**يرجى ملاحظة ما يلي:** يتم توفير هذه المستندات بتنسيق Word لراحتك - لإكمال الحقول القابلة للتعبئة بسهولة، أو إجراء تغييرات طفيفة في التنسيق (مثل إضافة شعار شركة)، أو إضافات حول السياسات الخاصة بالشركة. جهات العمل مسؤولة عن أي تعديلات أو تنقيحات أو إضافات أو عمليات حذف يتم إجراؤها على هذه النماذج. تتنصل الإدارة من أي مسؤولية عن التعديلات التي تم إجراؤها على هذه النماذج ولا يمكنها ضمان أن النموذج الذي تم تعديله من هذا الإصدار الأصلي سيكون متوافقاً مع سياساتها.

**إشعار لموظفين عددهم أقل من 25 - تعليمات للاستخدام**

بصفتك جهة عمل في ولاية ماساتشوستس، يتعين عليك إبلاغ موظفي ولاية ماساتشوستس والعاملين المتعاقد معهم المشمولين بحقوقهم والتزاماتهم بموجب قانون ولاية ماساتشوستس للإجازة العائلية والطبية المدفوعة (Massachusetts Paid Family and Medical Leave, PFML). للقيام بذلك، يمكنك تقديم هذا النموذج لموظفيك والعاملين المتعاقد معهم المشمولين. يمكنك أيضاً إنشاء أو استخدام إشعاراً مختلفاً من اختيارك طالما أن الإشعار الذي تستخدمه يوفر نفس المعلومات التي يتطلبها القانون.

هذا النموذج مخصص لجهات العمل التي لديها أقل من 25 موظفاً في ولاية ماساتشوستس وعمال متعاقدين مشمولين. إذا كان لديك أكثر من 25 موظفاً في ولاية ماساتشوستس وعاملين متعاقدين مشمولين، فيرجى استخدام نموذج إشعار جهة العمل لقوى عاملة قوامها 25 أو أكثر فرداً مشمولاً. وبالمثل، إذا كنت تتعامل مع الأفراد العاملين لحسابهم الخاص الذين هم *ليسوا* من العمال المتعاقدين المشمولين، يمكنك تزويدهم بـ نموذج إشعار جهة العمل للأفراد العاملين لحسابهم الخاص لقوى عاملة قوامها 25 أو أكثر فرداً مشمولاً لإخطارهم بخيارهم في اختيار التغطية لأنفسهم.

لاستخدام هذا النموذج، أكمل أولاً:

1. يوضح الجدول في الصفحة 2 ما إذا كان لديك خطة خاصة معتمدة؛
2. يشير الجدول الموجود في الصفحة 5 إلى النسبة المئوية لمساهمة الموظف التي سيتم خصمها من أجور موظفيك، والنسبة المئوية (إن وجدت) التي ستدفعها؛
3. جدول بيانات التوظيف في الصفحة 6؛
4. تشير مربعات الاختيار في الصفحة 6 إلى المكان الذي يمكن للموظفين العثور فيه على معلومات حول خطتك الخاصة، إن وجدت. (حدد "لا ينطبق" إذا كنت تشارك في الصندوق الاستئماني للولاية.)

بمجرد أن تملأ هذه الأقسام، قدم الصفحات 2-6 من هذا النموذج لموظفيك والعاملين المتعاقد معهم لمراجعتها والتوقيع عليها.

**إشعار الإجازة العائلية والطبية مدفوعة الأجر للموظفين (< 25 عاملاً)**

***يرجى قراءة هذه إشعار بتمعن. إنه يحتوي على معلومات مهمة حول حقوقك والتزاماتك وأهليتك بموجب قانون ولاية ماساتشوستس للإجازة العائلية والطبية المدفوعة الأجر. يرجى الاحتفاظ بصورة من هذا إشعار في سجلاتك.***

