

## SMC 14.28 Voluntary Healthcare Expenditure (EXP) Waiver

Цю форму можна надати працівникові, який відхилив пропозицію роботодавця щодо щомісячних обов'язкових витрат на охорону здоров'я відповідно до положень про поліпшення доступу до медичної допомоги для працівників готелів, викладених у Seattle Municipal Code (SMC), розділ 14.28. Працівники, які бажають відмовитися, повинні уважно прочитати цю форму, щоб визначити, чи мають вони право на відмову.

Роботодавці та працівники, які мають запитання щодо цієї форми, можуть звернутися до Office of Labor Standards (OLS, Управління з питань трудових стандартів) за номером 206-256-5297 або відвідати вебсайт OLS за посиланням <http://www.seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections>.

### Розділ А. ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ РОБОТОДАВЦІВ

*Роботодавці повинні переглянути та заповнити цю форму, перш ніж надати її працівникові.*

Щоб форма була дійсною, необхідно виконати всі умови, передбачені згідно із SMC 14.28 і Seattle Human Rights Rule 190-250. Це стосується, зокрема, викладеного нижче.

- На працівників не можна чинити тиск, щоб вони підписали відмову.
- Роботодавець не може пропонувати або мати на увазі, що працівник повинен підписати цю форму.
- Форму відмови необхідно заповнити повністю.
- Форму відмови заборонено змінювати будь-яким чином.
- Цю форму необхідно надати працівникові основною мовою, якою він спілкується. Ця форма доступна іншими мовами на вебсайті Office of Labor Standards.

План роботодавця щодо покриття витрат на охорону здоров'я для:

ПІБ працівника (ім'я та прізвище): \_

ТАК/НІ	Тип витрат	Щомісячна сума
	Виплата(и) на користь програми медичного страхування, що фінансується роботодавцем	
	Виплата(и) на медичний ощадний рахунок	
	Виплати на рахунок відшкодування витрат на охорону здоров'я	
	Виплати на рахунок гнучких витрат	
	Інше (укажіть):	
	Звичайні виплати доходу	

Контактні дані роботодавця: для працівників у разі виникнення питань, пов'язаних із витратами на охорону здоров'я

Роботодавець	
Адреса роботодавця	
Контактна особа роботодавця	
Контактна електронна адреса та телефон	



**Розділ Б. ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ ПРАЦІВНИКІВ ПРО ЇХНІ ПРАВА**

*Працівники повинні уважно прочитати це.*

ПІБ працівника (ім'я та прізвище): \_\_\_\_\_


Згідно із законодавством міста Сіетл, роботодавець зобов'язаний щомісяця здійснювати витрати на охорону здоров'я на вашу користь або від вашого імені.

Витрати на охорону здоров'я – це сума грошей, яку сплачує ваш роботодавець, щоб забезпечити вам доступ до медичних послуг. Наприклад, ваш роботодавець може:

- здійснювати платежі, щоб зарахувати вас до програми медичного страхування;
- здійснювати платежі на ваш медичний ощадний рахунок або рахунок відшкодування витрат на охорону здоров'я; і/або
- здійснювати звичайні виплати доходу.

Ваш роботодавець може вибрати один або кілька способів виконання своїх юридичних зобов'язань. Сума, яку сплачує роботодавець, залежить від розміру вашого домогосподарства. Поточні суми вказані на вебсайті OLS.

За певних обставин вважається, що роботодавець задовольнив свої витрати на охорону здоров'я за вас, навіть якщо він не здійснив жодних платежів на вашу користь або від вашого імені. Щоб це сталося, необхідно виконати такі умови:

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. План роботодавця з покриття витрат повністю задовольняє суму заборгованості перед вами.</li> <li>2. Страховий план роботодавця не зобов'язує вас платити більше <b>визначеної суми</b> (зазначеної нижче) для покриття ваших витрат на медичне обслуговування (наприклад, сплати страхових внесків).</li> <li>3. Ви добровільно відмовляєтеся від повної або часткової оплати плану роботодавця.</li> <li>4. Ви підписуєте цю добровільну відмову.</li> </ol>	<p><b>Визначена сума</b> змінюється щороку та оголошується до 1 липня. Її можна дізнатися на сайті Управління стандартів трудового законодавства (Office of Labor Standards). Перейдіть за посиланням <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> або відскануйте QR-код нижче, щоб дізнатися поточну суму. <i>Якщо роботодавець вимагає від вас платити більше визначеної суми, він повинен оплачувати всі ваші витрати на медичне обслуговування, що перевищують цю суму, і ви не можете відмовитися від своїх прав на передбачений законом захист.</i></p> 
---	---

**РОЗДІЛ ДЛЯ ЗАПОВНЕННЯ РОБОТОДАВЦЕМ**

На \_\_\_\_\_ календарний рік **визначена сума** становить \_\_\_\_\_ дол. США на місяць.  
(поточний рік) (20 % від скоригованої суми місячних витрат на співробітника, який не має чоловіка/дружини, домашнього партнера або утриманців)

Коли це станеться? Зазвичай це відбувається, якщо ваш роботодавець планує виконувати свої зобов'язання, здійснюючи платежі для зарахування вас до програми медичного страхування.

Якщо ви відмовляєтеся від будь-якого або всіх обраних вашим роботодавцем способів сплати витрат, роботодавець може попросити вас відмовитися від вашого права на отримання цих витрат шляхом підписання цієї відмови.

Якщо ви підписуєте цю форму, ви повідомляєте роботодавця, що він може припинити здійснювати обов'язкові витрати на охорону здоров'я на вашу користь або від вашого імені. Ця відмова дійсна лише протягом одного року. Роботодавець повинен отримувати оновлену форму щороку, коли ви бажаєте відмовитися від своїх прав.

Ви також можете відкликати (анулювати) добровільну відмову протягом будь-якого періоду щорічного відкритого зарахування або через подію, з огляду на яку ви набуваєте право на медичне страхування від роботодавця. Таке анулювання необхідно здійснити в письмовій формі. Зразок формулювання, який ви можете використовувати, доступний на вебсайті OLS.

Якщо ви НЕ підписуєте, але продовжуєте повністю або частково відмовлятися від витрат на охорону здоров'я, ваш роботодавець не зобов'язаний здійснювати за вас витрати на охорону здоров'я. Якщо ви НЕ підписуєте та НЕ продовжуєте повністю або частково відмовлятися від витрат на охорону здоров'я, ваш роботодавець зобов'язаний здійснювати за вас витрати на охорону здоров'я.



## ДОБРОВІЛЬНА ВІДМОВА ПРАЦІВНИКА

Підпишіть, тільки якщо ви бажаєте відмовитися від своїх прав.

ПІБ працівника (ім'я та прізвище): \_\_\_\_\_

Підписуючись нижче, я підтверджую під страхом покарання за неправдиві свідчення згідно із законами штату Вашингтон, що зазначене далі є правдою:

- Я розумію викладену вище прочитану інформацію про мої права, передбачені законом.
- Я відмовляюся повністю або частково від витрат на охорону здоров'я, обрані моїм роботодавцем для мене та перелічені в розділі А цієї форми.
- Я бажаю відмовитися від свого права на отримання витрат на медичне обслуговування від цього роботодавця.
- Я розумію, що ця відмова дійсна протягом одного року.
- Я розумію, що можу скасувати відмову в письмовій формі.
- Якщо в мене виникнуть запитання, я можу звернутися до контактної особи роботодавця, указаної в розділі А цієї форми.

ПІБ працівника			
Підпис			
Дата		Місцезнаходження (місто, штат)	