Seattle Office of Labor Standards

# SMC 14.28 Voluntary Healthcare Expenditure (EXP) Waiver - 2023

यह फॉर्म उस कर्मचारी को दिया जा सकता है जिसने Seattle Municipal Code (SMC) 14.28 के तहत होटल कर्मचारियों के लिए चिकित्सा देखभाल में सुधार के लिए मिलने वाले आवश्यक मासिक स्वास्थ्य देखभाल खर्च के प्रस्ताव को अस्वीकार कर दिया है। यह प्रस्ताव नियोक्ता द्वारा दिया गया होता है। जो कर्मचारी इसे छोड़ना चाहते हैं उन्हें इस फॉर्म को अच्छी तरह से पढ़ना चाहिए ताकि वे यह सुनिश्चित कर सके कि क्या वे इसे छोड़ने के पात्र हैं।

जिन नियोक्ताओं और कर्मचारियों के पास इस फॉर्म से जुड़े कोई सवाल हैं वे Office of Labor Standards (OLS, श्रम मानक कार्यालय) को 206-256-5297 पर कॉल कर सकते हैं या OLS की वेबसाइट देखने के लिए http://www.seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections पर जा सकते हैं।

## *भाग क. नियोक्ताओं के लिए सूचना*

*किसी कर्मचारी को फॉर्म देने से पहले नियोक्ताओं को इसकी समीक्षा करनी चाहिए और इसे पूरा करना चाहिए।*

मान्य होने के लिए SMC 14.28 और Seattle Human Rights Rule 190-250 द्वारा आवश्यक सभी शर्तें पूरी की जानी चाहिए। इसमें निम्नलिखित बातें शामिल हैं पर ये इन्हीं तक सीमित नहीं है:

- छूट पर हस्ताक्षर करने के लिए किसी कर्मचारी पर दबाव नहीं डाला जा सकता है।
- एक नियोक्ता यह सुझाव या संकेत नहीं दे सकता है कि कर्मचारी के लिए हस्ताक्षर करना जरूरी है।
- छूट फॉर्म पूरी तरह से भरा होना चाहिए।
- छूट फॉर्म में किसी भी तरह का बदलाव नहीं किया जा सकता है।
- कर्मचारी को यह फॉर्म उनकी प्राथमिक भाषा में दिया जाना चाहिए। यह फॉर्म Office of Labor Standards की वेबसाइट पर दूसरी भाषाओं में उपलब्ध है।

स्वास्थ्य देखभाल से जुड़े खर्च को पूरा करने के लिए नियोक्ता की योजना:
कर्मचारी का नाम (पहला और आखिरी): ______________________________

| हाँ/ना | खर्च का प्रकार | मासिक राशि |
|---|---|---|
| | नियोक्ता द्वारा प्रायोजित स्वास्थ्य बीमा के लिए भुगतान | |
| | स्वास्थ्य हेतु बचत खाते के लिए भुगतान | |
| | स्वास्थ्य प्रतिपूर्ति खाते के लिए भुगतान | |
| | फ्लेक्सिबल खर्च के खाते के लिए भुगतान | |
| | अन्य (निर्दिष्ट करें): | |
| | साधारण आय भुगतान | |

नियोक्ता का पता: स्वास्थ्य देखभाल के खर्च से जुड़े सवालों वाले कर्मचारियों के लिए

| | |
|---|---|
| नियोक्ता का नाम | |
| नियोक्ता का पता | |
| नियोक्ता का कॉन्टैक्ट व्यक्ति | |
| संपर्क करने के लिए ईमेल और फ़ोन नंबर | |

## *भाग ख. कर्मचारियों के लिए उनके अधिकारों से जुड़ी जानकारी*

*कर्मचारियों को इसे ध्यान से पढ़ना चाहिए।*

कर्मचारी का नाम (पहला और आखिरी): ______________________________________________

सिएटल कानून के तहत इस नियोक्ता को आपको या आपकी ओर से मासिक स्वास्थ्य देखभाल के लिए भुगतान करना होगा। स्वास्थ्य देखभाल के लिए किया गया खर्च वह राशि है जिसका भुगतान आपका नियोक्ता आपको स्वास्थ्य सेवाओं का लाभ प्रदान करने के लिए करता है। उदाहरण के लिए, आपका नियोक्ता निम्नलिखित चीज़े कर सकता है:

- स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम में आपका नामांकन कराने के लिए भुगतान करना;
- स्वास्थ्य बचत खाते या स्वास्थ्य प्रतिपूर्ति खाते में आपके लिए भुगतान करना; और/या
- आपको सामान्य आय भुगतान करना।

आपका नियोक्ता अपने कानूनी दायित्वों को पूरा करने के तरीके का चुनाव अपने हिसाब से कर सकता है। नियोक्ता द्वारा भुगतान की जाने वाली राशि, आपके परिवार के आकार के आधार पर अलग-अलग होती है। वर्तमान राशियाँ OLS की वेबसाइट पर दी गई हैं।

कुछ परिस्थितियों में यह माना जाएगा कि आपके नियोक्ता ने आपके लिए अपने स्वास्थ्य देखभाल की राशि खर्च कर दी है, भले ही उसने आपको या आपकी ओर से कोई भुगतान नहीं किया हो। ऐसा होने के लिए निम्नलिखित बातों का पक्का होना जरूरी है:

