**Veuillez** **noter** **:** ces documents sont fournis en format Word afin de compléter plus facilement les rubriques à remplir, procéder à de simples modifications de format (telles que l’ajout du logo de la société) ou ajouter des politiques propres à la société. Les employeurs sont responsables de toute modification, révision, ajout ou suppression apporté à ces formulaires. Le Département décline toute responsabilité quant aux modifications portées sur ces formulaires et ne peut garantir la conformité d’un formulaire qui n’est pas dans sa version originale.

**Avis** **pour** **moins** **de** **25** **salariés** **-** **Consignes** **d’utilisation**

À titre d’employeur du Massachusetts, vous êtes tenu d’informer vos salariés et employés sous contrat assujettis du Massachusetts de leurs droits et obligations en vertu de la loi du Massachusetts sur les congés payés pour raisons familiales et médicales (Paid Family and Medical Leave - PFML). À cet effet, vous pouvez fournir ce formulaire à vos salariés et employés sous contrat assujettis. Vous pouvez également créer ou utiliser un autre avis en vous assurant d’utiliser les mêmes informations que celles qui sont exigées par la loi.

Ce formulaire s’applique aux employeurs comptant moins de 25 salariés et employés sous contrat assujettis du Massachusetts. Si vous avez plus de 25 salariés et employés sous contrat assujettis du Massachusetts, veuillez utiliser le [Formulaire d’avis pour employeur comptant parmi ses effectifs au moins 25 personnes assujetties](https://www.mass.gov/doc/2022-employer-notice-for-a-workforce-with-25-or-more-covered-individuals/download) . De même, si vous traitez avec des travailleurs indépendants qui *ne* *sont* *pas* des employés sous contrat assujettis, vous pouvez leur fournir le [EFormulaire d’avis aux travailleurs indépendants de l’employeur comptant parmi ses effectifs au moins 25 personnes assujetties](https://www.mass.gov/doc/2022-employer-notice-to-self-employed-individual-for-a-workforce-with-25-or-more-covered-individuals/download) afin de les aviser de leur option de choisir leur couverture.

Pour utiliser ce formulaire, veuillez tout d’abord remplir :

1. Le tableau figurant en page 2 en indiquant si vous avez un régime privé agréé ;

2. Le tableau figurant en page 5 en indiquant quel pourcentage de la contribution de l’employé sera déduit des salaires de vos salariés, et quel pourcentage (le cas échéant) vous verserez ;

3. Le tableau relatif aux informations sur l’employeur figurant en page 6 ;

4. Les cases à cocher figurant en page 2 en indiquant où les employés peuvent trouver des informations sur votre régime privé, le cas échéant. (Cochez N/A si vous participez à la caisse centrale de l’État).

Une fois que vous aurez rempli ces sections, veuillez fournir les pages 2 à 6 de ce formulaire à vos salariés et employés sous contrat assujettis afin qu’ils les consultent et les signent.

**AVIS** **DE** **CONGÉS** **RÉMUNÉRÉS** **POUR** **RAISONS** **FAMILIALES** **ET** **MÉDICALES** **(moins de 25** **travailleurs)**

**Veuillez** **lire** **attentivement** **cet** **avis.** **Il** **comporte** **des** **renseignements** **importants** **sur** **vos** **droits,** **vos** **obligations** **et** **votre** **admissibilité** **en** **vertu** **de** **la** **loi** **du** **Massachusetts** **sur** **les** **congés** **rémunérés** **pour** **raisons** **familiales** **et** **médicales.** **Veuillez** **conserver** **cet** **avis** **pour** **vos** **dossiers.**

La loi du Massachusetts sur les congés rémunérés pour raisons familiales et médicales (PFML) assure le droit aux congés rémunérés pour raisons familiales et médicales pour la plupart des salariés du Massachusetts. Ces droits sont décrits plus en détail ci-dessous et incluent à la fois (1) la protection de l’emploi quand le salarié reprend le travail et (2) des indemnités partielles de remplacement de salaire tandis que le salarié n’est pas au travail. Les employeurs peuvent fournir ces indemnités soit (1) en participant à la caisse centrale de PFML gérée par le Département des congés pour raisons familiales et médicales du Massachusetts (le Département), ou (2) en fournissant un régime privé exempté qui offre des prestations au moins aussi généreuses que les prestations disponibles par le biais du Département.

