**Por favor, observe que:** esses documentos são fornecidos em formato Word para sua conveniência – para facilitar o preenchimento de campos que podem ser preenchidos, e permitir pequenas alterações de formatação (como a adição de um logotipo da empresa) ou adições sobre políticas específicas da empresa. Os empregadores são responsáveis por quaisquer edições, revisões, adições ou exclusões que fizerem nestes formulários. O Departamento de Licença Médica e Familiar (DFML) se isenta de qualquer responsabilidade pelas modificações feitas nestes formulários e não pode garantir que um formulário que tenha sido modificado a sua versão original estará em conformidade com a lei.

**Aviso do Empregador aos Empreiteiros (empregados autônomos)***Empresas Cobertas com 25 Trabalhadores ou menos*   
Direitos e Obrigações de acordo com a Lei de Licença Médica e Familiar de Massachusetts, M.G.L. c. 175M

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | (Nome do Empregador) |  |
|  |  |  |
|  | (Endereço do Empregador) |  |
|  |  |  |
|  | (Cidade, Estado e Código Postal (CEP) do Empregador) |  |
|  |  |  |
|  | (Federal Employer ID Number) (FEIN)  {Número Federal de Identificação do Empregador} |  |

De acordo com a Lei de Licença Médica e Familiar de Massachusetts, MGL c. 175M, uma **empresa comercial coberta** é obrigada a fornecer a cada um de seus empreiteiros (empregados autônomos), no momento em que o contrato for efetuado, as informações fornecidas nesta Notificação.

Uma **empresa comercial coberta** é uma empresa ou comércio que contrata indivíduos autônomos para fazerem serviços e é obrigada a informar os pagamentos a esses indivíduos no Formulário 1099-MISC do IRS, ***para mais de 50% de sua força de trabalho***.

**Um empreiteiro (empregado autônomo) é uma pessoa que reside em Massachusetts e é o único proprietário, único membro de uma sociedade de responsabilidade limitada ou sociedade de responsabilidade limitada cujo lucro ou prejuízo líquido de um negócio deve ser relatado ao Departamento de Receita de Massachusetts.**

**Esta organização:**

* **É** uma empresa comercial coberta nos termos da lei
* **Não é** uma empresa comercial coberta nos termos da lei

Se esta organização é uma **empresa comercial coberta**, ela é obrigada por lei a enviar contribuições, em nome de seus empreiteiros (empregados autônomos) como se fossem funcionários, conforme descrito abaixo. Consequentemente, se esta empresa for uma empresa comercial coberta, você poderá se qualificar para substituição de renda em determinadas circunstâncias, conforme descrito abaixo na seção intitulada “**Explicação dos Benefícios**.”

Se esta organização não for uma empresa comercial coberta, você ainda poderá optar por se tornar um indivíduo coberto, de acordo com a lei de Licença Médica e Familiar. Se optar por fazer isso, consulte a **Notificação de Opção para Autônomos**, para obter mais informações

**Explicação dos Benefícios**

* **Você pode ter direito a:**
* 12 semanas de licença familiar remunerada em um ano de benefícios para o nascimento, adoção ou acolhimento de uma criança em um lar adotivo, ou por exigência qualificante decorrente do fato de um membro da família estar em serviço ativo ou ter sido notificado de uma iminente convocação para serviço ativo nas Forças Armadas;
* 20 semanas de licença médica remunerada em um ano de benefícios se tiver uma condição de saúde grave que o incapacite de trabalhar
* 26 semanas de licença familiar remunerada em um ano de benefícios para cuidar de um familiar que seja um militar coberto recebendo tratamento médico ou lidando com as consequências de uma condição de saúde grave relacionada ao serviço militar do familiar.
  + 12 semanas de licença familiar remunerada em um ano de benefícios para cuidar de um familiar com uma condição de saúde grave.
  + 26 semanas no total, agregadas, de licença médica e familiar remunerada em um único ano de benefícios. Um “ano de benefício” são os 12 meses anteriores ao domingo imediatamente anterior ao início da sua licença.
* **O valor do seu benefício semanal será baseado nos rendimentos do empregado, com um benefício máximo de $1149.90 por semana em 2024**.

