**请注意**：为方便起见,这些文件以 Word 格式提供 - 以方便您们更容易地填入可填充的部分, 格式上的细微更改（例如添加公司徽标）或者添加有关公司特定政策的内容. 雇主们应该负责任何编辑, 修订, 添加或或删除. 家庭和病假部们(DFML) 并且不能保证从这个原版修改后的表格 将会符合任何要求.

**通诉给少于 25 名员工的通知 - 使用说明**

作为马萨诸塞州的雇主们,您们需要通知您们的马萨诸塞州雇员和受保合同工人, 让他们了解他们在马萨诸塞州带薪家庭和医疗假 (PFML) 下的权利和义务. 因此, 您们可以提供这个表格给他们. 您们还可以自我设计或使用您们选择其他不同的通知表格,只要这个表格提供相同法律要求的信息.

这个表格适用于马萨诸塞州雇员人数少于 25 名且受保合同工的雇主们. 如果您们 在马萨诸塞州的雇员和受保合同工人数25或超过25名员工以上, 请您们使用25或超过25名员工以上受保人员的雇主们通知表格. 同样, 如果您们与不属于受保自雇人士合作, 您们可以为他们提供 雇主们通知自雇人士对于25或超过25名员工以上名受保人员的通知表格, 表格告诉他们可以为自己选择保险.

要使用此表格,请您们先填写:

1. 第 2 页的图表表明您们是否已有批准的私人计划;
2. 第 5 页的图表表明雇主们 将会会从员工们的工资中扣除多少百分比的员工缴款,以及雇主们 将会支付多少百分比（如果有）;
3. 第6页的雇主们信息表;
4. 第 2 页的复选框表明员工们可以在哪里找到有关雇主们的私人计划的信息(如果有的话). （如果雇主们参与州信托基金,请勾选 “不适用”.）

一旦雇主们填写完这些部分后, 请您们将此表格的第 2-6 页提供给您们的员工和受保合同工, 以便他们可以复查并签名.

**通知带薪家庭假和病假给员工 (少于 25 名员工)**

**请您们仔细阅读本通知. 它包含有关您们在马萨诸塞州带薪家庭和医疗假 (PFML) 下的权利和义务的重要信息. 请您们保留此通知作为记录*.***

马萨诸塞州 PFML 律法规定大多数马萨诸塞州雇员们有权享受带薪家庭假和病假. 这些权利将会在下文进一步描述, 包括 (1) 员工们重返工作岗位时的就业保障和 (2) 员工们失业时的部分工资福利. 雇主们可以通过以下方式提供这些福利：(1) 参加由马萨诸塞州家庭和医疗休假部(以下简称“部们”)操作的 PFML 信托基金,或者 (2) 提供豁免私人计划,该计划提供的福利至少与通过这个部们提供的福利需要一样慷慨.

无论您们的雇主们是否参加州信托基金或拥有私人计划,您们都将会有权享受某些福利和保障. 您们可能需要缴款入信托基金或雇主们的私人计划, 但仅限于一定的金额. 您们还需要告诉您们的雇主们您们何时需要休假,并且您们需要向部们或通过您们雇主们的私人计划申请福利.

雇主们可以申请豁免病假缴款,家庭假缴款或所有2种缴款. 您们的雇主们必须提供给您们有关私人计划和申请流程的信息. 您们的雇主们已经提供如下信息:

* 在下面的框中
* 随本通知附上的资料
* 其他:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | * 没有一个己经批准的私人计划,并且是通过部们提供所有休假福利; * 拥有一个己经批准的家庭和病假福利私人计划; * 拥有一个己经批准的仅提供家庭休假福利的私人计划,病假福利是通过部们提供; * 拥有一个己经批准的仅提供病假福利的私人计划,家庭休假福利通过部们提供. |
|  | (雇主名称)  (私人计划名称)  (私人计划电话号码)  (私人计划地址)  (私人计划网站) |

* 不适用(雇主们直接缴款信托基金）

1. **福利说明**

***休假分配.*** 根据 PFML 法律,您们可能有权获得最多:

* 在福利年度内因为生宝宝 ,收养或寄养孩子提供 12 周的带薪家庭假; 照顾患有严重病情的家人;或由于家人正在服役或已被告知即 将会被征召入伍而引起的合格紧急情况;
* 如果他们患有严重的病情而无法工作,可在福利年度享受 20 周带薪病假;
* 在一个福利年度内享受 26 周的带薪家庭假, 以照顾正在接受治疗或以其他处理有关连严重病情的家人因服兵役影响的后果;
* 在一个福利年度内,带薪家庭假和病假总共有26周

“福利年度”是指在您们开始休假前的周日之前的 12 个月.