يمنح قانون الإجازة العائلية والطبية المدفوعة الأجر في ولاية ماساتشوستس (PFML) لمعظم موظفي ولاية ماساتشوستس الحق في الحصول على إجازة عائلية وطبية مدفوعة الأجر. يتم وصف هذه الحقوق بمزيد من التفصيل أدناه وتشمل كلاً من (1) حماية الوظيفة عندما يعود الموظف إلى العمل و(2) إعانة الاستبدال الجزئي للأجور عندما يكون الموظف عاطلاً عن العمل. يمكن لجهات العمل تقديم هذه المزايا إما عن طريق (1) المشاركة في الصندوق الاستئماني لقانون الإجازة العائلية والطبية المدفوعة الأجر في ولاية ماساتشوستس (PFML) الذي تديره إدارة ولاية ماساتشوستس للإجازات العائلية والطبية (الإدارة)، أو (2) تقديم خطة خاصة معفاة تقدم مزايا لا تقل عن تلك المتاحة من خلال الإدارة

يجوز لجهة العمل التقدم بطلب للحصول على إعفاء من مساهمة الإجازة الطبية أو مساهمة الإجازة العائلية أو كليهما. اختارت جهة عملك تقديم الإعانة على النحو التالي:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | * ليس لديها خطة خاصة معتمدة وتقدم جميع إعانات الإجازة من خلال الإدارة؛
* لديها خطة خاصة معتمدة لكل من إعانات الإجازات العائلية والإجازات الطبية؛
* لديها خطة خاصة معتمدة لإعانات الإجازة العائلية فقط، وتقدم إعانات الإجازة المرضية من خلال الإدارة؛
* لديها خطة خاصة معتمدة لإعانات الإجازة الطبية فقط، وتقدم إعانات الإجازة العائلية من خلال الإدارة.
 |
|  | (اسم جهة العمل) |

بغض النظر عما إذا كانت جهة عملك تشارك في الصندوق الاستئماني للولاية أم لديها خطة خاصة، يحق لك الحصول على إعانات وإجراءات حماية معينة. قد يُطلب منك تقديم مساهمات إلى الصندوق الاستئماني أو تمويل خطة جهة عملك الخاصة، ولكن بحد أقصى لمبلغ معين فقط. ستحتاج أيضاً إلى إخبار جهة عملك عندما تحتاج إلى إجازة، وسوف تحتاج إلى تقديم مطالبة بالإعانة لدى الإدارة أو من خلال خطة جهة العمل الخاصة.

1. **تفسير المزايا**

***مخصصات الإجازة.*** وفقاً لقانون الإجازة العائلية والطبية المدفوعة الأجر في ولاية ماساتشوستس (PFML)، قد يحق لك الحصول على ما يصل إلى:

* إجازة عائلية مدفوعة الأجر لمدة 12 أسبوعاً في سنة الاستحقاق متعلقة بولادة طفل أو تبني طفل بنظام رعاية التبني؛ أو لرعاية أحد أفراد العائلة الذي يعاني من حالة صحية خطيرة؛ أو بسبب وجود شرط مؤهل ناشئ عن حقيقة أن فرداً من العائلة في الخدمة الفعلية أو تم إخطاره بوجود استدعاء وشيكاً للخدمة الفعلية في القوات المسلحة.
* إجازة طبية مدفوعة الأجر تصل إلى 20 أسبوعاً في سنة الاستحقاق إذا كانت لديك حالة صحية خطيرة تعجزك عن العمل؛
* إجازة عائلية مدفوعة الأجر لمدة تصل إلى 26 أسبوعاً في سنة الاستحقاق للعناية بأحد أفراد الأسرة الذي يخدم في القوات المسلحة ومغطى ويخضع للعلاج الطبي أو يعالج بطريقة أخرى لعلاج عواقب حالة صحية خطيرة تتعلق بالخدمة العسكرية لهذا الفرد؛
* إجازة مدفوعة الأجر لا تزيد عن 26 أسبوعاً، في مجملها، لأسباب عائلية أو طبية في سنة استحقاق واحدة.

"سنة الاستحقاق" هي الأشهر الاثني عشر التي تسبق يوم الأحد الذي يسبق إجازتك مباشرة.

***إجازات أخرى*.** أي إجازة تحصل عليها - مدفوعة الأجر أو غير مدفوعة الأجر - لنفس الأسباب المؤهلة المذكورة أعلاه ستُحسب في مقدار إجازتك عن سنة الاستحقاق تلك.

