**Nota bene:** questi documenti sono forniti in formato Word per la vostra comodità, al fine di facilitare il completamento dei campi compilabili, apportare piccole modifiche di formattazione (come l'aggiunta di un logo aziendale) o aggiungere informazioni sulle politiche specifiche dell'azienda. I datori di lavoro sono responsabili di eventuali modifiche, revisioni, aggiunte o cancellazioni apportate a questi moduli. Il Dipartimento del Congedo Familiare e Medico (DFML) non è responsabile per le modifiche apportate a questi moduli e non può garantire che un modulo modificato rispetto a questa versione originale sarà conforme.

**Informativa del datore di lavoro ai liberi professionisti**

*Imprese aderenti con 25 o più lavoratori*

Diritti e obblighi secondo la Legge del Massachusetts sul Congedo Familiare e Medico, M.G.L. c. 175M

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | (Nome del datore di lavoro) |  |
|  |  |  |
|  | (Indirizzo del datore di lavoro) |  |
|  |  |  |
|  | (Comune, Stato, codice postale del datore di lavoro) |  |
|  |  |  |
|  | (Numero di Identificazione del Datore di Lavoro Federale) (FEIN) |  |

Ai sensi della Legge del Massachusetts sul Congedo Familiare e Medico, M.G.L. c. 175M, **le imprese aderenti** sono tenute a ciascun libero professionista, al momento della stipula del contratto, le informazioni fornite in questa informativa.

Un'**impresa aderente** è un'impresa o attività commerciale che stipula contratti con lavoratori autonomi **per più del 50 percento della sua forza lavoro** ed è tenuta a segnalare i pagamenti a tali individui sul modulo IRS 1099-MISC**.**

**Un libero professionista è una persona che risiede nel Massachusetts ed è un proprietario unico, unico membro di una società a responsabilità limitata o di una partnership a responsabilità limitata, i cui utili o perdite da un'attività commerciale devono essere segnalati al Dipartimento delle Entrate del Massachusetts.**

**Questa azienda:**

* **È** un’impresa aderente ai sensi della legge
* **Non è** un’impresa aderente coperta ai sensi della legge

Se questa impresa è un'**impresa aderente**, è tenuta per legge a versare contributi per conto dei liberi professionisti, come se fossero dipendenti, come indicato di seguito. Di conseguenza, se questa attività è un'impresa aderente, potrebbe essere idonea a un sostegno al reddito in determinate circostanze, come indicato di seguito nella sezione intitolata **“Spiegazione dei sussidi”.**

Se attività organizzazione non è un'**impresa coperta,** può comunque possibile decidere di aderire al programma ai sensi della legge sul Congedo Familiare e Medico. Se si sceglie questa opzione, si prega di consultare l'**Avviso di adesione per i liberi professionisti** per ulteriori informazioni.

**Spiegazione dei sussidi**

* **Potresti aver diritto a:**
	+ 12 settimane di congedo familiare retribuito in un anno di copertura per la nascita, l'adozione o il collocamento in affido di un bambino, o per altre esigenze qualificanti qualora un famigliare presti servizio nelle Forze Armate o stia per essere richiamato a prestarvi servizio;
	+ 20 settimane di congedo medico retribuito, per ogni anno di copertura, qualora abbia seri problemi di salute che ti renda inabile al lavoro.
	+ 26 settimane di congedo familiare retribuito, per ogni anno di copertura, per prendersi cura di un familiare che è un membro del servizio coperto che sta ricevendo trattamento medico o affrontando conseguenze di una condizione di salute grave legata al servizio militare del membro della famiglia.
	+ 12 settimane di congedo familiare retribuito, per ogni anno di copertura, per prendersi cura di un familiare con gravi problemi di salute.
	+ 26 settimane totali, in aggregato, di congedo familiare e medico retribuito in un singolo anno di copertura. Un "anno di copertura" è costituito dai 12 mesi che precedono la domenica immediatamente prima dell'inizio del congedo.

**L'importo settimanale del tuo sussidio sarà basato sui guadagni dell'impiegato, con un massimo di $1,149.90 a settimana nel 2024.**

**Contributi al Fondo Fiduciario per la Sicurezza sul Lavoro del Dipartimento del Congedo Familiare e Medico**

I contributi al Fondo Fiduciario per la Sicurezza sul Lavoro del Dipartimento del Congedo Familiare e Medico (DFML) sono iniziati il 1 ottobre 2019. L'impresa coperta è tenuta ad inviare contributi al DFML per tutti i liberi professionisti nella sua forza lavoro, se questi costituiscono più del 50 percento della sua forza lavoro. Il tasso del contributo potrebbe essere soggetto ad adeguamenti annuali ed

è riportato nel relativo avviso allegato al presente documento.

