**Importante:** estos documentos se ofrecen en formato de Word para su conveniencia, para que sea más sencillo completar los espacios necesarios, realizar pequeños cambios en el diseño (como agregar el logo de la compañía) o incorporar cuestiones relativas a las políticas específicas de la empresa. Los empleadores son responsables por toda edición, revisión, agregado o eliminación que realicen con respecto a estos formularios. El Departamento de Permiso Familiar y Médico (DFML, por sus siglas en inglés) se deslinda de toda responsabilidad respecto de las modificaciones realizadas a estos formularios y no puede garantizar que un formulario cumpla con los requerimientos formales si su versión original se modificó.

**Aviso para trabajadores autónomos***Entidades con cobertura que tienen veinticinco trabajadores o más*
Derechos y Obligaciones según la Ley de Permiso Familiar y Médico de Massachusetts, capítulo 175M de las Leyes Generales de Massachusetts (M.G.L., por sus siglas en inglés)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | (Nombre del empleador) |  |
|  |  |  |
|  | (Domicilio del empleador) |  |
|  |  |  |
|  | (Ciudad, estado, código postal del empleador) |  |
|  |  |  |
|  | (Número de identificación federal del empleador; FEIN, por sus siglas en inglés) |  |

De acuerdo con la Ley de Permiso Familiar y Médico de Massachusetts, capítulo 175M de las M.G.L., una **entidad comercial con cobertura** debe brindar a cada uno de sus trabajadores autónomos, en el momento en que se realiza el contrato, la información que se detalla en este Aviso.

Una **entidad comercial con cobertura** es una empresa o comercio que contrata trabajadores autónomos para que brinden servicios y que debe reportar los pagos realizados a dichas personas en el Formulario 1099-MISC del IRS ***para más del cincuenta por ciento de la fuerza laboral***.

Un trabajador autónomo es una persona que reside en Massachusetts y es el propietario único y miembro único de una sociedad del tipo “LLC” o del tipo “LLP” con ganancias o pérdidas netas comerciales que deben reportarse al Departamento de Hacienda de Massachusetts.

**Esta organización:**

* **Es** una entidad comercial con cobertura de acuerdo con la ley
* **No es** una entidad comercial con cobertura de acuerdo con la ley

Si esta organización es una **entidad comercial con cobertura**, la ley exige que realice contribuciones a nombre de sus trabajadores autónomos como si fueran empleados, según se detalla abajo. En consecuencia, si esta empresa es una entidad comercial con cobertura, usted podría ser elegible para el reemplazo de ingresos en ciertas circunstancias que se detallan abajo en la sección «**Explicación de los beneficios**».

Si esta organización no es una entidad comercial con cobertura, usted, de todas formas, podría elegir pasar a ser una persona con cobertura de acuerdo con la ley de Permiso Familiar y Médico. Si desea hacerlo, por favor consulte el **Aviso de elección para trabajadores autónomos**, para acceder a más información.

**Explicación de los beneficios**

* **Usted podría tener derecho a:**
* 12 semanas de permiso familiar pagado, en un año de beneficios, por el nacimiento, la adopción o el recibimiento de un niño/a en un hogar de acogida, o debido a una exigencia admisible, por el hecho de que un pariente se encuentre en servicio activo o haya sido notificado de un llamado para prestar servicio activo en forma inminente en las Fuerzas Armadas
* 20 semanas de permiso médico pagado, en un año de beneficios, si se trata de una enfermedad grave que implique incapacidad para trabajar
* 26 semanas de permiso familiar pagado, en un año de beneficios, para atender a un pariente que sea un miembro de los servicios uniformados, con cobertura, y que esté sometido a un tratamiento médico o que esté atravesando otro tipo de consecuencias de una enfermedad grave en relación con el servicio militar de ese pariente
	+ 12 semanas de permiso familiar pagado, en un año de beneficios, para atender a un pariente con una enfermedad grave
	+ 26 semanas totales entre el permiso médico y familiar pagado, en un único año de beneficios. Un «año de beneficios» corresponde a los 12 meses previos al domingo inmediatamente anterior al comienzo de su permiso.
* **El monto de su beneficio semanal** se calculará sobre la base de las ganancias del empleado, con un beneficio máximo de $1.149,90 por semana en 2024.

