



SMC 14.28 Voluntary Ordinance (ORD) Waiver

一部の従業員は Seattle Municipal Code (SMC) 14.28 「ホテル従業員の医療へのアクセス改善」に基づき、医療費に対する権利を放棄できます。権利の放棄を望む従業員は本文書をよく読み、放棄する資格を有しているかどうか判断してください。

本用紙に関する質問がある雇用主および従業員は、Office of Labor Standards (OLS、労働基準監督署) まで電話 (206-256-5297) で問い合わせるか、OLS ウェブサイト (<http://www.seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections>) をご覧ください。

パート A 雇用主向け情報

雇用主は従業員に本用紙を提供する前にこちらを確認し、記入してください。

資格を得るには、SMC 14.28 および Seattle Human Rights Rule 190-220 で要求されるすべての条件を満たす必要があります。以下のものを含みますが、これらに限定されません。

- 別の機関から健康保険に加入している従業員のみが保険を放棄できます。
- 従業員は権利放棄に署名するように圧力をかけられることがあってはなりません。
- 雇用主は従業員が署名しなければならないと提案したり、ほのめかしたりしてはいけません。
- 権利放棄用紙は完全に記入しなければなりません。
- 権利放棄用紙はいかなる方法でも変更できません。
- 本用紙は従業員の第一言語で提供されなければなりません。他言語の用紙は Office of Labor Standards のウェブサイトから入手できます。

以下の者に対する医療費を充足させるための雇用主の計画：従業員名（名および姓）：

はい /い いえ	医療費の種類	月額
	雇用主が提供する医療保険の支払い	
	医療費貯蓄口座への入金	
	医療費払戻口座への入金	
	医療費支出口座への入金	
	その他 [具体的に記入] :	
	通常の所得支払い	

雇用主連絡先：医療費に関連する質問がある場合の従業員向け問い合わせ先

雇用主名	
雇用主住所	
雇用主担当者	
担当者の E メールアドレスおよび電話番号	

パート B 従業員の権利に関する情報

従業員は本文書をよく読んでください。



シアトル市の法律では雇用主に対し、従業員に、もしくは従業員に代わって医療費を毎月支払うことを義務付けています。医療費とは従業員が医療サービスを受ける際に雇用主によって支払われる金額です。例えば雇用主は以下を行うことができます。

- 従業員を健康保険プログラムに登録するための支払いをする
- 従業員の医療費貯蓄口座や医療費払戻口座に入金する
- 従業員に通常の所得を支払う

雇用主はこの法的義務を満たすための方法を選択しています。雇用主の支払額は従業員の世帯人数によって異なります。現在の支払額はOLSのウェブサイトに記載されています。

法律では、従業員が別の機関で健康保険に加入している場合でも、雇用主に医療費の支払い義務が生じます。ただし従業員が現在別の機関で健康保険に加入している場合、雇用主は従業員に対し、この権利放棄書に署名することで、医療費の受け取り権利を放棄することを要求できます。従業員は同意する必要はありません。

従業員はこの用紙に署名すると、別の機関で健康保険に加入していること、および雇用主が従業員のために、または従業員に代わって必須となる医療費の支払いを停止できることを雇用主に伝えることとなります。この権利放棄書は1年間有効です。雇用主は、従業員が権利を放棄することを望むことを示す更新用紙を毎年取得する必要があります。

また従業員は毎年のオープンエンロールメント期間中または雇用主による健康保険の対象となる事象が発生した場合、任意の権利放棄を撤回（キャンセル）できます。この撤回は書面にて行われる必要があります。利用可能なサンプル言語はOLSのウェブサイトです。

従業員の権利放棄書（任意）
権利の放棄を望む場合のみ署名してください。

私は以下に署名することで、ワシントン州法に基づき偽証罪の罰則を承知の上で、次の事項が真実であることを証明します。

- 私は法律のもと権利に関する上記の情報を読み、理解しています。
- 私は以下に記す別の機関で手頃な価格で質の高い健康保険に加入しています。
- 私は雇用主から医療費を受け取る権利を放棄することを望みます。
- 私はこの権利放棄書が1年間のみ有効であることを理解しています。
- 私は書面によりこの権利放棄書を撤回できることを理解しています。
- 質問がある場合は、本用紙パートAに記載される雇用主の担当者に連絡します。

従業員名		こちらから健康保険に加入しています。提供機関名	
署名			
日付		市、州	