Que votre employeur participe à la caisse centrale de l'État ou qu'il dispose d'un régime privé, vous aurez droit à certaines prestations et protections. Vous pouvez être tenu de verser des cotisations à la caisse centrale ou de financer le régime privé de votre employeur, mais seulement jusqu'à concurrence d'un certain montant. Vous devrez également informer votre employeur quand vous aurez besoin de congé et présenter une demande de prestations au Département ou par le biais du régime privé de votre employeur.

Un employeur peut demander à être exempté du versement pour cotisation de congés pour raisons médicales, pour cotisation de congés pour raisons familiales ou pour les deux. Votre employeur doit vous fournir des renseignements sur le régime privé et la procédure de demande. Votre employeur a décidé de fournir les prestations suivantes :

Dans la case ci-dessous

In annexe de cet avis

 Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N/A (l’employeur contribue à la caisse centrale de l’État)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | * Ne dispose pas de régime privé agréé et offre toutes les prestations de congés par le biais du Département ; * Dispose d’un régime privé agréé couvrant à la fois les congés pour raisons médicales et pour raisons familiales ; * Dispose d’un régime privé agréé couvrant seulement les congés pour raisons familiales et offre des congés pour raisons médicales par le biais du Département ; * Dispose d’un régime privé agréé couvrant seulement les congés pour raisons médicales et offre des congés pour raisons familiales par le biais du Département. |
|  | (Nom de l’employeur)  (Nom du régime privé)  (Numéro de téléphone du régime privé)  (Adresse du régime privé)  (Site web du régime privé) |

**I.** **Explication** **des** **prestations**

***Attributions de congés.*** En vertu de la loi sur les congés rémunérés pour raisons familiales et médicales, vous pourriez avoir droit à :

* 12 semaines de congés rémunérés pour raisons familiales en une année de prestations, pour la naissance, l’adoption ou le placement en famille d’accueil d’un enfant ; pour prendre soin d’un membre de votre famille gravement malade ; ou en cas d’urgence reconnue lorsqu’un membre de votre famille est en service actif dans les forces armées ou a été avisé d’une convocation imminente audit service actif ;
* 20 semaines de congés rémunérés pour raisons médicales en une année de prestations, si vous avez un grave problème de santé qui vous rend inapte au travail ;
* 26 semaines de congés rémunérés pour raisons familiales en une année de prestations pour prendre soin d’un membre de votre famille qui est membre des forces armées assujetti et qui suit un traitement médical ou traitant autrement des conséquences d’un grave problème de santé lié au service actif du membre de la famille ;
* Un total de 26 semaines, globalement, de congés pour raisons familiales et raisons médicales en une seule année de prestations.

Une « année de prestations » est la période de 12 mois précédant le dimanche se situant immédiatement avant le début de votre congé.

***Autres congés.*** Tout congé que vous prenez - rémunéré ou non rémunéré – si vous remplissez les conditions de rémunération sera pris en compte dans le calcul de votre nombre de congés pour l'année de prestations en question.

***Éligibilité.*** Vous aurez droit à un congé et à des prestations de remplacement de salaire si vous remplissez les conditions de rémunération. Vous devez avoir gagné au moins 30 fois le montant prévu des prestations et avoir [satisfait à l'exigence de rémunération minimale fixée annuellement par le Département d’assistance au chômage (DUA)](https://www.mass.gov/info-details/check-eligibility-for-unemployment-benefits#:~:text=Have%20earned%20at%20least%3A,would%20be%20eligible%20to%20collect), qui est de 6 300 $ pour 2024, durant les 4 derniers trimestres civils complets. (Ce montant est calculé dans la section ci-dessous intitulée « Paiements de remplacement de salaire ».)

***Paiements de remplacement de salaire***. Lorsque vous prenez un congé pour l’une quelconque des raisons décrites ci-dessus, vous aurez le droit de faire une demande de prestations de remplacement de salaire au Département ou au régime privé de votre employeur. Ces prestations représenteront une fraction de votre rémunération hebdomadaire moyenne. Le montant potentiel maximum de prestations sera comme suit :

* 80 % des rémunérations jusqu’à 50 % de la rémunération hebdomadaire moyenne de l’État
* 50 % des rémunérations au-dessus de la rémunération hebdomadaire moyenne de l’État
* En aucun cas, plus qu’un montant maximum. Pour 2024, ce montant maximum de prestations est de 1 149,90 $. Ce montant sera rajusté chaque année en fonction des augmentations de la rémunération hebdomadaire moyenne de l’État.

Les régimes privés peuvent décider d’offrir des prestations supérieures mais ne peuvent offrir de montants inférieurs à ce que verserait le Département.

