



### **SMC 14.28 Voluntary Ordinance (ORD) Waiver**

Seattle Municipal Code (SMC, सिपटल म्यूनिसिपल कोड) 14.28 के अंदर आने वाले होटल कर्मचारियों के लिए चिकित्सा देखभाल की बेहतर पहुंच के तहत कुछ कर्मचारी अपने स्वास्थ्य देखभाल से जुड़े खर्च के अधिकारों को छोड़ सकते हैं। जो कर्मचारी इसे छोड़ना चाहते हैं उन्हें इस फॉर्म को अच्छी तरह से पढ़ना चाहिए ताकि वे यह सुनिश्चित कर सकें कि क्या वे इसे छोड़ने के पात्र हैं।

जिन नियोक्ताओं और कर्मचारियों के पास इस फॉर्म से जुड़े कोई सवाल हैं वे Office of Labor Standards (OLS, श्रम मानक कार्यालय) को 206-256-5297 पर कॉल कर सकते हैं या OLS की वेबसाइट देखने के लिए

<http://www.seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections> पर जा सकते हैं।

#### **भाग क. नियोक्ताओं के लिए सूचना**

**किसी कर्मचारी को फॉर्म देने से पहले नियोक्ताओं को इसकी समीक्षा करनी चाहिए और इसे पूरा करना चाहिए।**

मान्य होने के लिए SMC 14.28 और Seattle Human Rights Rule 190-220 द्वारा आवश्यक सभी शर्तें पूरी की जानी चाहिए। इसमें निम्नलिखित बातें शामिल हैं पर ये इन्हीं तक सीमित नहीं हैं:

- इस बीमा सुरक्षा को केवल वे कर्मचारी छोड़ सकते हैं जिनके पास कोई और स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा है।
- छूट पर हस्ताक्षर करने के लिए किसी कर्मचारी पर दबाव नहीं डाला जा सकता है।
- एक नियोक्ता यह सुझाव या संकेत नहीं दे सकता है कि कर्मचारी के लिए हस्ताक्षर करना जरूरी है।
- छूट फॉर्म पूरी तरह से भरा होना चाहिए।
- छूट फॉर्म में किसी भी तरह का बदलाव नहीं किया जा सकता है।
- कर्मचारी को यह फॉर्म उनकी प्राथमिक भाषा में दिया जाना चाहिए। यह फॉर्म Office of Labor Standards की वेबसाइट पर दूसरी भाषाओं में उपलब्ध है।

#### **स्वास्थ्य देखभाल से जुड़े खर्च को पूरा करने के लिए नियोक्ता की योजना: कर्मचारी का पहला और आखिरी नाम**

हॉ/ना	खर्च का प्रकार	मासिक राशि
	नियोक्ता द्वारा प्रायोजित स्वास्थ्य बीमा के लिए भुगतान	
	स्वास्थ्य हेतु बचत खाते के लिए भुगतान	
	स्वास्थ्य प्रतिपूर्ति खाते के लिए भुगतान	
	फ्लेक्सिबल खर्च के खाते के लिए भुगतान	
	अन्य (निर्दिष्ट करें)	
	साधारण आय भुगतान	

#### **नियोक्ता का पता: स्वास्थ्य देखभाल के खर्च से जुड़े सवालों वाले कर्मचारियों के लिए**

नियोक्ता का नाम	
नियोक्ता का पता	
नियोक्ता का कॉन्टैक्ट व्यक्ति	
संपर्क करने के लिए ईमेल और फ़ोन नंबर	



## भाग ख. कर्मचारियों के लिए उनके अधिकारों से जुड़ी जानकारी कर्मचारियों को इसे ध्यान से पढ़ना चाहिए।

सिएटल कानून के तहत इस नियोक्ता को आपको या आपकी ओर से मासिक स्वास्थ्य देखभाल के लिए भुगतान करना होगा। स्वास्थ्य देखभाल के लिए किया गया खर्च वह राशि है जिसका भुगतान आपका नियोक्ता आपको स्वास्थ्य सेवाओं का लाभ प्रदान करने के लिए करता है। उदाहरण के लिए, आपका नियोक्ता निम्नलिखित चीज़ें कर सकता है:

