



SMC nº 14.28 Dispensa Voluntária de Ordenação (ORD)

Alguns funcionários podem renunciar aos seus direitos a despesas de saúde sob o Seattle Municipal Code (SMC, Código Municipal de Seattle) nº 14.28: "Improving Access to Medical Care for Hotel Employees" ("Melhorando o acesso a cuidados médicos para funcionários da rede hoteleira"). Os funcionários que desejarem renunciar devem ler este formulário cuidadosamente para determinar se são elegíveis para a renúncia.

Empregadores e funcionários que tenham perguntas sobre este formulário podem entrar em contato com o Office of Labor Standards (OLS, Departamento de Regulamentação Trabalhista) pelo telefone 206-256-5297 ou acessar o website do OLS em

<http://www.seattle.gov/laborstandards/ordinances/hotel-employee-protections>.

Parte A. Informações para os EMPREGADORES

Os empregadores devem revisar e preencher essa parte antes de fornecer o formulário a um funcionário.

Para serem válidas, todas as condições de renúncia exigidas pelo SMC nº 14.28 e pela Regra 190-220 dos Direitos Humanos de Seattle devem ser cumpridas. Isto inclui, mas não está limitado a:

- Somente os funcionários que contam com cobertura de saúde de outra fonte podem renunciar à cobertura.
- Um funcionário não pode ser pressionado a assinar a renúncia.
- O empregador não pode sugerir ou dar a entender que o funcionário deve assinar.
- O formulário de renúncia deve ser preenchido por completo.
- O formulário de renúncia não pode ser alterado de forma alguma.
- Este formulário deve ser fornecido ao funcionário em seu idioma materno. Este formulário está disponível em outros idiomas no site do Office of Labor Standards.

O plano do empregador para cobrir os gastos com saúde para:

S/N	Tipo de despesa	Valor mensal
	Pagamento(s) de seguro saúde realizados pelo empregador	
	Pagamento(s) para conta-poupança saúde	
	Pagamentos para conta de reembolso de saúde	
	Pagamento para conta de despesas flexíveis	
	Outros:	
	Pagamentos normais de renda	

Contato do empregador: Para funcionários com dúvidas a respeito de despesas com saúde

Nome do empregador	
Endereço do empregador	
Pessoa de contato do empregador	
E-mail e telefone de contato	

Parte B. INFORMAÇÕES SOBRE OS DIREITOS DOS FUNCIONÁRIOS

Os funcionários devem ler com atenção.

A lei de Seattle exige que o empregador tenha gastos mensais com saúde para você ou em seu nome. Uma despesa com saúde é uma quantia paga pelo seu empregador para lhe proporcionar acesso a serviços de saúde. Por exemplo, seu empregador pode:

- Fazer pagamentos para inscrever você em um programa de seguro-saúde;
- Fazer pagamentos em uma conta-poupança saúde ou conta de reembolso de saúde para você; e/ou
- Fazer pagamentos normais de renda a você.

Seu empregador escolhe de que forma cumprirá essa obrigação legal. O valor pago por um empregador varia de acordo com o tamanho do seu agregado familiar. Os valores atuais estão listados no site do OLS.

A lei exige que o empregador tenha despesas com saúde **mesmo** que você tenha cobertura de saúde de outra fonte. Porém, seu empregador pode solicitar que você renuncie ao seu direito de receber essas despesas caso você, atualmente, receba cobertura de saúde de outra fonte. Você não precisa concordar.

Se assinar, você estará dizendo ao seu empregador que tem cobertura de saúde de outra fonte e que ele pode parar de ter despesas obrigatórias de saúde com você ou em seu nome. A renúncia é válida por um ano. O empregador deve obter anualmente um formulário atualizado dizendo que você deseja renunciar aos seus direitos.

Você também pode revogar (cancelar) uma renúncia voluntária a qualquer momento durante o período de inscrição anual em aberto ou devido a um evento que o torne elegível para cobertura de saúde por este empregador. Este cancelamento deve ser feito por escrito. Há um texto disponível no site do OLS que pode ser usado de exemplo.

Renúncia Voluntária do Funcionário

Assine somente se desejar renunciar aos seus direitos.

Ao assinar abaixo, certifico sob pena de perjúrio sob as leis do Estado de Washington, que o seguinte é verdadeiro:

- Eu li e compreendi as informações acima sobre meus direitos perante a lei.
- Recebo cobertura de saúde acessível e de alta qualidade da outra fonte que identifiquei abaixo.
- Desejo renunciar ao meu direito de receber despesas de saúde deste empregador.
- Entendo que esta renúncia é válida por um ano.
- Entendo que posso cancelar esta renúncia por escrito.
- Se tiver dúvidas, posso falar com a pessoa de contato do empregador listada na Parte A deste formulário.

Nome do funcionário		Recebo seguro de:	
Assinatura			
Data		Local	