**请注意：**这些文档以 Word 格式提供，是为了方便您填写可以填写的栏位、或对格式作小幅更动（如添加公司徽标）、或加上公司特定的政策。雇主应对他们为这些表格做出的任何编辑、修订、或增删负责。本厅对于这些表格的修改不负任何责任，也不能保证用原始版本修改后的表格将会合规。

**少于 25 名雇员的通知书——使用说明**

作为马萨诸塞州的雇主，您必须告知您的马萨诸塞州雇员和受保的合同工，有关按《马萨诸塞州带薪家庭假和病假》法 (PFML) 规定，他们应有的权利和义务。告知时，您可以为您的雇员和受保的合同工提供这份表格。您也可以创建或是采用您自行选择的其他不同通知书，只要您用的通知书也提供了法定的相同信息。

这份表格适用于有不到 25 名马萨诸塞州雇员和受保合同工的雇主。如果您的马萨诸塞州雇员和受保合同工总人数超过 25 人，请用 雇主通知书——供所有工作人员中有25名或更多受保个人的雇主使用。同样地，如果您采用了并非受保的自雇合同工，您可以向他们提供 给自雇者的雇主通知书——供所有工作人员中有25名或更多受保个人的雇主使用，借以告知他们可为自己选择受保的选项。

采用这份表格时，请先填写：

1. 第 2 页里的图表，说明您是否已有一个获得批准的私人计划；
2. 第 5 页里的图表，说明将从您的雇员们的工资里扣除多少百分比的雇员供款，以及您将支付的百分比（如果有）；
3. 第 6 页里的雇主信息图表；
4. 第 6 页里的勾选方框，说明雇员们可以在哪里找到有关您的私人计划的信息（如果有) 。(如果您正要加入麻州“信托基金”，请勾选“不适用”)

填好了这几节后，请向您的雇员和受保合同工提供这份表格的第 2-6 页，让他们查看并签名。

**给雇员的带薪家庭假和病假通知书（如工作人员不到 25 名)**

***请仔细阅读这份通知书。它包含了按照马萨诸塞州带薪家庭假和病假法规定，有关您的权利、义务和资格条件的重要信息。请保留这份通知书作为您的记录。***

马萨诸塞州的“带薪家庭假和病假”（PFML）法规定，大多数的马萨诸塞州雇员有权享受带薪家庭假和病假。 这些权利将再下文里进一步说明，它们包括：(1) 雇员返回工作岗位时的工作保障；(2) 雇员失业期间的部分工资替代福利。雇主可以通过以下任一方式提供这些福利：(1) 参加由马萨诸塞州家庭和病假厅（本厅）运营的 PFML（带薪家庭假和病假）信托基金；或 (2) 提供一个被豁免的私人计划，而它提供的福利水平必需至少等同通过本厅提供的福利水平。

雇主可以申请豁免于缴付病假供款或家庭假供款，或两者俱免。您的雇主选择提供的福利如下：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | * 没有获得批准的私人计划，并通过本厅提供所有休假福利；
* 有通过审批的一个私人计划，它提供家庭假和病假两种福利；
* 有通过审批但只提供家庭假福利的私人计划，并通过本厅提供病假福利；
* 有通过审批但只提供病假福利的私人计划，并通过本厅提供家庭假福利；
 |
|  | (雇主名称) |

无论您的雇主是参加了麻州信托基金还是有私人计划，您都有权享受某些福利和保障。您可能需要向该信托基金供款，或是为您的雇主的私人计划提供资金，但都不会超过某个一定的金额。您也必需在您需要休假时，告诉雇主；并且您将需要向本厅或是通过您的雇主的私人计划，提出福利申请。

1. **福利的说明**

***休假额度。***按 PFML 法（《带薪家庭假和病假法》）规定，您可能有权享有的最高休假福利如下：

* 一个福利年度里的 12 周带薪家庭假，不论是因为孩子的出生、收养、或寄养安排，或是为了照顾病情严重的一位家庭成员，或是基于某位家庭成员身为现役军人，或收到了即将进入部队服役的召集通知而产生的符合条件的迫切需要；
* 一个福利年度里的 20 周带薪病假——如果因为病情严重，导致无法工作；
* 一个福利年度里的 26 周带薪家庭假，以便于照顾身为受保军人的一名家庭成员，而该成员正在接受治疗，或以其他方式处理和其服役有关的严重病情所导致的后果；
* 在一个福利年度里，总计 26 周的带薪家庭假和病假。

