**참고**: 이 문서들은 사용자의 편의를 위해 워드 포맷으로 제공됩니다. 그러므로, 입력 가능한 항목을 더 쉽게 작성하거나, 회사 로고 추가와 같은 사소한 포맷을 변경하거나, 회사 방침에 대한 추가 작업을 수행할 수 있습니다. 고용주는 이러한 서식을 편집, 수정, 추가 또는 삭제하는 것에 대한 책임이 있습니다. 본 부서는 이러한 서식의 포맷의 수정에 대한 책임이 없음을 선언하며 본 원본에서 수정된 서식의 법적 준수성을 보장할 수 없습니다.

**25명 이상의 직원 통지서- 사용 설명서**

매사추세츠 주의 고용주로서 귀하는 매사추세츠 주의 직원과 계약직 근로자에게 매사추세츠 주의 유급 가족의료휴가(PFML)법에 따른 권리와 의무에 대해 알려주어야 합니다. 그렇게 하기 위해, 이 서식을 귀하의 직원들과 계약직 직원들에게 제공할 수 있습니다. 또한 귀하가 사용하는 통지서가 법률에서 요구하는 것과 동일한 정보를 제공하는 한 귀하가 선택하는 다른 통지서를 작성하거나 사용할 수 있습니다.

이 서식은 25명 이상의 매사추세츠 근로자와 계약직 근로자를 대상으로 합니다. 매사추세츠 직원과 계약직 직원이 25명 미만인 경우 적용 대상자가 25명 미만인 고용주의 직원에 대한 통지서 서식을 사용하십시오. 마찬가지로, 보험 적용대상이 되지 않는 계약직 근로자인 자영업자 개인을 고용할 경우, 적용 대상자가 25명 미만인 고용주의 자영업자 직원에 대한 통지서 서식을 제공하여 본인이 자신의 적용 혜택을 선택할 수 있도록 통지할 수 있습니다.

이 서식을 사용하려면 다음의 사항을 먼저 완성하십시오.

1. 승인 받은 민간 보험이 있는지 여부를 나타내는 2페이지에 나온 차트;
2. 직원 소득에서 공제될 직원 출연금 비율과 귀하가 불입할 비율(있는 경우)을 나타내는 5페이지에 나온 차트;
3. 6페이지의 고용주 정보 차트;
4. 직원이 귀하의 민간 보험에 대한 정보를 찾을 수 있는 위치(있는 경우)를 나타내는 6페이지의 확인란입니다. (귀하가 주 신탁 기금에 참여하고 있는 경우 해당 없음에 표시하십시오.)

이 섹션을 작성했으면 귀하의 직원과 적용대상이 되는 계약직 직원에게 이 서식의 2-6페이지를 제공하여 검토하고 서명하도록 하십시오.

**직원용 유급 가족의료휴가 통지서 (25명 이상 직원)**

***이 통지서를 주의 깊게 읽으십시오. 이 문서에는 매사추세츠 유급 가족의료휴가(PFML)법에 따른 귀하의 권리, 의무 및 자격에 대한 중요한 정보가 포함되어 있습니다. 기록을 위해 이 통지서를 보관하십시오.***

매사추세츠 주의 가족의료휴가(PFML)법은 대부분의 매사추세츠 근로자들에게 가족의료휴가의 권리를 제공합니다. 이러한 권리는 아래에 더 자세히 설명되어 있으며, (1) 근로자가 복직할 때의 일자리 보호와 (2) 근로자가 직장에서 떠나있는 중일 때의 일부 소득대체 혜택을 모두 포함합니다. 고용주는 (1) 매사추세츠 가족의료휴가부서(본 부서)가 운영하는 가족의료휴가(PFML) 신탁 기금에 참여하거나, (2) 본 부서를 통해 제공되는 혜택만큼이라도 혜택을 제공하는 면제 민간 보험을 제공함으로써 이러한 혜택을 제공할 수 있습니다.

