

## SMC 14.28 Voluntary Healthcare Expenditure (EXP) Waiver

Эта форма может быть предоставлена сотруднику, который отклонил предложение работодателя покрыть ежемесячные медицинские расходы, которое является обязательным в соответствии с положением про расширение доступа к медицинскому обслуживанию для сотрудников отелей, то есть разделом 14.28 Seattle Municipal Code (SMC). Сотрудники, желающие отказаться, должны внимательно прочитать эту форму, чтобы определить, имеют ли они право на отказ.

Работодатели и сотрудники, у которых есть вопросы об этой форме, могут обратиться в Office of Labor Standards (OLS, Управление по вопросам трудовых стандартов) по номеру 206-256-5297 или посетить веб-сайт OLS <http://www.seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections>.

### Часть А. ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ РАБОТОДАТЕЛЕЙ

*Прежде чем передать форму сотруднику, работодатели должны просмотреть и заполнить нужные поля.*

Чтобы форма была действительной, необходимо соответствие всем требованиям SMC 14.28 и Seattle Human Rights Rule 190-250. Они включают, помимо прочего:

- Сотрудника нельзя заставить подписать отказ.
- Работодатель не может предлагать сотруднику подписать отказ или подразумевать обязательность этого.
- Все поля формы отказа должны быть заполнены.
- Форма отказа не может быть изменена каким-либо образом.
- Эта форма должна быть предоставлена сотруднику на его основном языке. Эта форма доступна на других языках на веб-сайте Office of Labor Standards.

План работодателя по покрытию медицинских расходов для:

Ф. И. О. сотрудника (имя и фамилия):

Да/ нет	Вид расходов	Ежемесячная сумма
	Платежи в рамках медицинского страхования, покрываемого работодателем	
	Платежи на сберегательный медицинский счет	
	Платежи на счет покрытия медицинских расходов	
	Платежи на гибкий счет расходов	
	Другое (уточните):	
	Обычные выплаты дохода	

Контактные данные работодателя для сотрудников, у которых есть вопросы, связанные с медицинскими расходами

Работодатель	
Адрес работодателя	
Контактное лицо работодателя	
Контактный номер телефона и адрес эл. почты	



**Часть Б. ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СОТРУДНИКОВ ОБ ИХ ПРАВАХ**

*Сотрудники должны внимательно прочитать это.*

Имя и фамилия сотрудника: \_\_\_\_\_


В соответствии с законами Сиэтла работодатель должен ежемесячно оплачивать медицинские расходы в вашу пользу или от вашего имени.

Покрытие медицинских расходов — это денежная сумма, выплачиваемая вашим работодателем за предоставление вам доступа к медицинским услугам. Например, ваш работодатель может:

- осуществлять платежи, чтобы включить вас в программу медицинского страхования;
- осуществлять платежи на сберегательный медицинский счет или на счет покрытия медицинских расходов за вас;
- осуществлять обычные выплаты дохода.

Ваш работодатель может выбрать один или несколько способов выполнения своих юридических обязательств. Сумма, которую платит работодатель, зависит от размера вашей семьи. Текущие суммы указаны на сайте OLS.

При определенных обстоятельствах считается, что работодатель удовлетворил требования по оплате медицинских расходов, даже если он не осуществлял никаких платежей в вашу пользу или от вашего имени. Для этого должны соблюдаться такие условия:

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. План работодателя по оплате расходов полностью покрывает сумму, причитающуюся вам.</li> <li>2. Страховой план работодателя не обязывает вас платить больше <b>установленной суммы</b> (указанной ниже) для покрытия ваших медицинских расходов (например, уплаты страховых взносов).</li> <li>3. Вы добровольно отказываетесь от всего или части плана работодателя по оплате.</li> <li>4. Вы подписываете этот добровольный отказ.</li> </ol>	<p><b>Установленная сумма</b> меняется каждый год и оглашается до 1 июля. Ее можно узнать на веб-сайте Управления по стандартам трудового законодательства (Office of Labor Standards). Перейдите по ссылке <a href="https://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</a> или отсканируйте QR-код ниже, чтобы узнать текущую сумму. <i>Если работодатель требует от вас платить больше установленной суммы, он должен покрывать все ваши медицинские расходы сверх этой суммы, и вы не можете отказаться от своих прав на предусмотренную законом защиту.</i></p> 
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**РАЗДЕЛ ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ**

На \_\_\_\_\_ календарный год **установленная сумма** составляет \_\_\_\_\_ долл. США в месяц.  
(текущий год) (20 % от скорректированной суммы месячных расходов на сотрудника, у которого нет супруга/супруги, домашнего партнера или иждивенцев)

В каком случае это происходит? Как правило, это происходит, если ваш работодатель планирует выполнять свои обязательства, внося платежи для включения вас в программу медицинского страхования.

Если вы отказываетесь от какого-либо или всех способов оплатить расходы, выбранных вашим работодателем, работодатель может потребовать, чтобы вы отказались от своего права на покрытие таких расходов, подписав этот отказ.

Если вы подписываете эту форму, вы сообщаете работодателю, что он может прекратить осуществлять обязательную оплату медицинских расходов в вашу пользу или от вашего имени. Отказ действителен только в течение одного года. Работодатель должен получать обновленную форму каждый год, когда вы хотите отказаться от своих прав.

Вы также можете аннулировать (отменить) добровольный отказ в течение любого периода ежегодного открытого набора или в связи с событием, которое дает вам право на медицинское страхование от этого работодателя. Заявка о таком аннулировании должна быть подана в письменной форме. Пример формулировки, который вы можете использовать, есть на веб-сайте OLS.

Если вы НЕ ставите подпись, но продолжаете отказываться (частично или полностью) от покрытия расходов на здравоохранение, работодатель не обязан оплачивать медицинские расходы за вас. Если вы НЕ ставите подпись и НЕ продолжаете отказываться (частично или полностью) от покрытия расходов на здравоохранение, ваш работодатель обязан оплачивать расходы на здравоохранение за вас.



## ДОБРОВОЛЬНЫЙ ОТКАЗ СОТРУДНИКА

Подпишите, только если вы хотите отказаться от своих прав.

Имя и фамилия сотрудника: \_\_\_\_\_

Зная об ответственности за предоставление заведомо ложных сведений в соответствии с законами штата Вашингтон, своей подписью ниже я подтверждаю, что эти утверждения правдивы:

- Я понимаю приведенную выше информацию о моих правах, предусмотренных законом.
- Я отказываюсь (частично или полностью) от покрытия медицинских расходов, выбранного для меня работодателем и указанного в части А этой формы.
- Я хочу отказаться от своего права на покрытие медицинских расходов со стороны этого работодателя.
- Я понимаю, что этот отказ действует в течение одного года.
- Я понимаю, что могу отменить отказ, подав заявку в письменной форме.
- Если у меня есть вопросы, я могу связаться с контактным лицом работодателя, указанным в части А этой формы.

Ф. И. О. сотрудника			
Подпись			
Дата		Местонахождение (город, штат)	