***其他休假* .** 您们因上述相同资格原因而休的任何假期(带薪或无薪)都将会计入您们该福利年度的假期金额.

***资格.*** 如果您们符合收入测试, 您们 将会有资格获得休假和工资替代福利. 您们必须获得至少 30 倍的预期福利金额, 并且 符合失业局(DUA)每年制定的最低收入要求, 2024 年过去 4 个完整日历季度金额是 $6,300.(这个金额是在下面的 “工资补偿付款” 部分中计算的）

***工资补偿付款.*** 当您们因上述任何原因请假时,您们 将会有资格向部们或雇主们的私人计划申请工资补偿福利. 这些福利 将会占您们平均每周收入的一定比例. 您们的最大潜在福利金额如下:

* 收入的 80%,最高可达州平均周工资的 50%
* 收入的 50% 高于州平均周工资
* 在任何情况下均不得超过最高金额. 2024 年最高福利金额是 $1149.90. 该金额将会根据州平均每周工资的增长计算, 每年调整

私人计划可以选择提供更高的福利,但提供的金额不得低于该部们支付的金额.

***同时发放福利付款****.* 如果您们同一时间从其他不同的部们领取福利金, 那么, 在这个部们领取的福利可能会被减少. 某些其他类型的福利金将会导致您们从本部们获得的福利一一被减少. 这意味着您们从这些福利中获得的每$1, 您们从该部们获得的福利将会被减少$1. 这类型的福利包括:

* 工伤赔偿金
* 失业金
* 永久残疾政策或计划
* 延长捐赠病假

其他形式的福利不会减少您们从本部们获得的福利,除非您们收到的福利总额超过您们的平均周工资. 这类型的福利包括:

* 临时残疾政策或计划（包括短期残疾和长期残疾）
* 雇主们经营的家庭和/或病假政策或计划

***补充PFML 福利付款.*** 对于 2023 年 11 月 1 日或之后提交的申请,领取 PFML 福利的员工们可以用任何可用的应计带薪休假（病假,假期,PTO,个人时间等）来补充(或“补充”)其 PFML 福利. 对于选择以这种方式补充PFML 福利的员工们, 合并的每周总PFML 福利和雇主们提供的带薪休假福利不能超过员工们的个人平均每周工资 (IAWW).  雇主们将会负责监控并确保雇主们提供的带薪休假福利和 PFML 每周总福利不超过员工们的 IAWW. 雇主们还有责任管理任何超出雇员们 IAWW 的款项. 该部们不参与补超额的还款过程. 这个过程完全由雇主们和雇员们负责.

如果申请是在 2023 年 11 月 1 日或之后提交的,2023 年 11 月 1 日之前开始的休假追溯申请有资格获得补充.

1. **员工权利和保障**

***就业******保障.*** 一般来说,如果您们休庭假或病假,一旦您们重返工作岗位,您们的雇主们将会必须恢复到您们以前或同等的职位, 职位并具有相同的地位,工资,就业福利, 服务年限信用和资历自您们职位开始休假之日起. 如果您们的职位由于经济原因被淘汰, 这个规定可能不适用对于这种情况.

