**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.

**给自雇人士的通知**

受保商业拥有 少于 25 名的工人

马萨诸塞州家庭和病假法规定的权利和义务,M.G.L. C. 175M

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

根据马萨诸塞州家庭和病假法规,M.G.L. C. 175M, 全部所受保的商业必须在签订合同时提供给每个自雇人士本通知中提供的信息.

一个**受保的商业**是一个企业或贸易与自雇人士签订服务合同并被要求在 IRS 表格 1099-MISC 上报告其 50% 以上员工的付款情况.

自雇人士是指居住在马萨诸塞州的独资经营者,有限责任公司的唯一成员或有限责任合伙企业,其业务净利润或亏损需要报告给马萨诸塞州税务局

**这个机构:**

* **是**法律规定的受保商业
* **不是**法律规定的受保商业

如果该机构是一个**受保的商业,** 依法律规定必须代表自雇人士,就像他们是雇员一样缴纳会费, 如下所述. 因此,如果该企业是**受保的商业,**在某些情况下,您可能有资格获得收入替代, 如下文标题为 “福利说明”的部分所述.

如果该机构**不是受保****的商业,**您仍然可以选择成为受保的商业根据家庭和医疗休假法规. 如果您选择这样做,请查阅**自雇人士选择通知书**以获取更多信息.

**福利说明**

* **您可能有权获得:**
  + 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属;或由于家属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属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”是指您们休假开始前的星期日之前的 12 个月
* **您们的每周福利金额将根据每人的收入而定, 2024年最高福利为每周 $1149.90.**

**对家庭和病假部就业保障信托基金的缴款**

2019 年 10 月 1 日, 开始缴款入家庭和病假部 (DFML) 的家庭和就业保障信托基金. 该受保的商业需要为企业中的员工所有属于自雇人士缴款给 DFML 如果所有的自雇人士占 50%企业中的员工以上. 缴费率可能每年进行调整,缴费并能够在随附的有效费率通知中找到.

**如何提交申请**

受保个人必须使用DFML的表格向 DFML 提交带薪家庭和医疗收入替代申请. 表格和申请说明将DFML的网站上提供[www.mass.gov/DFML](http://www.mass.gov/DFML).

自雇人士必须至少提前 30 天向受保的业务单位提供任何休假的预计开始日期的通知，预计休假时间和预计返回日期. 自雇人士由于无法控制的情况而无法提前 30 天发出通知需要尽快发出通知.

**私人计划豁免支付**

提供带薪休假福利至少与法律规定的福利一样慷慨的受保商业可以申请豁免支付家庭和病假部家庭和就业保障信托基金的缴款. 受保商业可以申请豁免病假缴款,家庭假缴款或全部2种缴款.

任何受保商业私人计划的详细信息必须与本公告同时发布提供给 自雇人士.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | * 没有一个己经批准的私人计划; * 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; * 拥有一个己经批准的仅提供病假福利的私人计. |
|  | (受保商业名称)  (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) |

**家庭和病假部门联系信息**

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

PO Box 838

Lawrence, MA 01842

Contact Center: (833) 344-7365

**提供更多信息**

有关更多详细信息,请浏览DFML网页: [**www.mass.gov/DFML**](http://www.mass.gov/DFML).

**确认**

您在下面签名即表示您在签订合同时已收到上述信息.

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

**签名** **日期**

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

**姓名（打印)**

您签名的确认书将会由您们的受保的业务单位保管.请保留一份副本供您自己参考.

**实际利率: 2024**

*对于拥有 少于 25 名员工的雇主*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **家庭假 缴款** | **病假缴款** | **总缴金额** |
| **.18%** | **.28%** | **.46%** |

雇主们有责任为所有员工缴款给DFML. 2024年缴费总额为工资的00.88%.

对于小类型的雇主们(受保工人**少于 25 人),** 有效的家庭和病假缴款为收入的 00.318%. 小类型的雇主们有责任从员工工资中扣留缴款,但他们不需资助家庭或病假. 如果他们选择支付全部或部分受保个人的份额,他们可以这样做,但他们没有义务这样做.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **病休假** | 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 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **家庭休假** | 所必需的缴款总: .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 |

首字母签名 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_