

## SMC 14.28 医疗保健支出 (EXP) 自愿弃权书

此表格可提供给拒绝雇主每月提供所需医疗保健支出的员工，该支出基于《西雅图市政法典》(Seattle Municipal Code, SMC) 第 14.28 条“改善酒店员工获得医疗保健的机会”。有意弃权的员工应仔细阅读此表格，以确定他们是否有资格弃权。

对此表格有疑问的雇主和员工可拨打 206-256-5297 联系劳工标准办公室 (Office of Labor Standards, OLS) 或访问 OLS 网站：<http://www.seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections>。

### A 部分. 雇主信息

**雇主向员工提供此表格前，应先查阅并填写此表格。**

为了具有效力，必须满足 SMC 第 14.28 条和《西雅图人权规则》(Seattle Human Rights Rule) 第 190-250 条的所有条件。这包括但不限于：

- 员工不得被迫签署弃权书。
- 雇主不得建议或暗示要求员工必须签署。
- 此弃权表格必须完整填写。
- 此弃权表格不得以任何方式进行更改。
- 此表格必须以员工的母语向员工提供。劳工标准办公室网站提供此表格的其他语言版本。

雇主为满足以下方面的医疗保健支出的计划： \_\_\_\_\_  
(员工的名字和姓氏)

是/否	支出类型	每月金额
	支付雇主资助的医疗保险	
	支付医疗储蓄账户	
	支付医疗补偿账户	
	支付弹性支出账户	
	其他（请详细说明）：	
	普通收入支付	

### 雇主联系方式：针对对医疗保健支出有疑问的员工

雇主姓名	
雇主地址	
雇主联系人	
联系电子邮箱和电话	

## B 部分. 员工权利信息

员工应该仔细阅读此部分。


员工姓名（名字和姓氏）： \_\_\_\_\_

西雅图法律要求该雇主每月向您或代表您支付医疗保健支出。医疗保健支出是您的雇主为了让您获得医疗保健服务而支付的金额。例如，您的雇主可以：

- 支付费用让您参加医疗保险计划；
- 将款项存入您的医疗储蓄账户或医疗补偿账户；和/或
- 向您支付普通收入。

您的雇主可选择以何种方式履行其法律义务。雇主支付的金额取决于您的家庭人数。当前金额列在 OLS 网站上。

在某些情况下，即使雇主没有向您或代表您支付任何款项，雇主也会被视为已为您支付了医疗保健支出。为此，必须满足以下条件：

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 雇主的支出计划将完全达到欠您的金额。</li> <li>2. 雇主的计划不要求您支付超过<b>特定金额</b>（如下所示）才能获得医疗保健支出费用（例如医疗保险保费）。</li> <li>3. 您自愿拒绝雇主的全部或部分支付计划。</li> <li>4. 您签署了此自愿弃权书。</li> </ol>	<p>该<b>特定金额</b>每年都会发生变化，并且会在 7 月 1 日之前予以提供。该金额信息可以在劳工标准办公室 (Office of Labor Standards) 网站上查询。请访问 <a href="http://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> 或扫描下方二维码以查找当前金额的相关信息。如果您的雇主要求您支付的费用超过该金额，那么您的雇主必须支付欠您的全部医疗保健支出费用，并且您不能放弃受法律保护的相关权利。</p> 
--	---

**雇主须填写此部分：**

针对 \_\_\_\_\_ 日历年，特定金额为每月 \_\_\_\_\_。

(本年度)

(针对没有配偶、同居伴侣、或受抚养人的员工，为调整后每月支出金额的 20%)

何时会发生？通常情况下，如果您的雇主计划通过支付费用让您参加医疗保险计划来履行其义务，这种情况就会发生。

如果您拒绝您的雇主所选的任何或所有支出方式，您的雇主可能要求您签署本弃权书，放弃获得这些支出的权利。

**如果您签署此表格**，则是告诉该雇主它可以停止向您或代表您支付强制性医疗保健支出。本弃权书有效期只有一年。雇主必须每年获得一份更新的表格，表明您希望放弃您的权利。

您也可以在每年开放登记期间或由于某一事件使您有资格获得该雇主提供的医疗保险而撤销（取消）自愿弃权书。此取消必须以书面形式提出。您可以使用的示例语言在 OLS 网站上提供。

**如果您不签署，但继续拒绝全部或部分医疗保健支出**，则您的雇主不必为您支付医疗保健支出。

**如果您不签署，但不继续拒绝全部或部分医疗保健支出**，则您的雇主必须为您支付医疗保健支出。



### 员工自愿弃权书

仅在您希望放弃自己的权利时签署。

员工姓名（名字和姓氏）： \_\_\_\_\_

本人在下方签名，即证明以下内容属实，如有不实依照华盛顿州法律甘受伪证罪之罚：

- 本人已阅读并了解上述有关我依法享有的权利的信息。
- 本人拒绝雇主为本人选择的全部或部分医疗保健支出（在本表格 A 部分列出）。
- 本人希望放弃获得该雇主提供的医疗保健支出的权利。
- 本人了解，本弃权书有效期只有一年。
- 本人了解，本人可以通过书面形式取消此弃权书。
- 如果我有疑问，可与本表格 A 部分所列雇主联系人联络。

员工姓名			
签字			
日期		地点（城市、州）	