***الأهلية.*** ستكون مؤهلاً للحصول على إعانة الإجازة واستبدال الأجر إذا اجتزت اختبار الأجور المكتسبة. يجب أن تكون قد حصلت على ما لا يقل عن 6,000 دولار في صورة أجور في ولاية ماساتشوستس في الأرباع الأربعة المكتملة قبل التقدم بطلب للحصول على المزايا. في نفس الفترة الزمنية، يجب أيضاً أن تكون قد حصلت على ما لا يقل عن 30 ضعفاً لمبلغ الإعانة الأقصى المحتمل. (هذا هو المبلغ المحسوب في قسم "مدفوعات استبدال الأجور" أدناه.)

***مدفوعات استبدال الأجور.*** عندما تأخذ إجازة لأي من الأسباب المذكورة أعلاه، ستكون مؤهلاً للتقديم لدى الإدارة أو لدى خطة جهة العمل الخاصة لإعانة استبدال الأجر. ستكون هذه الإعانة جزءاً من متوسط أجورك الأسبوعية المتحصل عليها. سيكون الحد الأقصى لمبلغ المزايا المحتمل كما يلي:

* 80% من الأجور المكتسبة لما يصل إلى 50% من متوسط الأجر الأسبوعي للولاية
* 50% من الأجور المكتسبة فوق متوسط الأجر الأسبوعي للولاية
* ولا يزيد في أي حال من الأحوال عن الحد الأقصى للمبلغ. لعام 2023، يبلغ الحد الأقصى لمبلغ الإعانة 1,129.82 دولاراً. سيتم تعديل هذا المبلغ سنوياً بناءً على الزيادات في متوسط الأجر الأسبوعي للولاية.

قد تختار الخطط الخاصة تقديم مزايا أعلى ولكنها قد لا تقدم مبالغ أقل مما قد تدفعه الإدارة.

***مدفوعات المزايا المتزامنة****.* إذا كنت تتلقى مزايا من مصادر أخرى أثناء تلقيك أيضًا مزايا من الإدارة، فقد يتم تقليل المزايا التي تتلقاها من الإدارة. سوف تتسبب أنواع معينة من المزايا الأخرى في تقليل المزايا التي تحصل عليها من الإدارة بنسبة واحد مقابل واحد. هذا يعني أنه مقابل كل دولار تحصل عليه من هذه المزايا، ستنخفض إعانتك من الإدارة بمقدار دولار واحد. تشمل الإعانات التي سيكون لها هذا التأثير ما يلي:

* تعويضات العمال
* تأمين البطالة
* سياسات أو برامج الإعاقة الدائمة
* الإجازة المرضية الممتدة

لن تقلل الأشكال الأخرى من الإعانات من إعاناتك التي تتلقاها من الإدارة إلا إذا كنت تتلقى أكثر من متوسط أجرك الأسبوعي في إجمالي الإعانات. تشمل الإعانات التي سيكون لها هذا التأثير ما يلي:

* سياسات أو برامج الإعاقة المؤقتة (بما في ذلك الإعاقة قصيرة الأمد والإعاقة طويلة الأمد)
* سياسات أو برامج الإجازات الطبية و/ أو العائلية التي تديرها جهة العمل

**تحذير: أخذ إجازة مدفوعة الأجر والإجازة العائلية والطبية المدفوعة الأجر (PFML)**. تشمل الإجازة المدفوعة (PTO) الوقت المرضي أو أيام الإجازة أو الأيام الشخصية (أو أي شكل آخر مشابه من الإجازات المدفوعة غير المدرجة في القسم أعلاه التي تكسبها بمرور الوقت أو في وقت محدد، كما هو الحال في بداية كل عام تقويمي). أنت تستطيع *فقط* أخذ إجازة مدفوعة (PTO) أثناء وجودك في إجازة عائلية ومرضية مدفوعة الأجر في حالات محددة:

1. خلال أسبوع الانتظار، عندما لا يتم دفع أي إعانات؛
2. في فترة زمنية واحدة متصلة مباشرة بعد أسبوع الانتظار؛
3. بعد أن تأخذ إجازة عائلية وطبية مدفوعة أجر (PFML).

إذا كنت تأخذ الإجازة المدفوعة (PTO) في أي نقطة أخرى أثناء حصولك على إعانات الإجازة العائلية والطبية المدفوعة الأجر (PFML)، فسيتم إلغاء الإعانة الخاصة بك.