***延续健康保险.*** 您们的雇主们必须继续提供并缴纳与就业相关的健康保险福利(如果有). 如您们在休假期间继续工作的水平和条件下. 您们的雇主们可能会要求您们按照与休假前相同的条款和条件继续支付您们的部分健康保险费.

***禁止报复*.** 任何雇主们歧视或报复因为您们采取您们根据带薪家庭和病假法享有的任何权利都是违法的. 雇员或前雇员们因行使法律规定的权利而受到报复的,可以在违法行为发生后不超过三年内向上级法院提起民事诉讼.

1. **缴款**

为了帮助PFML 法律规定的带薪休假福利提供资金,您们的雇主们可以提供部分资金, 部分资金来自您们的工资中扣除, 这些款项将会汇入信托基金或您们雇主们私人计划的运营商. 无论您们的雇主有私人计划还是参加国家信托基金,扣除额都不能超过以下金额:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **家庭假 缴款** | **病假缴款** | **总缴金额** |
| **收入的0.18% \*** | **收入的0.28% \*** | **收入的 0.46%\*** |

由于您们的雇主的受保工人少于 25 人,因此法律不要求您的雇主代表您支付任何额外的缴款. 雇主们可以选择支付您缴款金额的一部分(工资的 0.46%\*)，但他们不需要这样做. 您们的雇主已选择按以下方式分配缴款金额:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **病假** | 所必需的缴款总额: .28%\* | | | | | |
|  |  |  | 将会资助 | **\_\_\_%** | 病假缴款 |
|  | (雇主名称) | 和剩余的 | **\_\_\_%** | 将会从您们的收入中扣除 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **家庭假** | 所必需的缴款总额: .18%\* | | | | | |
|  |  |  | 将会资助 | **\_\_\_%** | 家庭假缴款 |
|  | (雇主名称) | 和剩余的 | **\_\_\_%** | 将会从您们的收入中扣除 |

请在此处首字母签名,以表明您们了解您们在一个发薪期内赚取的工资的百分比将会从您们每个发薪期的工资中扣除签名,以表明您们了解您们在一个发薪期内赚取的工资的百分比将会从您们每个发薪期的工资中扣除:

\*提供的数字是到 2024 年. 这些费率可能会每年调整一次,从每个日历年的 1 月 1 日生效.

1. **通知您们的雇主们**

在您们请假或申请福利**之前,**您们必须通知您们的雇主们您们需要请假. 您们必须至少提前30天通知您们需要休假. 如果由于您们无法控制的情况而无法提前30天通知,您们必须在切实可行的情况下尽快发出通知,并且在任何情况下,在您们提交任何福利申请之前.

当您们通知雇主们您们需要休假时,您们必须提供以下信息:

1. 预计休假开始日期；
2. 预计休假时间；
3. 预计休假返回日期；
4. 您们是否需要间歇性休假（2次或2次以上分开休假）或减少休假(涉及减少每周工作时间或天数的休假),以及；
5. 如果您们需要间歇性或减少休假时间,请提供预计休假频率和每次休假的预计持续时间

如果这些信息中的任何一个发生变化,您们必须在知道变化后立即告诉您们的雇主们.

1. **提交申请**

要申请 PFML 福利,您们 将会需要有关您们雇主们的以下信息:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | (雇主名称) |  |
|  |  |  |
|  | (雇主地址) |  |
|  |  |  |
|  | (雇主城市,州,邮政编码) |  |
|  |  |  |
|  | (联邦雇主 ID 号) (FEIN) |  |

如果您们的雇主们缴款给信托基金,您们必须向该部们提交福利申请. 您们可以通过以下2种方式之一提交此申请:

1. 您们可以通过该部们的申请网站创建一个帐户以在线申请：[paidleave.mass.gov/login/](https://paidleave.mass.gov/login/)
2. 您们可以致电该部们的联络中心 (833) 344-7365 通过电话完成申请

表格和申请说明可在该部们的网站上获取[www.mass.gov/info-details/get-ready-to-apply-for-paid-family-and-medical-leave-pfml-benefits](https://www.mass.gov/info-details/get-ready-to-apply-for-paid-family-and-medical-leave-pfml-benefits)

1. **了解更多信息**

有关详情,请浏览该部们的网页: [www.mass.gov/DFML](http://www.mass.gov/DFML). 您们可以联系家庭和医疗休假部:

**The Massachusetts Department of Family and Medical Leave**

PO Box 838

Lawrence, MA 01842

Contact Center: (833) 344-7365

**确认**

您在下面的签名确认您们在入职之日起 30 天内收到上述信息.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**签名** **日期**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**姓名（打印）**

您**签名**的确认书将会由您们的雇主们保管. 请您保留一份副本作为参考.