**Veuillez noter :** ces documents sont fournis en format Word à toutes fins utiles - pour 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 au moins 25 employés - Consignes d’utilisation**

À titre d’employeur du Massachusetts, vous êtes tenu d’informer vos salariés et employés sous contrat 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. Vous pouvez également créer ou utiliser un autre avis en vous assurant d’utiliser les même sinformations que celles qui sont exigées par la loi.

Ce formulaire s’applique aux employeurs comptant au moins 25 salariés et employés sous contrat du Massachusetts. Si vous avez moins de 25 salariés et employés sous contrat du Massachusetts, veuillez utiliser le *Formulaire d’avis pour employeur comptant parmi ses effectifs moins de 25 personnes assujetties*. De même, si vous traitez avec des travailleurs indépendants qui *ne sont pas* des employés sous contrat assujettis, vous pouvez leur fournir le *Formulaire d’avis aux travailleurs indépendants de l’employeur comptant parmi ses effectifs moins de 25 personnes assujetties* 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 6 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 AUX EMPLOYÉS (au moins 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.

Un employeur peut demander à être exempté du versement pour cotisation de congés maladie, pour cotisation de congés pour raisons familiales ou pour les deux. Votre employeur a décidé de fournir les prestations suivantes :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | * N’a pas de régime privé agréé et fournit toutes les prestations de congés par le biais du Département ;
* A un régime privé agréé couvrant à la fois les congés pour raisons médicales et les congés pour raisons familiales ;
* A un régime privé agréé couvrant seulement les congés pour raisons familiales et offre des prestations de congés pour raisons médicales par le biais du Département ;
* A un régime privé agréé couvrant seulement les congés pour raisons médicales et offre des prestations de congés pour raisons familiales par le biais du Département.
 |
|  | (Nom de l’employeur) |

Vous avez droit à certaines prestations et protections, que votre employeur participe à la caisse centrale ou dispose d’un régime privé. Il pourrait vous être demandé de cotiser à la caisse centrale ou au régime privé de votre employeur mais jusqu’à un certain plafond seulement. Vous serez également tenu d’indiquer à votre employeur quand vous avez besoin d’un congé et de déposer une demande de prestations auprès du Département ou par le biais du régime privé de votre employeur.

1. **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 calcul des 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 calcul des 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 calcul des prestations pour 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 calcul des prestations.

Une « année du calcul des 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 - pour les mêmes raisons admissibles que celles qui sont énoncées ci-dessus, s’inscrira dans votre total de congés pour cette année du calcul des prestations.

***Éligibilité.*** Vous aurez droit à un congé et à des prestations de remplacement de salaire si vous remplissez les conditions d’accès aux prestations requises. Vous devez avoir gagné un salaire d’au moins 6 000 $ au Massachusetts au cours des quatre trimestres complétés avant de soumettre votre demande de prestations. Durant la même période, vous devez également avoir gagné au moins 30 fois votre montant de prestations potentiel maximum. (Il s’agit du montant 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 2023, ce montant maximum de prestations est de 1 129,82 $. Ce montant sera rajusté chaque année compte tenu 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 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

**ATTENTION : PRISE DE CONGÉS RÉMUNÉRÉS ET PFML.** Des congés rémunérés comprennent les arrêts maladie, les jours de congés ou les congés personnels (ou toute autre forme similaire de congés rémunérés non citée en section ci-dessus que vous avez gagnés à un moment défini ou au fil du temps, tel qu’au début de chaque année civile). Vous pouvez *seulement* prendre des congés rémunérés alors que vous êtes en congé pour raisons familiales et raisons médicales dans des situations spécifiques :

* Durant votre semaine d’attente, quand aucune prestation n’est versée ;
* Dans un bloc de temps unique et continue, immédiatement après votre semaine d’attente ;
* Après avoir pris votre congé rémunéré pour raisons familiales et médicales.

**Si vous prenez un congé rémunéré à un tout autre moment alors que vous recevez des prestations de congés rémunérés pour raisons familiales et médicales, vos prestations seront annulées.**

1. **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.*** Les employeurs doivent fournir, contribuer ou maintenir les prestations d’assurance maladie liées à l’emploi de l’employé, le cas échéant, au niveau et aux conditions de couverture qui auraient été fournis si l’employé avait continué à travailler de façon continue pendant la durée de ce 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.

**II. 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 verser une cotisation, financée en partie par une déduction de vos salaires, qui sera remise soit à la caisse centrale, soit au gestionnaire du régime privé de votre employeur. Un employeur qui cotise à la caisse centrale est tenu de cotiser selon les montants suivants :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cotisation de congés pour raisons familiales** | **Cotisations de congés pour raisons médicales** | **Montant total des cotisations** |
| **0,11 % des revenus\*** | **0,52 % des revenus\*** | **0,63 % des revenus\*** |

Votre employeur comptant au moins 25 travailleurs assujettis, le montant total de la cotisation est 0,63 % des salaires.

Selon la loi, l’employeur est responsable d’au moins 60 % de la cotisation de congés pour raisons médicales (0,312 % du salaire), mais il est autorisé à déduire du salaire des salariés jusqu’à 40 % de la cotisation pour raisons médicales (0,208 % du salaire) et jusqu’à 100 % de la cotisation de congés pour raisons familiales (0,11 % du salaire) pour un total de 0,318 % du salaire. Votre employeur ne peut pas déduire plus que ces pourcentages de votre salaire, que votre employeur ait un régime privé ou qu’il cotise à la caisse centrale de l’État.

Votre employeur a décidé d’allouer le montant de cotisation comme suit :

|  |  |
| --- | --- |
| **Congés pour raisons médicales** | Cotisation totale exigée : 0,52 %\* |
|  |  |  | cotisera | **\_\_\_%** | de la cotisation de congés pour raisons médicales |
|  | (Nom de l’employeur) | et le solde de  | **\_\_\_%** | sera déduit de vos salaires |

|  |  |
| --- | --- |
| **Congés pour raisons familiales** | Cotisation totale exigée : 0,11 %\* |
|  |  |  | cotisera | **\_\_\_%** | de la cotisation de congés pour raisons familiales |
|  | (Nom de l’employeur) | et le solde de  | **\_\_\_%** | 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 2023. Ces taux peuvent être rajustés sur une base annuelle, en vigueur au 1er janvier de chaque année civile.

1. **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.

1. **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 a un régime privé exempté, vous devez déposer une demande de prestations auprès du fournisseur de ce régime. Votre employeur doit vous fournir les informations relatives au régime privé et au processus de demande. Votre employeur a fourni les informations suivantes :

* En annexe de cet avis
* Disponible à
* Autre :
* N/a (l’employeur cotise à la caisse centrale)

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 à votre choix :

1. Vous pouvez créer un compte pour faire une demande en ligne par le portail du demandeur du Département à <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 <https://www.mass.gov/info-details/documents-needed-to-complete-your-paid-family-and-medical-leave-pfml-application>.

1. **Pour en savoir plus**

Pour avoir des informations plus détaillées, veuillez consulter le site Web du Département : 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

[www.mass.gov/DFML](http://www.mass.gov/DFML)

**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.