- स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम में आपका नामांकन कराने के लिए भुगतान करना;
- स्वास्थ्य बचत खाते या स्वास्थ्य प्रतिपूर्ति खाते में आपके लिए भुगतान करना; और/या
- आपको सामान्य आय भुगतान करना।

आपका नियोक्ता अपने कानूनी दायित्वों को पूरा करने के तरीके का चुनाव अपने हिसाब से कर सकता है। नियोक्ता द्वारा भुगतान की जाने वाली राशि, आपके परिवार के आकार के आधार पर अलग-अलग होती है। वर्तमान राशियाँ OLS की वेबसाइट पर दी गई हैं।

कानून के अनुसार इस नियोक्ता को स्वास्थ्य देखभाल से जुड़े खर्च करने होंगे, **भले ही** आपके पास कोई और स्वास्थ्य बीमा योजना हो। अगर आपके पास कोई और स्वास्थ्य बीमा योजना है तो आपका नियोक्ता आपसे इस योजना की राशि को पाने के अपने अधिकार को छोड़ने का अनुरोध कर सकता है। आपको इससे सहमत होने की जरूरत नहीं है।

अगर आप इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करते हैं तो इसका मतलब है कि आप अपने नियोक्ता को बता रहे हैं कि आपके पास दूसरी स्वास्थ्य बीमा योजना है और वे आपको या आपकी ओर से स्वास्थ्य से जुड़े अनिवार्य खर्च करना बंद कर सकते हैं। छूट केवल एक साल के लिए अच्छी है। नियोक्ता को हर साल एक अपडेटेड फॉर्म देना होगा जिसमें यह बताया गया हो कि आप अपने अधिकारों को छोड़ना चाहते हैं।

आप वार्षिक खुले नामांकन के दौरान कभी भी या किसी ऐसी घटना के कारण अपने स्वैच्छिक छूट को रद्द कर सकते हैं जो आपको अपने नियोक्ता द्वारा स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा पाने के योग्य बनाती है। रद्द करने की यह प्रक्रिया लिखित रूप में होनी चाहिए। इस प्रक्रिया में इस्तेमाल की जाने वाली भाषा के नमूने को OLS की वेबसाइट से प्राप्त कर सकते हैं।

### कर्मचारी के लिए स्वैच्छिक छूट

**अगर आप अपने अधिकारों को छोड़ना चाहते हैं तो ही हस्ताक्षर करें।**

नीचे हस्ताक्षर करके मैं वाशिंगटन राज्य के कानूनों के तहत आने वाले झूठी गवाही के दंड के तहत प्रमाणित करता/करती हूँ कि निम्नलिखित बातें सच हैं:

- मैंने कानून के तहत अपने अधिकारों के बारे में उपरोक्त जानकारी को पढ़ लिया है और उसे समझता/समझती हूँ।
- मुझे नीचे बताए गए अन्य स्रोत से सस्ती, उच्च गुणवत्ता वाली स्वास्थ्य बीमा प्राप्त है।
- मैं इस नियोक्ता से स्वास्थ्य देखभाल से जुड़े खर्च प्राप्त करने का अपना अधिकार छोड़ना चाहता/चाहती हूँ।
- मैं यह समझता/समझती हूँ कि छूट केवल एक साल के लिए अच्छी है।
- मैं समझता/समझती हूँ कि मैं इस छूट को लिखित में रद्द कर सकता/सकती हूँ।
- अगर मेरे कोई सवाल हैं तो मैं इस फॉर्म के भाग क में दिए गए नियोक्ता के कॉन्टैक्ट व्यक्ति से संपर्क कर सकता/सकती हूँ।

कर्मचारी का नाम	पहला आखिरी	मैंने इससे बीमा करवाया है:	स्रोत का नाम
हस्ताक्षर			
तिथि	महीना/दिन/साल	स्थान	शहर, राज्य