**Contribuciones al Fondo Fiduciario de la Seguridad Laboral, del Departamento de Permiso Familiar y Médico**

El 1° de octubre de 2019 comenzaron a realizarse las contribuciones al Fondo Fiduciario de la Seguridad Familiar y Laboral del Departamento de Permiso Familiar y Médico (DFML, por sus siglas en inglés). La **entidad comercial con cobertura** debe enviar contribuciones al DFML por todos los trabajadores autónomos de su fuerza laboral, si dichos trabajadores autónomos constituyen más del cincuenta por ciento de su fuerza laboral. Es posible que se ajuste la tasa de las contribuciones cada año, y puede encontrarla en el aviso de tasas aplicables adjunto.

**Cómo presentar una solicitud**

Las personas con cobertura deben presentar solicitudes ante el DFML para el reemplazo de ingresos familiares y médicos pagados usando los formularios del DFML. Encontrará los formularios y las instrucciones para las solicitudes en la página web del DFML:  [www.mass.gov/DFML](http://www.mass.gov/DFML).

Los trabajadores autónomos deben notificar a la entidad comercial con cobertura, con al menos 30 días de antelación, la fecha prevista de inicio del permiso, la duración prevista y la fecha esperada de regreso. El trabajador autónomo que no pueda dar una notificación con 30 días de antelación debido a circunstancias fuera de su control deberá hacerlo tan pronto como sea posible.

**Exención para planes privados**

Una entidad comercial con cobertura que ofrezca permisos pagados con beneficios que tengan, como mínimo, el mismo alcance que los beneficios concedidos por la ley podrá solicitar la exención del pago de las contribuciones al Fondo Fiduciario de la Seguridad Familiar y Laboral del Departamento de Permiso Familiar y Médico. Una entidad comercial con cobertura podrá solicitar la exención del pago de las contribuciones para el permiso médico, para el permiso familiar o para ambos.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | * No cuenta con un plan privado aprobado
* Tiene un plan privado aprobado para beneficios de permisos tanto familiares como médicos
* Tiene un plan privado aprobado para beneficios de permisos familiares solamente
* Tiene un plan privado aprobado para permisos médicos solamente.
 |
|  | (Nombre de la entidad comercial con cobertura)(Nombre del plan privado)(Número telefónico del plan privado)(Dirección del plan privado)(Sitio web del plan privado) |

Las entidades comerciales con cobertura deben proporcionales a los trabajadores autónomos los detalles de todo plan privado al mismo tiempo que se entrega este Aviso.

**Información de contacto del Departamento de Permiso Familiar y Médico**

**The Massachusetts Department of Family and Medical Leave
[Departamento de Permiso Familiar y Médico de Massachusetts]**

PO Box 838

Lawrence, MA 01842

Centro de contacto: (833) 344-7365

**Más información disponible**

Para acceder a información más detallada, por favor visite el sitio web del DFML: [**www.mass.gov/DFML**](file:///C%3A%5CUsers%5Ca.donato%5CAppData%5CLocal%5CMicrosoft%5CWindows%5CINetCache%5CContent.Outlook%5CRU5BUTVM%5Cwww.mass.gov%5CDFML).

**ACEPTACIÓN**

Su firma abajo indica que usted acepta haber recibido la información que aparece arriba en el momento de celebrarse su contrato.

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

**Firma** **Fecha**

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

**Aclaración de la firma**

Su aceptación firmada será retenida por la entidad comercial con cobertura. Por favor, conserve una copia para su propia referencia.

**Tasas aplicables: 2024**

*Para empleadores con veinticinco empleados o más*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Contribución para permisos familiares** | **Contribución para permisos médicos** | **Monto total de contribuciones** |
| **.18 %** | **.70 %** | **.88 %** |

Los empleadores son responsables de enviar contribuciones al DFML por todos los empleados. En 2024, el monto total de las contribuciones es el 0.88 % de los salarios.

De acuerdo con la ley, los empleadores son responsables por un mínimo del 60 % de la contribución para permisos médicos (el 0,42 % de los salarios), pero tienen permitido deducir de los salarios de los empleados hasta un 40 % de la contribución para permisos médicos (el 0,28 % de los salarios) y hasta un 100 % de la contribución para permisos familiares (el 0,18 % de los salarios).

|  |  |
| --- | --- |
| **Permiso médico** | Contribución total requerida: .70 % |
|  |  |  | aportará | **\_\_\_%** | de la contribución para permisos médicos |
|  | (Nombre del empleador) | y el  | **\_\_\_%** | restante se deducirá de sus ganancias |

|  |  |
| --- | --- |
| **Permiso familiar** | Contribución total requerida: .18 % |
|  |  |  | aportará | **\_\_\_%** | de la contribución para permisos familiares |
|  | (Nombre del empleador) | y el  | **\_\_\_%** | restante se deducirá de sus ganancias |

Iniciales:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_