고용주는 의료휴가 출연금, 가족휴가 출연금 또는 둘 다에 대한 면제를 신청할 수 있습니다. 귀하의 고용주는 다음과 같은 혜택을 제공하기로 선택했습니다.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | * 승인 받은 민간 보험이 없으며 본 부서를 통해 모든 휴가 혜택을 제공하고 있습니다.
* 가족의료휴가 혜택 모두에 대해 승인 받은 민간 보험이 있습니다.
* 가족휴가 혜택에 대해서만 승인 받은 민간 보험을 가지고 있으며, 본 부서를 통해 의료휴가 혜택을 제공합니다.
* 오직 의료휴가 혜택에 대해서만 승인 받은 민간 보험을 가지고 있으며, 본 부서를 통해 가족휴가 혜택을 제공합니다.
 |
|  | (고용주 명) |

고용주가 주 신탁기금에 참여하든, 민간 보험이 있든 상관없이, 귀하는 일정한 혜택과 보호를 받을 자격이 주어집니다. 귀하가 신탁 기금을 불입하거나 고용주의 민간 보험에 기금을 납부할 수도 있지만, 단지 어느 정도 일정 금액까지만에 한정합니다. 귀하는 또한 귀하가 휴가를 필요로 할 때 귀하의 고용주에게 말하셔야 하고, 귀하는 본 부서나 귀하의 고용주의 민간 보험을 통해 혜택에 대한 청구를 제출해야 할 수도 있습니다.

1. **혜택의 설명**

***휴가 할당.*** 유급 가족의료휴가(PFML)법에 따라, 다음과 같은 권리가 있을 수 있습니다.

* 자녀의 출산, 입양 또는 위탁 육아에 대해, 또는 가족이 군대에서 현역 복무 중이거나 현역 소집 명령을 통지받은 사실로부터 발생하는 적격한 긴급 사태를 사유로 하여, 1 혜택년에 최장 12주의 유급 가족휴가를 낼 권리.
* 자신의 심각한 건강 상태로 인해 근무할 수 없게 되는 경우 1혜택년에 최장 20주의 유급 의료휴가를 낼 권리.
* 의학적 치료를 받거나, 그렇지 않으면 가족의 군복무와 관련이 있는 심각한 건강 상태로 인해 초래된 상황에 대처하는 법 적용 대상 군 요원인 가족을 돌보기 위해 1혜택년에 최장 26주의 유급 가족휴가를 낼 권리.
* 한 번의 1혜택년에, 합계해서, 최장 총 26주의 유급 가족의료휴가를 낼 권리.

"혜택 연도"는 휴가 개시 직전인 일요일 이전의 12개월을 말합니다.

***그 밖의 휴가.*** 위에 나열된 자격 요건과 동일한 이유로 유급이든 무급이든 휴가를 낸 경우 해당 연도의 휴가 일자에 반영됩니다.

***자격*.** 귀하가 소득 검증을 통과하면 휴가와 소득대체 혜택을 받을 수 있습니다. 귀하는 혜택 신청을 하기 전 4분기 동안 매사추세츠 주에서 최소 6,000달러의 임금을 받았어야 합니다. 또한, 같은 기간에 최대 잠재적 혜택 금액수의 30배 이상을 벌었어야 합니다.(아래 "소득대체수당" 섹션에서 계산한 금액입니다.)

***소득대체수당.*** 위에 나열한 사유 중 어느 하나에 해당하는 사유로 휴가를 낸 경우 해당 부서 또는 고용주의 민간 보험에 소득대체수당을 신청할 수 있습니다. 이 혜택들은 귀하의 주당 평균 수입의 비례가 될 것입니다. 귀하의 최대 잠재적 혜택 금액은 다음과 같습니다.

* 주 평균 주급의 50%까지 수입의 80%
* 주 평균 주급 이상인 경우 수입의 50%
* 어떤 경우에도 최대 금액을 넘지 않습니다. 2023년 이 최대 혜택 금액은 1,129.82달러입니다. 이 금액은 주 평균 주급 인상분을 기준으로 매년 조정됩니다.

민간 보험은 더 높은 혜택을 제공하는 것을 선택할 수 있지만 본 부서가 지불할 금액보다 낮은 금액을 제공하지는 않을 수도 있습니다.

***동시 혜택 수당****.* 다른 출처에서 혜택을 받는 동시에 본 부서에서도 혜택을 받는 경우 본 부서에서 받는 혜택이 줄어들 수 있습니다. 특정 유형의 다른 혜택은 부서로부터 받는 혜택을 일대일로 감소시킵니다. 즉, 이러한 혜택으로부터 1달러를 받을 때마다 본 부서의 혜택은 1달러씩 감소합니다. 다음과 같은 혜택이 여기에 해당합니다.