***Paiements de prestations concomitantes.*** Si vous recevez des prestations d’autres sources tandis que vous recevez aussi des prestations du Département, les prestations que vous recevez du Département pourraient être réduites. Certains types d’autres prestations entraineront une réduction « un pour un » des prestations que vous recevez du Département. Ce qui signifie que pour chaque dollar que vous recevez de ces prestations, vos prestations émanant du Département seront réduites d’un dollar. Les prestations ayant cet effet sont les suivantes :

* L’assurance pour accidents du travail
* L’assurance chômage
* Les polices ou les programmes d’invalidité permanente
* Les banques de congés pour congés maladie prolongés

D’autres formes de prestations ne réduiront pas les prestations que vous recevez du Département à moins que vous receviez plus que vos prestations hebdomadaires moyennes en prestations totales. Les prestations ayant cet effet sont les suivantes :

* Polices ou programmes d’invalidité temporaire (y compris à la fois l’invalidité à court terme et l’invalidité à long terme)
* Polices ou programmes de congés pour raisons familiales et/ou médicales gérés par l’employeur

**Compléter les paiements de prestations de PFML.** Pour les demandes déposées à partir du 1er novembre 2023, les employés recevant des prestations PFML peuvent compléter leurs prestations PFML avec tout congé payé accumulé disponible (temps de maladie, vacances, temps personnel, etc.). Pour les salariés qui choisissent de compléter leurs prestations PFML de cette manière, la somme hebdomadaire combinée des prestations PFML et des congés payés fournis par l'employeur ne peut pas dépasser le salaire hebdomadaire moyen individuel du salarié. Il incombe aux employeurs de contrôler et de s'assurer que la somme hebdomadaire combinée des prestations de congé payé fournies par l'employeur et des prestations de PFML ne dépasse pas le salaire hebdomadaire moyen individuel d'un salarié. Les employeurs sont également responsables de la gestion de tout paiement effectué à un employé qui excède le salaire hebdomadaire moyen individuel de l'employé. Le Département n'est pas impliqué dans le processus de remboursement des excédents. Cette procédure relève uniquement de la responsabilité de l'employeur et de l'employé.   
  
Si la demande est déposée le 1er novembre 2023 ou après cette date, les demandes déposées rétroactivement pour un congé ayant débuté avant le 1er novembre 2023 sont admissibles à la compensation complémentaire.

**II.** **Droits** **et** **protections** **de** **l’employé**

***Protection de l’emploi.*** D’une manière générale, si vous prenez un congé pour raisons familiales ou médicales, une fois que vous reprenez le travail, votre employeur doit vous remettre au poste que vous occupiez précédemment ou à un poste équivalent, avec les mêmes statut, salaire, avantages en matière d’emploi, avantages pour ancienneté de service et ancienneté à la date du début du congé. Ceci peut ne pas s’appliquer si votre poste a été éliminé pour raisons économiques non liées à l’utilisation de votre congé.

***Maintien de l’assurance santé.*** Votre employeur doit continuer d’assurer vos prestations d’assurance santé liées à votre emploi et de cotiser à celles-ci, le cas échéant, au niveau et dans les mêmes conditions dans lesquelles la couverture aurait été fournie si vous aviez continué de travailler pour la durée dudit congé. Votre employeur peut exiger que vous continuiez de payer votre part de la prime d’assurance selon les termes et conditions de la période précédant votre congé.

***Absence de représailles.*** La loi interdit à l’employeur de faire preuve de discrimination ou de représailles à votre égard pour avoir usé d’un droit prévu par la loi sur les congés rémunérés pour raisons familiales et médicales. Tout salarié ou ancien salarié ayant fait l’objet de discrimination ou de représailles pour avoir exercé des droits prévus par la loi dispose de trois ans à compter de l’infraction pour intenter une action civile devant la cour supérieure.

**III.** **Montants** **de** **la** **cotisation**

Pour aider à financer les prestations pour congés rémunérés prévues par la loi sur les congés rémunérés pour raisons familiales et médicales, votre employeur peut effectuer une déduction sur vos salaires, qui sera remise soit à la caisse centrale, soit au gestionnaire du régime privé de votre employeur. Que votre employeur dispose d’un régime privé ou cotise à la caisse centrale de l’État, la déduction ne peut excéder les montants suivants :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cotisation** **de** **congés** **pour** **raisons** **familiales** | **Cotisations** **de** **congés** **pour** **raisons** **médicales** | **Montant** **total** **des** **cotisations** |
| **0,18** **%** **des** **revenus\*** | **0,28** **%** **des** **revenus\*** | **0,46** **%** **des** **revenus\*** |

