủ lao động và người lao động nên giữ một bản sao của tài liệu này.

Phiên bản: 02/2022

Seattle Office of Labor Standards

Phần B. THÔNG TIN DÀNH CHO NGƯỜI LAO ĐỘNG VỀ CÁC QUYỀN CỦA HỌ

Người lao động nên đọc kỹ phần này.

Tên của Người Lao Động (Tên và Họ): _____

Luật của Seattle yêu cầu chủ lao động này thanh toán cho khoản chi chăm sóc sức khỏe hàng tháng cho quý vị hoặc thay mặt quý vị. Khoản chi chăm sóc sức khỏe là số tiền chủ lao động chi trả để cho phép quý vị tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Ví dụ, chủ lao động của quý vị có thể:

- Thực hiện thanh toán để ghi danh cho quý vị vào một chương trình bảo hiểm sức khỏe;
- Thực hiện thanh toán vào tài khoản tiết kiệm y tế hoặc tài khoản bồi hoàn y tế cho quý vị; và/hoặc
- Thực hiện thanh toán vào thu nhập bình thường của quý vị.

Chủ lao động của quý vị có thể chọn (những) cách đáp ứng nghĩa vụ pháp lý của họ. Số tiền mà chủ lao động chi trả sẽ khác nhau dựa trên số người trong hộ gia đình quý vị. Số tiền hiện tại được ghi trên trang web của OLS.

Trong các trường hợp cụ thể, chủ lao động của quý vị sẽ được coi là đáp ứng yêu cầu về khoản chi chăm sóc sức khỏe cho quý vị ngay cả khi chủ lao động không thực hiện bất kỳ khoản thanh toán nào cho quý vị hoặc thay mặt quý vị. Để việc đó xảy ra, những điều kiện sau phải được đáp ứng:

1. Kế hoạch thanh toán cho khoản chi của chủ lao động sẽ thỏa mãn đầy đủ số tiền nợ quý vị.
2. Kế hoạch không yêu cầu quý vị thanh toán nhiều hơn $87.40/tháng (2021) để có quyền tiếp cận khoản chi chăm sóc sức khỏe (ví dụ: thanh toán phí bảo hiểm cho bảo hiểm sức khỏe do chủ lao động tài trợ).
3. Quý vị tự nguyện từ chối toàn bộ hay một phần kế hoạch thanh toán của chủ lao động.
4. Quý vị ký biểu mẫu tự nguyện khước từ này.

Khi nào thì điều này xảy ra? Thông thường, điều này sẽ xảy ra nếu chủ lao động của quý vị dự định đáp ứng các nghĩa vụ của mình bằng cách thực hiện thanh toán để ghi danh cho quý vị vào một chương trình bảo hiểm sức khỏe.

Nếu quý vị từ chối bất kỳ hoặc toàn bộ cách thức thanh toán cho khoản chi mà chủ lao động của quý vị chọn, thì chủ lao động của quý vị có thể yêu cầu quý vị khước từ quyền nhận những khoản chi này bằng cách ký biểu mẫu khước từ.

Nếu quý vị ký biểu mẫu này, quý vị đang báo với chủ lao động rằng họ có thể ngừng thanh toán cho khoản chi chăm sóc sức khỏe bắt buộc cho quý vị hoặc thay mặt quý vị. Biểu mẫu khước từ này chỉ có giá trị trong một năm. Chủ lao động phải thu thập biểu mẫu cập nhật hàng năm cho thấy quý vị muốn khước từ các quyền của mình.

Quý vị cũng có thể thu hồi (hủy bỏ) biểu mẫu khước từ tự nguyện trong bất kỳ giai đoạn nào của kỳ ghi danh mở hàng năm hoặc do một sự kiện giúp quý vị hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm sức khỏe từ chủ lao động này. Quý vị phải hủy bỏ bằng văn bản. Quý vị có thể sử dụng mẫu hủy bỏ có trên trang web của OLS.

Nếu quý vị KHÔNG ký tên nhưng tiếp tục từ chối toàn bộ hay một phần khoản chi chăm sóc sức khỏe, thì chủ lao động của quý vị không phải thanh toán cho khoản chi chăm sóc sức khỏe cho quý vị.

Nếu quý vị KHÔNG ký tên nhưng KHÔNG tiếp tục từ chối toàn bộ hay một phần khoản chi chăm sóc sức khỏe, thì chủ lao động của quý vị phải thanh toán cho khoản chi chăm sóc sức khỏe cho quý vị.

Seattle Office of Labor Standards

BIỂU MẪU KHƯỚC TỪ TỰ NGUYỆN CỦA NHÂN VIÊN

Chỉ ký tên nếu quý vị muốn từ bỏ các quyền của mình.

Tên của Người Lao Động (Tên và Họ): _____

Bằng cách ký tên dưới đây, theo hình phạt của tội khai man theo luật pháp của Tiểu Bang Washington, tôi xác nhận rằng thông tin dưới đây là đúng:

- Tôi đã đọc và hiểu các thông tin phía trên về quyền của tôi theo luật pháp.
- Tôi từ chối toàn bộ hoặc một phần khoản chi chăm sóc sức khỏe mà chủ lao động của tôi đã chọn cho tôi như được liệt kê ở Phần A trong biểu mẫu này.
- Tôi muốn từ bỏ quyền nhận khoản chi chăm sóc sức khỏe của mình từ chủ lao động này.
- Tôi hiểu rằng biểu mẫu khước từ này có giá trị trong một năm.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể hủy bỏ quyết định khước từ này bằng văn bản.
- Nếu tôi có câu hỏi, tôi có thể liên hệ với người liên hệ của chủ lao động có tên ở Phần A trong biểu mẫu này.

Tên Nhân Viên			
Chữ Ký			
Ngày		Địa Điểm (Thành Phố, Tiểu Bang)	

Chủ lao động và người lao động nên giữ một bản sao của tài liệu này.

Phiên bản: 02/2022