**Come presentare una richiesta**

Gli individui coperti devono presentare richieste per l’indennità sostitutiva del reddito per congedo familiare e medico al DFML utilizzando i moduli del DFML. I moduli e le istruzioni per la domanda sono disponibili sul sito web del DFML [www.mass.gov/DFML](http://www.mass.gov/DFML).

I liberi professionisti sono tenuti a comunicare all’impresa aderente, con un preavviso di

almeno 30 giorni, la data di inizio, la durata e la data di ritorno previste di qualsiasi assenza. Se un

libero professionista non è in grado di fornire un preavviso di 30 giorni a causa di circostanze al di fuori

del proprio controllo, è tenuto a comunicarlo il prima possibile.

**Copertura privata**

Se un’impresa aderente offre un piano di copertura per assenze retribuite, con sussidi che siano almeno

allo stesso livello di quelli offerti dalla legge, può chiedere un’esenzione dall’applicare le trattenute per il

Fondo fiduciario per la famiglia e la sicurezza dell’impiego del DFML. L’impresa aderente può chiedere

un’esenzione dall’applicare le trattenute per uno o entrambi i tipi di assenze retribuite.

L’impresa aderente deve fornire ai liberi professionisti le informazioni relative a eventuali

piani di copertura privati nello stesso momento in cui fornisce il presente avviso.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | * Non è dotato di copertura privata approvata;
* È dotato di una copertura privata approvata sia per il congedo familiare che il congedo medico;
* È dotato di una copertura privata approvata solo per il congedo familiare;
* È dotato di una copertura privata approvata solo per il congedo medico.
 |
|  | (Nome dell’impresa aderente)(Nome della copertura privata)(Numero di telefono della copertura privata)(Indirizzo della copertura privata)(Sito web della copertura privata) |

**Recapiti del Dipartimento per le assenze retribuite per motivi di famiglia e malattia**

**(DFML)**

Dipartimento per le assenze retribuite per motivi di famiglia e malattia del Massachusetts

PO Box 838

Lawrence, MA 01842

Centro contatti: (833) 344-7365

**Ulteriori informazioni**

Per informazioni più approfondite, si prega di visitare il sito web del DFML: [www.mass.gov/DFML](file:///C%3A%5CUsers%5Cgaiasimoneschi%5CDownloads%5Cwww.mass.gov%5CDFML).

**CONFERMA DI RICEVUTA**

La tua firma qui sotto attesta il ricevimento delle informazioni sopra entro 30 giorni dalla data di inizio del tuo impiego.

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

**Firma**  **Data**

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

**Nome (In stampatello)**

La conferma di ricevuta verrà conservata dall’impresa aderente. Ti preghiamo di conservare

una copia per consultazioni future.

**Tassi in vigore: 2024**

*Per datori di lavoro 25 o più dipendenti*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Contributo per il congedo familiare** | **Contributo per il congedo medico** | **Importo totale dei contributi** |
| **.18%** | **.70%** | **.88%** |

I datori di lavoro sono responsabili di inviare contributi al DFML per tutti i dipendenti. Nel 2024, l'importo totale del contributo è dell'0,88% dei salari.

Ai sensi della legge, i datori di lavoro sono responsabili di almeno il 60% del contributo per il congedo medico (0,42% degli stipendi), ma sono autorizzati a dedurre dai salari dei dipendenti fino al 40% del contributo per il congedo medico (0,28% degli stipendi) e fino al 100% del contributo per il congedo familiare (0,18% degli stipendi).

|  |  |
| --- | --- |
| **Congedo medico** | Contributo totale richiesto: .70% |
|  |  |  | verserà | **\_\_\_%** | Del contributo per il congedo medico |
|  | (Nome del datore di lavoro) | e il restante  | **\_\_\_%** | Sarà detratto dai tuoi stipendi |

|  |  |
| --- | --- |
| **Congedo familiare** | Contributo totale richiesto: .18% |
|  |  |  | verserà | **\_\_\_%** | Del contributo per il congedo familiare |
|  | (Nome del datore di lavoro) | e il restante  | **\_\_\_%** | Sarà detratto dai tuoi stipendi |

Iniziali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_