“福利年度”指的是您开始休假前的那个周日之前的 12 个月。

***其他休假。***凡是您基于上述符合条件的原因而休的任何假，无论带薪与否，都将计入您在该福利年度里的休假数量。

***资格条件*。** 如果您符合收入的标准，您将有资格享受休假和工资替代福利。在您申请福利之前的四个已经完成的季度里，您必须在马萨诸塞州赚到了至少 6,000 美元的工资。在同一期间，您还必须赚到至少 30 倍于您的最高潜在福利的金额。(这个金额是在下方的“工资替代付款”一节里计算的金额。)

***工资替代付款。***如果您因为上述任何原因而休假，您将有资格向本厅或是您的雇主的私人计划，申请工资替代福利。 这些福利将是您的平均每周收入的一定比例。您的最高潜在福利金额将是：

* 收入的 80% ，最高可达麻州平均周薪的 50%
* 收入的 50% ，如果超过麻州的平均周薪
* 但在任何情况下都不得超过最大限额。2023 年的这个最高福利金额是 1,129.82 美元。这个金额将按麻州平均周薪的增加，每年调整。

私人计划可以选择提供更高的福利，但提供的金额不得低于本厅会支付的金额。

***同时的福利付款****。*如果您在领取本厅福利的同时，也从其他来源获得福利，那么您从本厅获得的福利可能会减少。某些类型的其他福利将会导致您从本厅获得的福利一对一地减少。这意味着您从这些福利中获得的每一美元，会让您从本厅获得的福利对应减少 1 美元。会产生这种效果的福利包括：

* 工伤赔偿
* 失业保险
* 永久性残疾的政策或方案
* 延长的病假银行的休假

其他形式的福利将不会减少您从本厅获得的福利，除非您获得的总福利超过了您的平均周薪。 会产生这种效果的福利包括：

* 临时残疾政策或方案（包括短期残疾和长期残疾）
* 雇主运作的家庭和 / 或病假政策或方案

**警告：带薪休假和 PFML（带薪家庭假和病假）。**带薪休假 (PTO) 包括生病的时间、度假天数、或事假天数（或是您在经过一段时间后，或在某一特定时间点，如在每个历年开始时赚到的，而在上一节里并未列出的任何其他类似形式的带薪休假） 。您**只能**在以下特定情况下在休带薪家庭假和病假期间休 PTO：

1. 在您的一周等待期内，期间没有任何福利的支付；
2. 在等待一周后，紧接着的单一的一段连续时间；
3. 在您休了带薪家庭假和病假后。

如果您在领取 PFML 福利期间在任何其他时间点休 PTO，您的福利将被取消。

1. **雇员的权利和保障**

***工作保障。***通常，如果您休了家庭假或病假后，一旦您回到工作岗位，您的雇主必须让您恢复到您先前的职位或同等职位，包含和您在开始休假当天同样的工作状态、薪资、就业福利、服务期限、和年资。但如果您的职位因为和您休假无关的经济原因而被消除，这项保障可能不适用。

***健康保险的延续。***健康保险的延续。雇主必须提供、缴纳保险费或以其他方式维持雇员与就业有关的健康保险福利,（如果有的话），保险范围水平和条件应是同雇员在休假期间如继续工作时的复盖范围一样的。您的雇主可能要求您继续按照和您休假前相同的条款和条件，支付您的健康保险的保费。

***不得报复。***任何雇主因为您行使了按带薪家庭假和病假法规定您有权享有的任何权利而歧视或报复您，是非法的。 因为行使该法规定的权利而遭受报复的雇员或前雇员，可在违法行为发生后不超过三年时间，在上级法院提起民事诉讼。

**二、供款金额**

为了帮忙资助按 PFML（《带薪家庭假和病假法》）规定可以享有的休假福利，您的雇主可以从您的工资里扣钱，而它将被汇给该信托基金，或是您的雇主的私人计划的运营者。 无论您的雇主是否有私人计划，或是参加了麻州信托基金，上述扣除不得超过以下金额：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **家庭假供款** | **病假供款** | **供款总额** |
| **收入的 0.11% \*** | **收入的 0.208% \*** | **收入的 0.318% \*** |