**Contribuições para o Fundo Fiduciário de Seguridade de Emprego do Departamento de Licença Médica e Familiar**

Em 1º de outubro de 2019, começaram as contribuições para o Fundo Fiduciário de Seguridade dos Empregados do Departamento de Licença Médica e Familiar (DFML). A **empresa comercial coberta** é obrigada a enviar contribuições para o DFML para todos os empreiteiros (empregados autônomos) em sua força de trabalho(equipe), se esses trabalhadores autônomos representarem mais de 50% de sua força de trabalho (equipe). A alíquota de contribuição pode ser reajustada anualmente e pode ser encontrada na Notificação de Alíquota Afetiva, anexa.

**Como Enviar uma Aplicação/Solicitação**

Os indivíduos cobertos devem enviar uma aplicação/solicitação para a substituição de renda familiar e médica remunerada junto ao DFML usando os formulários do DFML. Formulários e instruções para fazer a aplicação/solicitação estão disponíveis no site do DFML [www.mass.gov/DFML](http://www.mass.gov/DFML).

Os empreiteiros (empregados autônomos) são obrigados a fornecer pelo menos 30 dias de aviso-prévio de que precisar tirar uma licença à empresa comercial coberta, indicando a data prevista de início de uma licença, e a duração prevista da licença e a data prevista de retorno ao trabalho. Os empreiteiros (empregados autônomos) que não puderem prover o aviso prévio de 30 dias, devido a circunstâncias fora de seu controle, você deverá fazer a notificação assim que possível.

**Isenção de Plano Privado**

Uma empresa comercial coberta que ofereça licença remunerada com benefícios que sejam pelo menos tão generosos quanto os previstos na lei podem solicitar uma isenção do pagamento da contribuição ao Departamento de Licença Médica e Familiar e ao Fundo Fiduciário de Seguridade dos Empregados. Uma empresa comercial coberta pode solicitar uma isenção da contribuição para licença médica, contribuição para licença familiar ou ambas.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | * Não possui plano privado aprovado; * Possui ambos os benefícios, plano privado aprovado para licença médica e familiar; * Possui benefício do plano privado aprovado apenas para licença familiar; * Possui benefício do plano privado aprovado apenas para licença médica. |
|  | (Nome da Empresa Comercial Coberta)  (Nome do Plano Privado)  (Telefone do Plano Privado)  (Endereço do Plano Privado)  (Website/página de internet do Plano Privado) |

Os detalhes de qualquer plano privado devem ser fornecidos aos empreiteiros (empregados autônomos) pela empresa comercial coberta junto com esta Notificação.

**Informações para contato do Departamento de Licença Médica e Familiar de Massachusetts (Department of Family and Medical Leave)**

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

PO Box 838

Lawrence, MA 01842

Centro de contato: (833) 344-7365

**Mais informações estão disponíveis**

Para obter informações mais detalhadas, por favor, acesse o site do DFML: [**www.mass.gov/DFML**](http://www.mass.gov/DFML).

**CONFIRMAÇÃO**

Sua assinatura abaixo confirma o recebimento das informações acima, no momento em que seu contrato foi assinado/feito.

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

**Assinatura** **Data**

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

**Nome (Por escrito em letra de forma)**

Sua confirmação assinada será retida pela empresa comercial coberta. Por favor, guarde uma cópia para sua própria referência.

**Alíquotas Efetivas: 2024**

*Para empregadores com menos de 25 empregados*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Contribuição para a Licença Familiar** | **Contribuição para a Licença Médica** | **Valor Total da Contribuição** |
| **.18%** | **.28%** | **.46%** |

Os empregadores são responsáveis pelo envio de contribuições ao DFML para todos os empregados. Em 2024, o valor total da contribuição é de 00,88% do salário.

Para pequenos empregadores (com menos de **25 trabalhadores cobertos**), a contribuição efetiva para licenças familiares e médicas é de 00,318% dos rendimentos. Os pequenos empregadores são responsáveis por remeter os fundos retidos do salário dos seus empregados, mas não precisam de contribuir para a licença familiar ou médica. Se decidirem pagar toda ou somente parte do plano dos indivíduos cobertos, poderão fazê-lo, porém não são obrigados a contribuir.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Licença Médica** | Contribuição Total Exigida: .28% | | | | | |
|  |  |  | contribuirá com | **\_\_\_%** | da contribuição para a licença médica |
|  | (Nome do Empregador) | e os restantes | **\_\_\_%** | serão descontados dos seus rendimentos |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Licença Familiar** | Contribuição Total Exigida: .18% | | | | | |
|  |  |  | contribuirá com | **\_\_\_%** | da contribuição para a licença familiar |
|  | (Nome do Empregador) | e os restantes | **\_\_\_%** | serão descontados dos seus rendimentos |

Iniciais \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_