SMC 14.28 Voluntary Healthcare Expenditure (EXP) Waiver (စေတနာအရေ ရာက် ကရန် မာရေ် စောရ်ရေရာက်မှုအသရရ် စရိတ် စွန်ရရွတ်ခြင်း

Improving Access to Medical Care for Hotel Employees (ဟိုရတယ်ဝန်ထမ် မရာ် အတွက်ရ ဝရ် စောရ်ရေရာက်မှု ရယူခွင်ရ တိရ် မြှင်ရခြင်း)
Seattle Municipal Code (SMC, Seattle မြူနီစီပယ် စည် မရည် အစ)ရ14.28 အရ ရစ ိရိရအပ်သော ကရန် မာရေ် စောရ်ရေရာက်မှုအသရရ
ိ စရိတ်အတွက်အရရပ်ရရင်၏ကမ် ရရမ် ခရက်ကိရ်ငြ ရရိထာ် သည်ရာန်ထမ် အား ဤရောင်ပရရစရကိရ ပရရပိရ် ပေ် နိရင်ပရသည်စွန်ရရွတ်ရိရ
ဆားဖြစ်ရန်မှုလိုအပ်သည်။ ဤရောင်ကိရ စေရစေရစပ်စပ် ရတ်ရှု၍ စရနူန် ပြည်ရမီခြင်း ရိရ၊မရိ

ဤဖောင်နှင့်ပတ်သက်သည့်မေးခွန်းများရှိသည့် အလုပ်ရှင်များနှင့် အလုပ်သမားများသည် Office of Labor Standards (OLS, အလုပ်သမားစံနှုန်းများရုံး) 206-256-5297 သို့ ဆက်သွယ်နိုင်သည် သို့မဟုတ် OLS ဝဘ်ဆိုဒ်တွင် http://www.seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections သို့ ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုနိုင်ပါသည်။

အပိုင်း (က)။ အလုပ်ရှင်များအတွက် အချက်အလက်

အလုပ်ရှင်များသည် ဝန်ထမ်းတစ်ဦးအား ဖောင်မပေးမီ ဤအချက်အလက်များအား ပြန်လည်သုံးသပ်ပြီး ဖြည့်စွက်သင့်သည်။

တရားဝင်ရန်၊ SMC 14.28 နှင့် Seattle Human Rights Rule (Seattle လူ့အခွင့်အရေးစည်းမျဉ်း) 190-250 တို့မှ လိုအပ်သော အခြေအနေများအားလုံးကို ဖြည့်ဆည်းပေးရမည်ဖြစ်သည်။ ၎င်းတွင် အောက်ပါအချက်များ ပါဝင်သော်လည်း၊ ကန့်သတ်ထားခြင်းမရှိပါ-

- စွန့်လွှတ်မှုလက်မှတ်ထိုးရန် ဝန်ထမ်းအား ဖိအားမပေးပါ။
- အလုပ်ရှင်သည် ဝန်ထမ်းအား လက်မှတ်ထိုးရန် လိုအပ်ကြောင်း အကြံပြုခြင်း သို့မဟုတ် အဓိပ္ပာယ်ဖွင့်ဆိုခြင်းမပြုရ။
- စွန့်လွှတ်မှုပုံစံကို အပြည့်အဝ ဖြည့်စွက်ရပါမည်။
- စွန့်လွှတ်မှုဖောင်ပုံစံကို မည်သည့်နည်းဖြင့်မျှ ပြောင်းလဲမည်မဟုတ်ပါ။
- ဤဖောင်ကို ဝန်ထမ်းအား ၎င်းတို့၏ မိခင်ဘာသာစကားဖြင့် ပေးဆောင်ရပါမည်။ ဤဖောင်ပုံစံကို Office of Labor Standards ဝဘ်ဆိုက်တွင် အခြားဘာသာစကားများဖြင့် ရနိုင်ပါသည်။

*ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအသုံးစရိတ်ကို ကျေနပ်စေရန်အတွက် အလုပ်ရှင်၏ အစီအစဉ်မှာ-*____

(ဝန်ထမ်းအမည်နှင့် နောက်ဆုံးအမည်)

