



Voluntary Ordinance (ORD) Waiver Theo SMC 14.28

Một số nhân viên có thể khước từ quyền nhận khoản chi chăm sóc sức khỏe theo Seattle Municipal Code (SMC, Bộ Luật Thành Phố Seattle) 14.28, Tăng Cường Tiếp Cận Dịch Vụ Chăm Sóc Y Tế cho Người Lao Động tại Khách Sạn. Người lao động muốn khước từ cần đọc kỹ biểu mẫu này để xác định liệu họ có hội đủ điều kiện để khước từ hay không.

Chủ lao động và người lao động có thắc mắc về biểu mẫu này có thể liên hệ với Office of Labor Standards (OLS, Văn Phòng Tiêu Chuẩn Lao Động) theo số 206-256-5297 hoặc truy cập trang web của OLS tại <http://www.seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections>.

Phần A. THÔNG TIN DÀNH CHO CHỦ LAO ĐỘNG

Chủ lao động cần xem xét và hoàn thành biểu mẫu này trước khi cung cấp biểu mẫu cho nhân viên.

Để có giá trị, mọi điều kiện khước từ theo SMC 14.28 và Seattle Human Rights Rule 190-220 phải được thỏa mãn. Các điều kiện đó bao gồm nhưng không chỉ gồm:

- Chỉ người lao động có bảo hiểm sức khỏe từ nguồn khác mới có thể khước từ bảo hiểm.
- Người lao động không bị ép buộc ký biểu mẫu khước từ này.
- Chủ lao động không được gợi ý hay ám chỉ rằng người lao động phải ký tên.
- Biểu mẫu khước từ phải được điền đầy đủ.
- Biểu mẫu khước từ không bị chỉnh sửa theo bất kỳ cách nào.
- Biểu mẫu này phải được cung cấp cho người lao động bằng ngôn ngữ chính của họ. Biểu mẫu này có sẵn bằng các ngôn ngữ khác trên trang web của Office of Labor Standards.

Kế hoạch của chủ lao động nhằm đáp ứng khoản chi chăm sóc sức khỏe cho: Tên và Họ của Người Lao Động

Có/Không	Loại khoản chi	Số tiền hàng tháng
	(Các) Khoản thanh toán cho bảo hiểm sức khỏe do chủ lao động tài trợ	
	(Các) Khoản thanh toán cho tài khoản tiết kiệm y tế	
	Các khoản thanh toán cho tài khoản bồi hoàn y tế	
	Thanh toán cho tài khoản chi tiêu linh hoạt	
	Khác: [Nêu rõ]	
	Các khoản thanh toán vào thu nhập bình thường	

Thông Tin Liên Hệ của Chủ Lao Động: Dành cho người lao động có thắc mắc liên quan đến khoản chi chăm sóc sức khỏe

Tên của Chủ Lao Động	
Địa Chỉ của Chủ Lao Động	
Người Liên Hệ của Chủ Lao Động	
Email và Điện Thoại Liên Hệ	



Phần B. THÔNG TIN DÀNH CHO NGƯỜI LAO ĐỘNG VỀ CÁC QUYỀN CỦA HỌ
Người lao động nên đọc kỹ phần này.

Luật của Seattle yêu cầu chủ lao động này thanh toán cho khoản chi chăm sóc sức khỏe hàng tháng cho quý vị hoặc thay mặt quý vị. Khoản chi chăm sóc sức khỏe là số tiền chủ lao động chi trả để cho phép quý vị tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Ví dụ, chủ lao động của quý vị có thể:

- Thực hiện thanh toán để ghi danh cho quý vị vào một chương trình bảo hiểm sức khỏe;
- Thực hiện thanh toán vào tài khoản tiết kiệm y tế hoặc tài khoản bồi hoàn y tế cho quý vị; và/hoặc
- Thực hiện thanh toán vào thu nhập bình thường của quý vị.

Chủ lao động của quý vị chọn (những) cách đáp ứng nghĩa vụ pháp lý của họ. Số tiền mà chủ lao động chi trả sẽ khác nhau dựa trên số người trong hộ gia đình quý vị. Số tiền hiện tại được ghi trên trang web của OLS.

Luật pháp yêu cầu chủ lao động này thanh toán chi phí chăm sóc sức khỏe **ngay cả nếu** quý vị đã có bảo hiểm sức khỏe từ nguồn khác. Những chủ lao động của quý vị có thể yêu cầu quý vị khước từ quyền nhận những khoản chi này nếu quý vị hiện có bảo hiểm sức khỏe từ nguồn khác. Quý vị không bắt buộc phải đồng ý.

Nếu quý vị ký tên, quý vị đang báo với chủ lao động của quý vị rằng quý vị có bảo hiểm sức khỏe từ nguồn khác và họ có thể ngừng thanh toán cho khoản chi chăm sóc sức khỏe bắt buộc cho quý vị hoặc thay mặt quý vị. Biểu mẫu khước từ này có giá trị trong một năm. Chủ lao động phải thu thập biểu mẫu cập nhật hàng năm cho thấy quý vị muốn khước từ các quyền của mình.

Quý vị cũng có thể thu hồi (hủy bỏ) biểu mẫu khước từ tự nguyện trong bất kỳ giai đoạn nào của kỳ ghi danh mở hàng năm hoặc do một sự kiện giúp quý vị hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm sức khỏe từ chủ lao động này. Quý vị phải hủy bỏ bằng văn bản. Quý vị có thể sử dụng mẫu hủy bỏ có trên trang web của OLS.

BIỂU MẪU KHƯỚC TỪ TỰ NGUYỆN CỦA NHÂN VIÊN
Chỉ ký tên nếu quý vị muốn từ bỏ các quyền của mình.

Bằng cách ký tên dưới đây, theo hình phạt về tội khai man theo luật pháp của Tiểu Bang Washington, tôi xác nhận rằng những thông tin dưới đây là đúng:

- Tôi đã đọc và hiểu các thông tin phía trên về quyền của tôi theo luật pháp.
- Tôi đã nhận bảo hiểm sức khỏe chất lượng cao, giá phải chăng từ một nguồn khác mà tôi có nêu rõ bên dưới.
- Tôi muốn từ bỏ quyền nhận khoản chi chăm sóc sức khỏe của mình từ chủ lao động này.
- Tôi hiểu rằng biểu mẫu khước từ này có giá trị trong một năm.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể hủy bỏ quyết định khước từ này bằng văn bản.
- Nếu tôi có câu hỏi, tôi có thể liên hệ với người liên hệ của chủ lao động có tên ở Phần A trong biểu mẫu này.

Tên Nhân Viên		Tôi có bảo hiểm từ:	
Chữ Ký			
Ngày		Địa Điểm	