

SMC 14.28 Voluntary Healthcare Expenditure (EXP) Waiver - 2024 (التنازل الطوعي عن نفقات الرعاية الصحية)

يمكن تقديم هذا النموذج إلى الموظف الذي رفض عرض جهة العمل لنفقات الرعاية الصحية الشهرية المطلوبة بموجب باب "تحسين إمكانية الاستفادة من الرعاية الطبية لموظفي الفنادق" رقم 14.28 من قانون (SMC) Seattle Municipal Code، قانون بلدية سياتل. ينبغي للموظفين الذين يرغبون في التنازل أن يقرؤوا هذا النموذج بعناية لتحديد مدى أهليتهم للتنازل عن هذا الحق.

يمكن لجهات العمل والموظفين الذين لديهم أسئلة عن هذا النموذج التواصل مع (OLS) Office of Labor Standards، مكتب معايير العمل على الرقم 206-256-5297 أو زيارة موقع OLS الإلكتروني <http://www.seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections>

الجزء أ: معلومات لجهات العمل

ينبغي لجهات العمل مراجعة هذا الجزء كاملاً قبل تقديم النموذج إلى الموظف.

كي يكون التنازل فعالاً، يجب الوفاء بجميع شروط التنازل التي ينص عليها قانون SMC 14.28، و Seattle Human Rights Rule 190-250 (قاعدة سياتل لحقوق الإنسان 190-250). ويشمل هذا ما يلي، على سبيل المثال لا الحصر:

- لا يجوز الضغط على الموظف للتوقيع على التنازل.
- لا يجوز لجهة العمل أن تشير إلى وجوب إلزام الموظف بالتوقيع أو تلمح إلى ذلك.
- يجب إكمال نموذج التنازل بالكامل.
- لا يجوز تغيير نموذج التنازل بأي شكل من الأشكال.
- يجب توفير هذا النموذج للموظف بلغته الأساسية. يتوفر هذا النموذج بلغات أخرى على الموقع الإلكتروني الخاص بمكتب Office of Labour Standards.

خطة جهة العمل لتوفير نفقات الرعاية الصحية الخاصة بـ:

(اسم الموظف الأول والأخير)

نعم/لا	نوع النفقات	المبلغ الشهري
	مدفوعات التأمين الصحي الذي ترعاه جهة العمل	
	المدفوعات المقدمة لحساب التوفير الصحي	
	المدفوعات المقدمة لحساب السداد الصحي	
	الدفع المقدم لحساب الإنفاق المرن	
	غير ذلك (حدد):	
	مدفوعات الدخل العادي	

جهة الاتصال لدى جهة العمل: فيما يخص الموظفين الذين لديهم أسئلة تتعلق بنفقات الرعاية الصحية

اسم جهة العمل	
عنوان جهة العمل	
جهة الاتصال لدى جهة العمل	
البريد الإلكتروني لجهة الاتصال ورقمها	

الجزء ب: معلومات للموظفين عن حقوقهم ينبغي للموظفين قراءة هذا الجزء بعناية.

اسم الموظف (الأول والأخير):

يفرض قانون سياتل على جهة العمل دفع نفقات الرعاية الصحية الشهرية لك أو بالنيابة عنك. نفقات الرعاية الصحية هي مبلغ من المال تدفعه جهة العمل ليوفر لك إمكانية الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية. على سبيل المثال، يمكن لجهة العمل:

- تقديم مدفوعات لإلحاقك ببرنامج تأمين صحي؛ و/أو
- تقديم مدفوعات إلى حساب التوفير الصحي أو حساب السداد الصحي لك؛ و/أو
- تقديم مدفوعات الدخل العادي لك.

يجوز لجهة العمل أن تختار الطريقة (الطرق) التي تستوفي بها التزاماتها القانونية. يختلف المبلغ الذي تدفعه جهة العمل وفقاً لحجم أسرتك. ويمكن الحصول على قائمة بالمبالغ الحالية على موقع OLS الإلكتروني.

في ظروف معينة، ستعتبر جهة عملك قد استوفت نفقات الرعاية الصحية الخاصة بك حتى إذا لم تقدم الجهة أي مدفوعات لك أو بالنيابة عنك. ولكي يحدث هذا، يجب أن يتحقق ما يلي:

1. خطة جهة العمل لدفع النفقات تستوفي كامل المبلغ المستحق لك.
2. لا تتطلب الخطة منك دفع أكثر من 106 دولاراً في الشهر (2024) للحصول على إمكانية الاستفادة من نفقات الرعاية الصحية (على سبيل المثال أقساط التأمين الصحي الذي ترعاه جهة العمل).
3. ترفض طوعاً خطة جهة العمل - كلياً أو جزئياً - للدفع.
4. تُوقع على هذا التنازل الطوعي.

متى سيحدث ذلك؟ عادةً ما يحدث هذا إذا خططت جهة العمل للوفاء بالتزاماتها عن طريق تقديم مدفوعات لتسجيلك في برنامج تأمين صحي.

إذا رفضت أي طريقة من طرق دفع النفقات التي اختارتها جهة العمل أو كلها، فبإمكان جهة العمل أن تطلب منك التنازل عن حقك في تلقي هذه النفقات بالتوقيع على هذا التنازل.

إذا وقعت على هذا النموذج، فإنك تخبر جهة العمل هذه أن بإمكانها التوقف عن تقديم نفقات رعاية صحية إلزامية لك أو بالنيابة عنك. يسري التنازل لمدة عام واحد فقط. ويجب على جهة العمل الحصول على نموذج محدث كل عام ترغب فيه في التنازل عن حقوقك.

يمكنك أيضاً الرجوع عن (إلغاء) التنازل الطوعي خلال أي فترة من فترات التسجيل المفتوح السنوي، أو بسبب حدث يجعلك مؤهلاً للتغطية الصحية التي تقدمها جهة العمل هذه. ويجب أن يتم هذا الإلغاء خطياً. يتوفر نموذج اللغة التي يمكنك استخدامها على موقع OLS الإلكتروني.

إذا لم توقع على التنازل وكنت تواصل رفض جميع نفقات الرعاية الصحية أو جزء منها، فلا يتعين على جهة العمل أن تسدد نفقات رعايتك الصحية.

إذا لم توقع على التنازل، ولم تواصل رفض كل نفقات الرعاية الصحية أو جزء منها، فيجب على جهة العمل أن تسدد نفقات الرعاية الصحية لك.



التنازل الطوعي للموظف
لا تُوقع إلا إذا كنت ترغب في التخلي عن حقوقك.

اسم الموظف (الأول والأخير): _____

بالتوقيع أدناه، أقر أنا، تحت طائلة عقوبة شهادة الزور بموجب قوانين ولاية واشنطن، بصحة ما يلي:

- أنني قرأت وفهمت المعلومات الواردة أعلاه عن حقوقي بموجب القانون.
- أنني أرفض كل نفقات الرعاية الصحية التي اختارتها لي جهة العمل أو جزء منها، والتي ترد في "الجزء أ" من هذا النموذج.
- أنني أود التخلي عن حقي في تلقّي نفقات الرعاية الصحية من جهة العمل هذه.
- أنني أفهم أن هذا التنازل سار لمدة عام واحد.
- أنني أفهم أنه يجوز لي إلغاء التنازل كتابياً.
- أنه إذا كانت لدي أسئلة، فيمكنني التواصل مع جهة الاتصال لدى جهة العمل، المذكورة في "الجزء أ" من هذا النموذج.

		اسم الموظف
		التوقيع
	الموقع (المدينة والولاية)	التاريخ