因为您的雇主的受保工作人员少于 25 名，法律不要求您的雇主代表您提供任何额外的供款。雇主可以选择支付您的部分供款金额（工资的 0.318% \*），但法规并没有要求这么做。 您的雇主已经选择了把供款金额分配如下：

|  |  |
| --- | --- |
| **病假** | 所需供款总额：.208%\* |
|  |  |  | 将会供款 | **\_\_\_%** | 的病假供款 |
|  | (雇主名称) | 以及其余部分  | **\_\_\_%** | 将从您的收入中扣除 |

|  |  |
| --- | --- |
| **家庭假** | 所需供款总额：.11%\* |
|  |  |  | 将会供款 | **\_\_\_%** | 的家庭假供款 |
|  | (雇主名称) | 以及其余部分  | **\_\_\_%** | 将从您的收入中扣除 |

请在这里用首字母签名，表示您理解在每一个工资期内所挣工资，会有这个百分比从您的该期发放工资里扣除：

\* 提供的数字涵盖 2023 年全年。这些供款率可以每年调整一次，从每个历年的 1 月 1 日起生效。

1. **通知您的雇主**

在您休假或申请福利***之前*** ，您**必须**通知雇主您需要休假。您必须至少提前 30 天告知您需要休假。如果因为您无法控制的情况而不能提前 30 天通知，您必须在可行的情况下尽快通知，但无论如何，仍必须在提交任何福利申请前提供通知。

当您通知雇主您需要休假时，必须提供以下信息：

1. 预计的开始休假日期；
2. 预计的休假期限；
3. 预期的从休假返回日期；
4. 您是否会需要间歇性休假 (分成两段或更多段的时间分开休假) 或是减少工时的休假 (涉及每周减少工作时数或天数的排班表的休假) ，以及；
5. 如果您需要间歇性或减少工时的休假排班表，还需要您预计的休假频率和每次休假的预计期限。

如果这些信息有任何变动，您必须在意识到变化后尽快通知雇主。

1. **提出申请**

申请带薪家庭假和病假福利时，您将需要有关您的雇主的以下信息：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | （雇主名称） |  |
|  |  |  |
|  | （雇主实体地址） |  |
|  |  |  |
|  | （雇主城市，州，邮政编码） |  |
|  |  |  |
|  | （联邦雇主识别号）（FEIN） |  |

如果您的雇主有一个豁免的私人计划，您必须向该计划的运营者提出福利申请。您的雇主必须向您提供有关该私人计划和申请流程的信息。您的雇主已经通过以下方式提供该信息：

* 作为本通知书的附件
* 可在这里取得：
* 其他：
* 不适用（雇主向信托基金供款）

如果您的雇主向信托基金供款，您必须向本厅提出福利申请。您可以通过以下两种方式之一提交这份申请：

1. 您可以通过本厅的申请人入口网站创建一个账户，在线申请: [https://paidleave.mass.gov/login/](https://paidleave.mass.gov/login/%20)
2. 您可以致电本厅的电话中心 (833) 344-7365, 通过电话完成申请。

表格和申请说明可上本厅网站查阅：<https://www.mass.gov/info-details/documents-needed-to-complete-your-paid-family-and-medical-leave-pfml-applicationa>。

1. **如需更多信息**

如需更详尽信息，请访问本厅网站：www.mass.gov/DFML

您可以用以下方式联系家庭和病假厅

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

PO Box 838

Lawrence, MA 01842

联系中心：(833) 344-7365

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

**确认书**

您在下方的签名确认了您在从开始工作的日期起算的30天内，收到了以上信息。

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

**签名** **日期**

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

**姓名（工整书写）**

您签署的确认书将由您的雇主保存。请保留一份副本供您自己参照。