1. खर्च का भुगतान करने के लिए नियोक्ता की योजना आपके बकाया राशि की पूरी भरपाई करती है।
2. स्वास्थ्य देखभाल से जुड़े खर्चों (उदाहरण के लिए नियोक्ता-प्रायोजित स्वास्थ्य बीमा के लिए प्रीमियम भुगतान) के लाभ हेतु बनी योजना के लिए आपको प्रति माह $103.60 (2023) से अधिक का भुगतान करने की जरूरत नहीं है।
3. भुगतान हेतु नियोक्ता की योजना के सभी या आंशिक भागों को अपनी स्वेच्छा से अस्वीकार करते हैं।
4. आप इस स्वैच्छिक छूट पर हस्ताक्षर करते हैं।

ऐसा कब होगा? आमतौर पर, यह तब होगा जब आपका नियोक्ता आपको स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम में नामांकित करने के लिए भुगतान करके अपने दायित्वों को पूरा करना चाहता हो।

अगर आप अपने नियोक्ता द्वारा स्वास्थ्य खर्च का भुगतान करने के लिए चुने गए किसी या सभी तरीके को अस्वीकार करते हैं तो आपका नियोक्ता आपसे इस छूट पर हस्ताक्षर करके खर्च की इस राशि को पाने के अपने अधिकार को छोड़ने का अनुरोध कर सकता है।

अगर आप इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करते हैं तो इसका मतलब है कि आप चाहते हैं यह नियोक्ता आपको या आपकी ओर से स्वास्थ्य से जुड़े अनिवार्य खर्च करना बंद कर सकता है। छूट केवल एक साल के लिए अच्छी है। नियोक्ता को हर साल एक अपडेटेड फॉर्म देना होगा जिसमें यह बताया गया हो कि आप अपने अधिकारों को छोड़ना चाहते हैं।

आप वार्षिक खुले नामांकन के दौरान कभी भी या किसी ऐसी घटना के कारण अपने स्वैच्छिक छूट को रद्द कर सकते हैं जो आपको अपने नियोक्ता द्वारा स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा पाने के योग्य बनाती है। रद्द करने की यह प्रक्रिया लिखित रूप में होनी चाहिए। इस प्रक्रिया में इस्तेमाल की जाने वाली भाषा के नमूने को OLS की वेबसाइट से प्राप्त कर सकते हैं।

अगर आप हस्ताक्षर नहीं करते हैं लेकिन स्वास्थ्य देखभाल से जुड़े खर्चों के सभी या कुछ हिस्से को अस्वीकार करना जारी रखते हैं, तो आपके नियोक्ता को आपके लिए स्वास्थ्य देखभाल के लिए खर्च करने की जरूरत नहीं होगी। अगर आप हस्ताक्षर नहीं करते हैं लेकिन स्वास्थ्य देखभाल से जुड़े खर्चों के सभी या कुछ हिस्से को अस्वीकार करना जारी नहीं रखते हैं, तो आपके नियोक्ता को आपके लिए स्वास्थ्य देखभाल के लिए खर्च करना होगा।

Seattle Office of Labor Standards

## *कर्मचारी के लिए स्वैच्छिक छूट*

*अगर आप अपने अधिकारों को छोड़ना चाहते हैं तो ही हस्ताक्षर करें।*

कर्मचारी का नाम (पहला और आखिरी): ______________________________________________

नीचे हस्ताक्षर करके मैं वाशिंगटन राज्य के कानूनों के तहत आने वाले झूठी गवाही के दंड के तहत प्रमाणित करता/करती हूँ कि निम्नलिखित बातें सच है:

- मैंने कानून के तहत अपने अधिकारों के बारे में उपरोक्त जानकारी को पढ़ लिया है और उसे समझता/समझती हूँ।
- मैं अपने नियोक्ता द्वारा मेरे लिए चुने गए सभी या कुछ स्वास्थ्य देखभाल से जुड़े खर्चों को अस्वीकार करता/करती हूँ, जो कि इस फॉर्म के भाग क में दिए गए हैं।
- मैं इस नियोक्ता से स्वास्थ्य देखभाल से जुड़े खर्च प्राप्त करने का अपना अधिकार छोड़ना चाहता/चाहती हूँ।
- मैं यह समझता/समझती हूँ कि छूट केवल एक साल के लिए अच्छी है।
- मैं समझता/समझती हूँ कि मैं इस छूट को लिखित में रद्द कर सकता/सकती हूँ।
- अगर मेरे कोई सवाल हैं तो मैं इस फॉर्म के भाग क में दिए गए नियोक्ता व्यक्ति के कॉन्टैक्ट से संपर्क कर सकता/सकती हूँ।

| | | | |
|---|---|---|---|
| कर्मचारी का नाम | | | |
| हस्ताक्षर | | | |
| तिथि | | स्थान (शहर, राज्य) | |


नियोक्ता और कर्मचारी को इस दस्तावेज़ की एक प्रति अपने पास रखनी चाहिए।
संस्करण: 10/01/2022