Votre employeur comptant moins de 25 travailleurs assujettis, il n’est pas tenu par la loi de verser une autre cotisation en votre nom. Les employeurs peuvent opter de couvrir une partie du montant de votre cotisation (0,46 % des salaires) mais n’ont pas l’obligation de le faire. Votre employeur a décidé d’allouer le montant de cotisation comme suit :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Congés** **pour** **raisons**  **médicales** | Cotisation totale exigée : 0,28 %\* | | |
| cotisera (Nom de l’employeur)  et le solde de | **\_\_\_%** | de la cotisation de congés pour raisons médicales |
| **\_\_\_%** | sera déduit de vos salaires |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Congés** **pour** **raisons**  **familiales** | Cotisation totale exigée : 0,18 %\* | | |
| cotisera (Nom de l’employeur)  et le solde de | **\_\_\_%** | de la cotisation de congés pour raisons familiales |
| **\_\_\_%** | sera déduit de vos salaires |

Veuillez parapher ici afin d’indiquer que vous comprenez que ce pourcentage de vos salaires gagnés en une période de paye sera déduit de votre paye chaque période de paye :

\* Les chiffres fournis sont jusqu’à fin 2024. Ces taux peuvent être rajustés sur une base annuelle, en vigueur au 1er janvier de chaque année civile.

**IV.** **Aviser** **votre** **employeur**

**AVANT** de prendre un congé ou de faire une demande de prestations, vous DEVEZ aviser votre employeur du fait que vous avez besoin d’un congé. Vous devez donner un préavis d’au moins 30 jours de votre besoin de congé. Si un préavis de 30 jours n’est pas possible en raison de circonstances indépendantes de votre volonté, vous devez fournir un préavis le plus rapidement possible, et de toutes façons, avant de déposer votre demande de prestations.

Quand vous avisez votre employeur de votre besoin de congé, vous devez fournir les renseignements suivants :

1. La date anticipée de début du congé ; 2. La durée anticipée du congé ;

3. La date prévue de votre retour du congé ;

4. Si vous aurez besoin d’un congé intermittent (un congé pris en blocs séparés de deux ou plus) ou d’un congé réduit (un congé qui implique un programme réduit d’heures ou de jours de travail par semaine), et ;

5. Si vous avez besoin d’un congé intermittent ou d’un congé réduit, la fréquence anticipée de congés et la durée anticipée de chaque congé.

En cas de changement de l’un quelconque de ces renseignements, vous êtes tenu d’en informer le plus rapidement possible votre employeur.

**V.** **Déposer** **une** **demande**

Pour déposer une demande de prestations de congés rémunérés pour raisons familiales et médicales, vous aurez besoin des renseignements suivants relatifs à votre employeur :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | (Nom de l’employeur) |  |
|  |  |  |
|  | (Adresse physique de votre employeur) |  |
|  |  |  |
|  | (Ville, État et code postal de votre employeur) |  |
|  |  |  |
|  | (Numéro fédéral d’identification de votre employeur) (FEIN) |  |

Si votre employeur cotise à la caisse centrale, vous devez déposer une demande de prestations auprès du Département. Vous pouvez déposer cette demande selon deux options possibles :

1. Vous pouvez créer un compte pour faire une demande en ligne par le site web de demande du Département à [paidleave.mass.gov/login/](https://paidleave.mass.gov/login/)

2. Vous pouvez appeler le centre d’appels du département au (833) 344-7365 pour remplir une demande par téléphone.

Des formulaires et des consignes relatives aux demandes sont disponibles sur le site Web du Département à

[www.mass.gov/info-details/get-ready-to-apply-for-paid-family-and-medical-leave-pfml-benefits](http://www.mass.gov/info-details/get-ready-to-apply-for-paid-family-and-medical-leave-pfml-benefits).

**VI.** **Pour** **en** **savoir** **plus**

Pour avoir des informations plus détaillées, veuillez consulter le site Web du Département : [www.mass.gov/DFML](http://www.mass.gov/DFML). Vous pouvez contacter le Département des congés pour raisons familiales et médicales à :

**The** **Massachusetts** **Department** **of** **Family** **and** **Medical** **Leave** PO Box 838

Lawrence, MA 01842

Coordonnées du centre : (833) 344-7365

**ACCUSÉ DE RÉCEPTION**

En apposant votre signature ci-dessous, vous confirmez avoir reçu les informations qui précèdent dans les 30 jours suivant votre entrée en fonction.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Signature** **Date**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Nom** **(en** **caractères** **d’imprimerie)**

Votre accusé de réception signé sera conservé par votre employeur. Veuillez conserver une copie pour votre propre dossier.