* 직장 상해
* 실업 수당
* 영구 장애 보험이나 프로그램
* 연장된 질병 리브 뱅크(Leave Bank)

귀하가 총 혜택에서 평균 주급 이상의 혜택을 받지 않는 한, 다른 형태의 혜택은 본 부서로부터 받는 혜택을 감소시키지 않을 것입니다. 다음과 같은 혜택이 여기에 해당합니다.

* 일시적 장애 보험이나 프로그램 (단기 장애 및 장기 장애 보험 다 포함)
* 고용주 운영 가족 또는 의료휴가보험이나 프로그램

**주의사항: 유급 휴가 사용(PTO) 그리고 유급 가족의료휴가(PFML)**. 유급 휴가(PTO)에는 의료휴가, 일반 휴가일 또는 개인적 휴가일(또는 매년 연도의 시작과 함께 시간 경과에 따라 또는 특정 시간에 버는 위의 섹션에 나열되지 않은 유사한 형태의 유급 휴가)이 포함됩니다. 다음과 같은 특정 상황에서만 유급 가족의료휴가 중에 유급 휴가(PTO)를 사용할 수 있습니다.

* 혜택이 지급되지 않는 대기 주간.
* 대기 기간이 지난 후 바로 단 한번의 오래 걸리는 기간.
* 유급 가족의료휴가(PFML)를 사용한 후.

**PFML 혜택을 받는 동안** **위의 사항 외의 다른 때에 PTO를 받으면 혜택이 취소됩니다.**

1. **직원의 권리와 보호**

***직장 보호.*** 일반적으로 가족휴가 또는 의료휴가를 낸 경우, 귀하가 일단 직장에 복직하면 고용주는 휴가 개시일과 동일한 지위, 급여, 고용 혜택, 근속 기간, 연공서열로 이전 직위 또는 동등한 직위로 복직시켜야 합니다. 자신의 휴가 사용과는 무관한 경제적 이유로 직위가 박탈된 경우에는 이것이 적용되지 않을 수도 있습니다.

***건강 보험 지속.*** 고용주는 직원이 그러한 휴가 기간 동안 계속해서 일을 했다면 보장 수준과 조건에 따라 직원의 고용 관련 건강 보험 혜택을 제공, 기여 또는 유지해야 합니다. 고용주는 귀하에게 휴가 전과 동일한 조건으로 건강보험료 일부를 계속 불입하도록 요구할 수 있습니다.

***보복 금지*.** 유급 가족의료휴가법에 따라 귀하가 권리를 행사한 것에 대해 고용주가 귀하를 차별하거나 보복하는 것은 불법입니다. 법에 따른 권리행사로 보복을 당한 직원 또는 전직 직원은 위반행위가 발생한 후 3년 이내 대법원에 민사소송을 제기할 수 있습니다.

**II. 출연금**

유급 가족의료휴가(PFML)법에 따라 이용할 수 있는 유급 휴가 혜택을 지원하기 위해, 귀하의 고용주는 부분적으로 귀하의 임금에서 공제된 금액을 출연금으로 불입할 수 있으며, 이것은 신탁 기금 또는 귀하 고용주의 민간 보험 담당자에게 송금될 것입이다. 신탁기금에 불입하는 사용자는 다음의 금액을 출연금으로 불입하여야 합니다.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **가족휴가 출연금** | **의료휴가 출연금** | **총 출연금 금액** |
| **소득의 0.11%\*** | **소득의 0.52%\*** | **소득의 0.63%\*** |

귀하의 고용주는 보험 적용 대상 근로자가 25명 이상이기 때문에 총 출연금액은 임금의 00.63%입니다.

법에 의거해 고용주는 의료휴가 출연금의 최소 60%(임금의 0.312%)를 부담하되, 총 임금의 0.312%에 대해 직원 임금에서 의료휴가 출연금의 최대 40%(임금의 0.208%)와 가족휴가 출연금 100%(임금의 0.11%)까지를 공제하도록 허용되어 있습니다. 고용주가 민간 보험을 가지고 있든 주 신탁 기금에 참여하든 간에 고용주는 임금에서 이 비율 이상은 공제할 수 없습니다.