1. **حقوق الموظفين وإجراءات الحماية**

***حماية الوظيفة.*** بشكل عام، إذا كنت تأخذ إجازة عائلية أو إجازة طبية، فبمجرد عودتك إلى العمل، يجب على جهة عملك إعادتك إلى وظيفتك السابقة أو إلى وظيفة معادلة، بنفس الحالة، والأجر، ومزايا العمل، وائتمان مدة الخدمة، والأقدمية اعتباراً من تاريخ بدء إجازتك. قد لا ينطبق هذا إذا تم حذف منصبك لأسباب اقتصادية لا علاقة لها باستخدامك للإجازة.

***استمرارية التأمين الصحي.*** يجب أن تواصل جهة عملك تزويدك بمنافع التأمين الصحي المتعلقة بوظيفتك والمساهمة فيها، إن وجدت، على نفس المستوى وفي ظل نفس الظروف التي كانت ستقدم فيها التغطية إذا واصلت العمل بشكل مستمر طوال مدة هذه الإجازة. قد تطلب منك جهة العمل الاستمرار في دفع جزء من قسط التأمين الصحي الخاص بك بنفس الشروط والأحكام التي كانت سائدة قبل إجازتك.

***عدم الانتقام*.** من غير القانوني لأي جهة عمل القيام بالتمييز أو الانتقام منك لممارستك أي حق يحق لك بموجب قانون الإجازة العائلية والطبية مدفوعة الأجر. يجوز للموظف أو الموظف السابق الذي يتعرض للانتقام لممارسته الحقوق بموجب القانون، بعد مرور ما لا يزيد عن ثلاث سنوات على حدوث الانتهاك، رفع دعوى مدنية أمام المحكمة العليا.

**III. مبالغ المساهمة**

للمساعدة في تمويل إعانات الإجازة المدفوعة المتاحة بموجب قانون (PFML)، يجوز لجهة عملك القيام بالخصم من راتبك، وهذه الأموال التي سيتم تحويلها إما إلى الصندوق الاستئماني أو إلى مشغل خطة جهة العمل الخاصة. سواء كان لدى جهة العمل خطة خاصة أم تشارك في الصندوق الاستئماني للولاية، لا يمكن أن تزيد الاستقطاعات عن المبالغ التالية:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **مساهمات الإجازات العائلية** | **مساهمات الإجازات الطبية** | **إجمالي قيمة المساهمة** |
| **0.11% من الأجور المكتسبة\*** | **0.208% من الأجور المكتسبة\*** | **0.318% من الأجور المكتسبة\*** |

نظرًا لأن جهة العمل لديها أقل من 25 عاملاً مشمولاً، فإن جهة العمل ليست ملزمة بموجب القانون بتقديم أي مساهمة إضافية نيابة عنك. قد تختار جهات العمل تغطية جزء من مبلغ مساهمتك (0.344% \* من الأجور) ولكنها ليست مطالبة بذلك. اختارت جهة عملك تخصيص مبلغ المساهمة على النحو التالي:

|  |  |
| --- | --- |
| **الإجازة الطبية** | إجمالي المساهمة المطلوبة: 208.%\* |
|  |  |  | سوف تساهم بـ | **\_\_\_%** | من مساهمات الإجازة الطبية |
|  | (اسم جهة العمل) | والبقية البالغة  | **\_\_\_%** | سوف تخصم من أجورك المكتسبة |

|  |  |
| --- | --- |
| **الإجازة العائلية** | إجمالي المساهمة المطلوبة: 11.%\* |
|  |  |  | سوف تساهم بـ | **\_\_\_%** | من مساهمات الإجازة العائلية |
|  | (اسم جهة العمل) | والبقية البالغة  | **\_\_\_%** | سوف تخصم من أجورك المكتسبة |

يرجى الإشارة أولاً إلى أنك تدرك أنه سيتم خصم هذه النسبة المئوية من راتبك المكتسب في فترة الدفع من راتبك في كل فترة دفع:

\* الأرقام المقدمة حتى عام 2023. قد يتم تعديل هذه المعدلات على أساس سنوي، اعتباراً من 1 يناير/ كانون الثاني من كل سنة تقويمية.