ဟုတ်/မဟုတ်	အသုံးစရိတ်အမျိုးအစား	လစဉ်ငွေပမာဏ
	အလုပ်ရှင်က ပံ့ပိုးပေးသော ကျန်းမာရေးအာမခံအတွက် ပေးချေမှု(များ)	
	ကျန်းမာရေး ငွေစုအကောင့်သို့ ငွေပေးချေမှု	
	ကျန်းမာရေးပြန်အမ်းငွေအကောင့်အတွက် ငွေပေးချေမှုများ	
	ပြောင်းလွယ်ပြင်လွယ်အသုံးစရိတ်အကောင့်အတွက် ငွေပေးချေမှု	
	အခြား (ဖော်ပြပါ)-	
	ပုံမှန် ဝင်ငွေ ပေးချေမှုများ	

အလုပ်ရှင်အား ဆက်သွယ်ရန်- ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အသုံးစရိတ်များနှင့် ပတ်သက်သည့် မေးခွန်းများရှိသည့် ဝန်ထမ်းများအတွက်

အလုပ်ရှင်အမည်	
အလုပ်ရှင်လိပ်စာ	
အလုပ်ရှင်ကိုယ်စား ဆက်သွယ်ရန် ပုဂ္ဂိုလ်	
ဆက်သွယ်ရန် အီးမေးလ်နှင့် ဖုန်း	

Seattle Office of Labor Standards

အပိုင်း (ခ)။ ဝန်ထမ်းများအတွက် ၎င်းတို့၏အခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ အချက်အလက်

အောက်ပါ အချက်အလက်များကို ဝန်ထမ်းများ သေချာဖတ်ရှုသင့်ပါသည်။

(ဝန်ထမ်းအမည်နှင့် နောက်ဆုံးအမည်)-____

Seattle ဥပဒေအရ ဤအလုပ်ရှင်သည် သင့်အတွက် သို့မဟုတ် သင့်ကိုယ်စား လစဉ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အသုံးစရိတ်များကို ပြုလုပ်ရန် လိုအပ်သည်။ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအသုံးစရိတ်သည် သင့်အား ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဝန်ဆောင်မှုများသို့ ဝင်ရောက်ခွင့်ပေးရန် သင့်အလုပ်ရှင်က ပေးဆောင်သောငွေပမာဏဖြစ်သည်။ ဥပမာအားဖြင့်၊ သင့်အလုပ်ရှင်သည်-

- ကျန်းမာရေးအာမခံအစီအစဉ်တွင် သင့်အား စာရင်းသွင်းရန် ငွေပေးချေမှုများ ပြုလုပ်နိုင်သည်
- သင့်အတွက် ကျန်းမာရေးငွေစုအကောင့် သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးပြန်အမ်းငွေအကောင့်သို့ ငွေပေးချေမှုများ ပြုလုပ်နိုင်သည်၊ /သို့မဟုတ်
- သင့်အတွက် သာမန်ဝင်ငွေပေးချေမှုများ ပြုလုပ်နိုင်သည်။

သင့်အလုပ်ရှင်သည် ၎င်းတို့၏ တရားဝင်ဝတ္တရားများကို ပြည့်မီရန် နည်းလမ်း(များ)ကို ရွေးချယ်နိုင်မည်။ သင့်အိမ်ထောင်စု၏ အရွယ်အစားပေါ် မူတည်၍ အလုပ်ရှင်က ပေးဆောင်သော ပမာဏ ကွဲပြားသည်။ လက်ရှိပမာဏများကို OLS ဝဘ်ဆိုဒ်တွင် ဖော်ပြထားပါသည်။

အချို့သောအခြေအနေများတွင်၊ <u>အလုပ်ရှင်သည် သင့်ကိုယ်စား သို့မဟုတ် သင့်ကိုယ်စား ပေးချေမှုတစ်စုံတစ်ရာမပြုလုပ်ခဲ့လျှင်ပင်</u> သင့်အတွက် ၎င်း၏ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအသုံးစရိတ်က ကျေနပ်စရာကောင်းသည်ဟု မှတ်ယူမည်ဖြစ်သည်။ ဤကဲ့သို့ ဖြစ်လာရန်အတွက်၊ အောက်ပါအချက်များက မှန်ကန်ရပါမည်။

