Seattle Office of Labor Standards

SMC 14.28 Voluntary Healthcare Expenditure (EXP) Waiver

Maaaring ibigay ang form na ito sa isang empleyadong tumanggi sa alok ng employer para sa inaatas na buwanang gastos sa pangangalagang pangkalusugan sa ilalim ng Pagpapabuti ng Pag-access sa Pangangalagang Medikal para sa Mga Empleyado ng Hotel (Improving Access to Medical Care for Hotel Employees), Kodigo ng Munisipalidad ng Seattle (SMC, Seattle Municipal Code) 14.28. Ang mga empleyadong hindi nais na tanggapin ito ay dapat na basahin nang maigi ang form na ito upang tukuyin kung sila ay kwalipikado sa hindi pagtanggap.

Ang mga employer at empleyado na mayroong mga tanong tungkol sa form na ito ay maaaring makipag-ugnayan sa Tanggapan ng Mga Pamantayan sa Paggawa (OLS, Office of Labor Standards) sa 206-256-5297 o bisitahin ang website sa http://www.seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections.

Bahagi A. IMPORMASYON PARA SA MGA EMPLOYER

Dapat itong suriin at kumpletuhin ng mga employer bago ibigay ang form sa isang empleyado.

Upang magkaroon ng bisa, kailangang matugunan ang lahat ng mga kondisyong hinihingi ng SMC 14.28 at ng Patakaran ng mga Karapatang Pantao ng Seattle (Seattle Human Rights Rule) 190-250. Kabilang dito, ngunit hindi limitado sa mga sumusunod, ang:

- Hindi maaaring pilitin ang empleyado upang pirmahan ang waiver.
- Hindi maaaring magbigay ng mungkahi ang employer o ipahiwatig na kailangan itong lagdaan ng empleyado.
- Kailangang kumpletuhin ang buong form ng waiver.
- Hindi maaaring baguhin ang form ng waiver sa anumang paraan.
- Kailangan ibigay ang form na ito sa empleyado sa kaniyang pangunahing wika. Makukuha ang form na ito sa iba pang wika sa website ng Tanggapan sa Mga Pamantayan sa Paggawa.

Plano ng employer para matugunan ang gastusin sa pangangalagang pangkalusugan para kay: ____________________
(Pangalan at Apelyido ng Empleyado)

Oo / Hindi	Uri ng gastos	Buwanang halaga
	(Mga) pagbabayad para sa plano sa insurance sa kalusugan na inii-sponsor ng employer	
	(Mga) pagbabayad para sa savings account para sa kalusugan	
	Mga pagbabayad para sa account sa reimbursement para sa kalusugan	
	Pagbabayad para sa account para sa nababagong paggastos	
	Iba pa (tukuyin):	
	Mga pagbabayad ng karaniwang kita	

Pakikipag-ugnayan sa Employer: Para sa mga empleyado na mayroong mga tanong kaugnay sa mga gastusin para sa pangangalagang pangkalusugan

Pangalan ng Employer	
Address ng Employer	
Contact Person ng Employer	
Email at Telepono ng Contact	

Kailangan na magtago ng kopya ng dokumentong ito ang employer at empleyado.
Bersiyon: 06/2024

Seattle Office of Labor Standards

Bahagi B. IMPORMASYON PARA SA MGA EMPLEYADO TUNGKOL SA KANILANG MGA KARAPATAN

Dapat na basahin ito nang maigi ng mga empleyado.

Pangalan ng Empleyado (Pangalan at Apelyido): ____

Inaatas ng batas sa Seattle sa employer na ito na magbayad ng buwanang gastusin para sa pangangalagang pangkalusugan para sa iyo o sa iyong ngalan. Ang gastusin para sa pangangalagang pangkalusugan ay isang halaga ng pera na binabayaran ng iyong employer upang mabigyan ka ng access sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Halimbawa, ang iyong employer ay maaaring:

- Magbayad upang i-enroll ka sa isang programa para sa isang pangkalusugang insurance;
- Magbayad sa isang savings account para sa kalusugan o account sa reimbursement para sa kalusugan; at/o
- Magbayad sa iyo ng karaniwang kita.

Maaaring pumili ang iyong employer ng anumang (mga) paraan upang matugunan ang kanilang mga legal na obligasyon. Nagbabago ang halagang binabayaran ng employer ayon sa laki ng iyong sambahayan. Nakalista sa website ng OLS ang mga kasalukuyang halaga.