1. **إخطار جهة عملك**

***قبل*** أن تأخذ إجازة أو تتقدم بطلب للحصول على إعانات، **يجب** عليك إخطار جهة عملك بأنك بحاجة إلى أخذ إجازة. يتعين عليك تقديم إشعار قبل 30 يوماً على الأقل بحاجتك للإجازة. إذا كان الإشعار قبل 30 يوماً غير ممكن بسبب ظروف خارجة عن إرادتك، فيجب عليك تقديم إشعار في أقرب وقت ممكن عملياً، وعلى أي حال، قبل تقديم أي طلب للحصول على إعانات.

عندما تُخطر جهة عملك بحاجتك إلى الإجازة، يجب عليك تقديم المعلومات التالية:

1. تاريخ البدء المتوقع للإجازة؛
2. المدة المتوقعة للإجازة؛
3. التاريخ المتوقع للعودة من الإجازة؛
4. ما إذا كنت ستحتاج إلى إجازة متقطعة (إجازة مأخوذة في فترتين منفصلتين أو أكثر) أو إجازة مخفضة (إجازة تتضمن جدول زمني مخفض لساعات عمل أو أيام أقل في الأسبوع)، و؛
5. إذا كنت بحاجة إلى جدول إجازة متقطع أو مخفض، يجب ذكر الوتيرة المتوقعة للإجازة والمدة المتوقعة لكل حالة إجازة.

إذا تغيرت أي من هذه المعلومات، يجب عليك إخبار جهة عملك بمجرد علمك بالتغيير.

1. **تقديم مطالبة**

للتقديم بطلب للحصول على إعانة الإجازة العائلية والإجازة الطبية مدفوعة الأجر، ستحتاج إلى المعلومات التالية عن جهة عملك:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | (اسم جهة العمل) |  |
|  |  |  |
|  | (عنوان الشارع لجهة العمل) |  |
|  |  |  |
|  | (المدينة، الولاية، الرمز البريدي لجهة العمل) |  |
|  |  |  |
|  | (رقم الهوية الفيدرالية لجهة العمل) (FEIN) |  |

إذا كان لدى جهة عملك خطة خاصة معفاة، فيجب عليك تقديم مطالبة للحصول على الإعانة لدى مزود تلك الخطة. يجب أن تزودك جهة عملك بمعلومات حول الخطة الخاصة وعملية التقديم. أتاحت لك جهة عملك هذه المعلومات:

* كمرفق لهذا الإشعار
* متاحة على الرابط التالي:
* غير ذلك:
* غير متاحة (تساهم جهة العمل في الصندوق الاستئماني)

إذا كانت جهة عملك تساهم في الصندوق الاستئماني فيجب عليك تقديم مطالبة للحصول على الإعانة لدى الإدارة. يمكنك تقديم هذه المطالبة بإحدى طريقتين:

1. يمكنك إنشاء حساب للتقدم عبر الإنترنت من خلال بوابة المطالب الخاصة بالإدارة (Claimant Portal) على الرابط [https://paidleave.mass.gov/login/](%E2%80%8Ehttps%3A//paidleave.mass.gov/login/)
2. يمكنك الاتصال بمركز اتصال الإدارة على رقم الهاتف 7365-344 (833) لاستكمال طلب التقديم عبر الهاتف.

تتوفر النماذج وإرشادات المطالبة على الموقع الإلكتروني للإدارة على العنوان <https://www.mass.gov/info-details/documents-needed-to-complete-your-paid-family-and-medical-leave-pfml-application>.

1. **لمزيد من المعلومات**

للحصول على معلومات أكثر تفصيلاً، نرجو الرجوع إلى الموقع الإلكتروني للإدارة: www.mass.gov/DFML.

يمكنك الاتصال بإدارة الإجازات العائلية والمرضية (Department of Family and Medical Leave) بالطرق التالية:

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

PO Box 838

‎Lawrence, MA 01842

مركز الاتصال: ‎‎(833) 344-7365

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

**إقرار**

أنت تقر بتوقيعك أدناه باستلامك للمعلومات الواردة أعلاه في غضون 30 يوماً من تاريخ بدء التوظيف.

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

**التوقيع**  **التاريخ**

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

**الاسم (بخط واضح)**

سوف يتم الاحتفاظ بإقرارك الموقع لدى جهة عملك. يرجى الاحتفاظ بصورة من الإقرار في سجلاتك.