1. အ ပ် င်၏ အသ ်ေရိတ်ကိ စပ်□စ ာင်ရန် အောအေ်သည် သင် အာ်း စ က်□တင်သည် ပမာဏကိ အခပည် အဝ စက နပ်စေမည်ခ ေ်သည်။ 2. အလုပ်ရှင်၏ အစီအစဉ်အရ ကျန်းမာရေးအသုံးစရိတ် (ဥပမာ - ကျန်းမာရေးအာမခံအတွက် အထူးငွေပေးချေမှုများ) အား ရရှိရန်အတွက် **သတ်မှတ်ထားသော ဒေါ်လာ ပမာဏ** (အောက်တွင်ပြထားသည်) ထက်ပိုမို၍ သင်ပေးဆောင်ရန်မလိုအပ်ပါ။ 3. စပ်□ဖြ ရန် အ ပ် င်၏ အောအေ ်အာ်□ ်ေး သ ိ မဟ တ် တေ်ေိတ်တေ်ပိ င်□ကိ သင် နဒအစ ာက် ခငင်□ပယ်ပ သည်။ 4. သင်သည် ဤ နဒအစ ာက် ေွန် ွ့တ်စကကာင်း က်မ တ်စရ်းထိ ်ေးပ ။	ဤ **သတ်မှတ်ထားသော ဒေါ်လာပမာဏ** သည် နှစ်စဉ်ပြောင်းလဲနေပြီး ဇူလိုင် ၁ ရက်နေ့မတိုင်မီ ရနိုင်မည်ဖြစ်သည်။ ၎င်းပမာဏကို အလုပ်သမားစံနှုန်းရုံး (Office of Labor Standards) ဝက်ဘ်ဆိုက်တွင် တွေ့နိုင်ပါသည်။ <u>လက်ရှိပမာဏကို စစ်ဆေး</u>ရန်အတွက် [seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections/ improving-access-to-medical-care-for-hotel-employees-ordinance](seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections/improving-access-to-medical-care-for-hotel-employees-ordinance) သို့သွားရောက်ပါ သို့မဟုတ် အောက်ပါ QR ကုဒ်ကို စကန်ဖတ်ပါ။ *သင်၏အလုပ်ရှင်သည် သင့်အား ဤပမာဏထက်ပို၍ပေးရန် တောင်းဆိုပါက ၎င်းမှသင့်အား ကျန်းမာရေးအသုံးစရိတ်အပြည့်ပေးရမည်ဖြစ်ပြီး သင်သည် သင်၏အခွင့်အရေးများကို ဥပဒေ၏ အကာအကွယ်အောက်သို့ လွှဲအပ်၍မရနိုင်ပါ။*

ဤအပိုင်းအား အလုပ်ရှင်မှ ဖြည့်သွင်းရန်-

________ ပြက္ခဒိန်နှစ်အတွက် **သတ်မှတ်ထားသော ဒေါ်လာပမာဏ**သည် တစ်လလျှင် __________ ဖြစ်သည်။

(ယခုနှစ်) (အိမ်ထောင်ဖက်၊ အိမ်တွင်းပါတနာ သို့မဟုတ် မှီခိုသူမရှိသော ဝန်ထမ်းအတွက် ချိန်ညှိထားသော လစဉ်အသုံးစရိတ်၏ ၂၀%)

အလုပ်ရှင်နှင့် အလုပ်သမားသည် ဤစာရွက်စာတမ်းမိတ္တူကို သိမ်းဆည်းထားသင့်သည်။

ဘယ်အချိန်မှာ ဒီလိုဖြစ်မလဲ။ ပုံမှန်အားဖြင့်၊ သင့်အလုပ်ရှင်သည် သင့်အား ကျန်းမာရေးအာမခံအစီအစဉ်တွင် စာရင်းသွင်းရန် ငွေပေးချေခြင်းဖြင့် ၎င်း၏တာဝန်များကို ပြည့်မီရန် စီစဉ်ပါက ဖြစ်ပေါ်လာမည်ဖြစ်သည်။

အကယ်၍ သင်သည် သင့်အလုပ်ရှင်၏ ရွေးချယ်ထားသော အသုံးစရိတ်ပေးချေမှုနည်းလမ်း တစ်ခုခု သို့မဟုတ် အားလုံးကို ငြင်းပယ်ပါက၊ သင့်အလုပ်ရှင်သည် ဤစွန့်လွှတ်မှုကို လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းဖြင့် ဤအသုံးစရိတ်များကို လက်ခံရရှိရန် သင့်အခွင့်အရေးကို စွန့်လွှတ်ရန် တောင်းဆိုနိုင်သည်။