Sa ilalim ng mga partikular na sitwasyon, ituturing na natugunan na ng iyong employer ang kanilang gastusin para sa pangangalagang pangkalusugan para sa iyo <u>kahit na hindi pa nagbabayad ang iyong employer</u> sa iyo o sa iyong ngalan. Para mangyari ito, kailangang totoo ang mga sumusunod:

<table>
<tr>
<td>
1. Ang plano ng employer para sa pagbabayad ng gastusin ay buong matutugunan ang halagang dapat bayaran sa iyo.
2. Hindi ka inaatasan sa plano ng employer na magbayad ng higit sa isang tiyak na halaga ng dolyar (na ipinakikita sa ibaba) upang maakses ang panggastos para sa pangangalagang pangkalusugan (halimbawa, mga premium na pagbabayad para sa insurance na pangkalusugan).
3. Boluntaryo kang tumatanggi sa lahat o bahagi ng plano ng employer na magbayad.
4. Boluntaryo mong pinipirmahan ang waiver na ito.
</td>
<td>
Nagbabago ang tiyak na halaga ng dolyar na ito bawat taon, at tinutukoy ito bago sumapit ang Hulyo 1. Makikita ang halaga sa website ng Tanggapan ng mga Pamantayan sa Paggawa (Office of Labor Standards). Pumunta sa <u>seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections/ improving-access-to-medical-care-for-hotel-employees-ordinance</u> o i-scan ang QR code sa ibaba upang makita ang kasalukuyang halaga. Kung inaatasan ka ng iyong employer na magbayad ng higit sa halagang ito, dapat ibigay ng iyong employer ang buong panggastos sa pangangalagang pangkalusugan na utang niya sa iyo at hindi mo puwedeng isuko ang iyong mga karapatan sa mga proteksiyon ng batas.
</td>
</tr>
<tr>
<td colspan="2">
SASAGUTAN NG EMPLOYER ANG SEKSIYONG ITO:

Para sa __________taon sa kalendaryo, ang tiyak na halaga ng dolyar ay __________ kada buwan.
(kasalukuyang taon)
(20% ng na-adjust na halaga ng panggastos buwan-buwan para sa isang empleyadong walang asawa, domestic partner, o dependent)
</td>
</tr>
</table>

Kailangan na magtago ng kopya ng dokumentong ito ang employer at empleyado.

Bersiyon: 06/2024

Kailan ito mangyayari? Karaniwang nangyayari ito kapag nagpaplano ang iyong employer na tugunan ang kanilang mga obligasyon sa pamamagitan ng pagbabayad upang i-enroll ka sa isang programa para sa isang insurance sa kalusugan.

Kung tumanggi ka sa anuman o lahat ng piniling paraan ng iyong employer upang bayaran ang gastusin, maaaring humiling ang iyong employer na talikdan mo ang iyong karapatang tumanggap ng mga gastusing ito sa pamamagitan ng pagpirma sa waiver na ito.

Kung pipirmahan mo ang form na ito, sinasabi mo sa employer na ito na maaari itong tumigil sa pagbabayad ng sapilitang mga gastusin para sa pangangalagang pangkalusugan sa iyo o sa iyong ngalan. Ang waiver na ito ay may bisa lamang para sa isang taon. Kailangang kumuha ang employer ng isang na-update na form bawat taon na nais mong talikdan ang iyong mga karapatan.

Maaari mo rin kanselahin ang isang boluntaryong waiver sa anumang panahon sa taunang bukas na pag-enroll o dahil sa isang pangyayaring nagdudulot ng iyong kwalipikasyon para sa pangkalusugang saklaw ng employer na ito. Kailangang nakasulat ang kanselasyon. Maaaring makakita ng halimbawa ng magagamit na pagsulat sa website ng OLS.

Kung HINDI ka pumirma ngunit patuloy kang tumatanggi sa lahat o bahagi ng gastusin para sa pangangalagang pangkalusugan, hindi kailangang magbayad ng employer ng gastusin para sa pangangalagang pangkalusugan para sa iyo.

Kung HINDI ka pumirma, ngunit HINDI ka patuloy na tumatanggi sa lahat o bahagi ng gastusin para sa pangangalagang pangkalusugan, kailangang magbayad ng employer ng gastusin para sa pangangalagang pangkalusugan para sa iyo.

Seattle Office of Labor Standards

BOLUNTARYONG WAIVER NG EMPLEYADO

Pirmahan lamang kung nais mong talikdan ang iyong mga karapatan.

Pangalan ng Empleyado (Pangalan at Apelyido): ____________________

Sa pagpirma sa ibaba, pinapatunayan ko sa ilalim ng mga batas ukol sa pagsisinungaling sa ilalim ng panunumpa sa Estado ng Washington na ang mga sumusunod ay totoo:

- Binasa ko at naiintindihan ko ang nakasaad na impormasyon sa itaas tungkol sa aking mga karapatan sa ilalim ng batas.
- Tumatanggi ako sa lahat o bahagi ng gastusin para sa pangangalagang pangkalusugan na pinili ng aking employer para sa akin, na nakalista sa Bahagi A ng form na ito.
- Nais kong isuko ang aking karapatan upang makatanggap ng mga gastusin para sa pangangalagang pangkalusugan mula sa employer na ito.
- Naiintindihan ko na ang waiver na ito ay may bisa lamang para sa isang taon.
- Naiintindihan ko na maaari kong kanselahin ang waiver na ito sa pamamagitan ng pagsulat.
- Kung mayroon akong mga tanong, maaari akong makipag-ugnayan sa contact person ng employer na nakalista sa Bahagi A ng form na ito.

Pangalan ng Empleyado			
Lagda			
Petsa		Lokasyon (Lungsod, Estado)	

Kailangan na magtago ng kopya ng dokumentong ito ang employer at empleyado.

Bersiyon: 06/2024