귀하의 고용주는 다음과 같이 출연금액을 배분하기로 채택했습니다.

|  |  |
| --- | --- |
| **의료휴가** | 총 요구되는 출연금: 0.52%\* |
|  |  |  | 다음의 출연금을 불입할 것임 | **\_\_\_%** | 의료휴가 출연금 비율 |
|  | (고용주 명) | 나머지 금액  | **\_\_\_%** | 귀하의 소득에서 공제 |

|  |  |
| --- | --- |
|  **가족휴가** | 총 요구되는 출연금: 0.11%\* |
|  |  |  | 다음의 출연금을 불입할 것임 | **\_\_\_%** |  가족휴가 출연금 비율 |
|  | (고용주 명) | 나머지 금액  | **\_\_\_%** | 귀하의 소득에서 공제 |

귀하가 급여 기간에 벌어들인 소득 중 이러한 비율로 각 급여 기간에서 공제된다는 것을 이해하시면 여기에 이니셜을 기입하십시오.

\* 제공된 숫자는 2023년까지입니다. 이 요율은 매년 1월 1일부터 1년 단위로 조정할 수 있습니다.

1. **고용주에게 통지하기**

휴가를 내거나 혜택을 신청하기 ***전에*** 반드시 고용주에게 휴가가 필요하다고 알려야 합니다. 적어도 30일 전에 휴가가 필요하다는 통지를 해야 합니다. 어쩔 수 없는 사정으로 30일 사전통지가 불가능한 경우, 가능한 한 빨리, 그리고 반드시 혜택을 신청하기 전에 통지해야 합니다.

고용주에게 휴가 필요성을 알릴 때 다음 정보를 제공해야 합니다.:

1. 예상 휴가 개시일
2. 예상 휴가 기간
3. 휴가에서 복직 예정일
4. 간헐적 휴가(2개 이상의 기간으로 분리된 휴가) 또는 단축된 휴가(주당 시간 또는 일수 단축을 수반하는 휴가)가 필요한지 여부
5. 간헐적 또는 단축된 휴가 일정이 필요한 경우, 각 휴가 때 마다의 예상 휴가 빈도 및 예상 기간

이러한 정보가 변경되면 변경 사실을 알게 되는 즉시 고용주에게 알려야 합니다.

1. **청구 제출**

유급 가족의료휴가 혜택을 신청하려면 고용주에 대한 다음 정보가 필요합니다.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | (고용주 명) |  |
|  |  |  |
|  | (고용주 주소) |  |
|  |  |  |
|  | (고용주 시, 주, 짚코드) |  |
|  |  |  |
|  | (연방 고용주 ID 번호) (FEIN) |  |

만약 귀하의 고용주가 면제 민간 보험을 가지고 있다면, 귀하는 그 보험의 제공자에게 보험금을 청구해야 합니다. 귀하의 고용주는 귀하에게 민간 보험과 신청 과정에 대한 정보를 제공해야 합니다. 귀하의 고용주가 다음과 같은 정보를 제공했습니다.

* 본 통지서의 첨부파일
* 다음에서 입수가능함
* 기타:
* 해당사항 없음(고용주는 신탁 기금에 납부)

만약 귀하의 고용주가 신탁기금에 출연금을 불입한다면, 귀하는 본 부서에 혜택 청구서를 제출해야 합니다. 두 가지 방법 중 하나로 이러한 청구를 제기할 수 있습니다.

1. 본 부서의 청구인 포털을 통해 온라인으로 적용할 계정을 생성할 수 있습니다. <https://paidleave.mass.gov/login/>
2. 본 부서 콜센터 (833) 344-7365로 전화를 걸어 전화로 신청서를 작성할 수 있습니다.

 서식 및 청구 설명서는 다음 본 부서의 웹사이트에서 확인할 수 있습니다.

<https://www.mass.gov/info-details/documents-needed-to-complete-your-paid-family-and-medical-leave-pfml-application>.

1. **더 자세한 정보**

더 자세한 내용은 본 부서 홈페이지(www.mass.gov/DFM)를 참조하십시오.

가족의료휴가 부서에 문의할 수 있습니다.

**매사추세츠 가족의료휴가 부서(The Massachusetts Department of Family and Medical Leave)**

PO Box 838

Lawrence, MA 01842

콜 센터: (833) 344-7365

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

**수령**

귀하는 아래 서명함으로써 귀하의 고용 개시일로부터 30일 이내에 위의 정보를 받았다는 것을 인정합니다.

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

**서명** **날짜**

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

**이름 (인쇄체)**

귀하가 서명한 수령서는 귀하의 고용주가 간직할 것입니다. 귀하 자신의 참고용으로 사본을 간직하십시오.