ဤဖောင်ကို လက်မှတ်ရေးထိုးပါက၊သင်သည် သင့်အတွက် သို့မဟုတ် သင့်ကိုယ်စားမဖြစ်မနေလိုအပ်သော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအသုံးစရိတ်များပြုလုပ်ခြင်းကို ရပ်တန့်နိုင်သည်ဟု ဤအလုပ်ရှင်အား သင်ပြောနေခြင်းဖြစ်ပါသည်။ စွန့်လွှတ်ခြင်းသည် တစ်နှစ်သာ ကောင်းပါသည်။ အလုပ်ရှင်တစ်ဦးသည် သင့်အခွင့်အရေးများကို စွန့်လွှတ်လိုသော နှစ်စဉ်မွမ်းမံထားသော ပုံစံဖောင်တစ်ခုကို ရယူရပါမည်။

နှစ်စဉ်ဖွင့်ထားသော စာရင်းသွင်းကာလ သို့မဟုတ် ဤအလုပ်ရှင်က သင့်အား ကျန်းမာရေး လွှမ်းခြုံမှုအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီစေသော ဖြစ်ရပ်တစ်ခုကြောင့် သင့်ဆန္ဒအလျောက် စွန့်လွှတ်မှုကိုလည်း ရုပ်သိမ်း (ပယ်ဖျက်) နိုင်သည်။ ဤပယ်ဖျက်မှုကို စာဖြင့်ရေးသားရပါမည်။ သင်အသုံးပြုနိုင်သော နမူနာဘာသာစကားကို OLS ဝဘ်ဆိုက်တွင် ရနိုင်ပါသည်။

သင်လက်မှတ်မထိုးဘဲ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအသုံးစရိတ်အားလုံး သို့မဟုတ် တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းကို ဆက်လက်ငြင်းဆိုပါက၊ သင့်အလုပ်ရှင်သည် သင့်အတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအသုံးစရိတ်ကို ပေးဆောင်ရန်မလိုအပ်ပါ။

သင်လက်မှတ်မထိုးပါက ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအသုံးစရိတ်အားလုံး သို့မဟုတ် တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းကို ဆက်လက်မငြင်းဆိုပါကသင်၏အလုပ်ရှင်သည် သင့်အတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအသုံးစရိတ်ကို ပေးဆောင်ရပါမည်။

Seattle Office of Labor Standards

ဝန်ထမ်းဆန္ဒအရ စွန့်လွှတ်ခြင်း

သင့်အခွင့်အရေးများကို စွန့်လွှတ်လိုပါကသာ လက်မှတ်ရေးထိုးပါ။

(ဝန်ထမ်းအမည်နှင့် နောက်ဆုံးအမည်)-____

အောက်ဖော်ပြပါများကို လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းဖြင့်၊ ကျွန်ုပ်သည် Washington ပြည်နယ်၏ ဥပဒေများအောက်ရှိ မမှန်မကန် ပြစ်ဒဏ်အောက်တွင် အောက်ပါအချက်များ မှန်ကန်ကြောင်း အသိအမှတ်ပြုပါသည်။

- ဥပဒေအရ ကျွန်ုပ်၏အခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ အထက်ဖော်ပြပါအချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်ဖတ်ရှုနားလည်ပါသည်။
- ဤပုံစံ၏ အပိုင်း A တွင်ဖော်ပြထားသော ကျွန်ုပ်အတွက် ကျွန်ုပ်အတွက် အလုပ်ရှင်က ရွေးချယ်ထားသော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအသုံးစရိတ်အားလုံး သို့မဟုတ် တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းကို ကျွန်ုပ်ငြင်းပယ်ပါသည်။
- ကျွန်ုပ်သည် ဤအလုပ်ရှင်ထံမှ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအသုံးစရိတ်များကို လက်ခံရယူပိုင်ခွင့်ကို စွန့်လွှတ်လိုပါသည်။
- ဤစွန့်လွှတ်မှုသည် တစ်နှစ်အတွက် ကောင်းမွန်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။
- စွန့်လွှတ်မှုကို စာဖြင့် ပယ်ဖျက်နိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။
- ကျွန်ုပ်တွင် မေးခွန်းများရှိပါက၊ ဤပုံစံ၏ အပိုင်း A တွင် ဖော်ပြထားသော အလုပ်ရှင်ထ ဆက်သွယ်မေးမြန်းနိုင်ပါသည်။

ဝန်ထမ်းအမည်			
လက်မှတ်			
ရက်စွဲ		တည်နေရာ (မြို့ ပြည်နယ်)	