**Nota Bene**: questi documenti vengono forniti in formato Word per comodità dell’utente, cioè per agevolare la compilazione dei campi da riempire, per ridurre le modifiche di formattazione (ad esempio se si vuole inserire un marchio aziendale) o per aggiunte relative alle regole specifiche dell’azienda. La responsabilità per qualunque modifica, revisione, aggiunta o cancellazione su questi moduli, ricade sul datore di lavoro. Il Dipartimento declina qualsiasi responsabilità per modifiche apportate a questi moduli e non può garantire che un modulo modificato rispetto alla sua versione originale resti valido.

**Informativa per datori di lavoro con meno di 25 dipendenti - Istruzioni per l’uso**

I datori di lavoro del Massachusetts hanno l’obbligo di informare i propri dipendenti del Massachusetts i e lavoratori a contratto coperti dalla legge, sui loro diritti e doveri ai sensi della Legge del Massachusetts sui congedi retribuiti per motivi di famiglia e per malattia (PFML) Per farlo, i datori di lavoro devono consegnare questo modulo ai loro dipendenti e ai lavoratori a contratto coperti da questa legge. I datori di lavoro possono anche creare un’informativa di propria scelta, a condizione che contenga gli stessi dati previsti dalla legge.

Questo modulo è per i datori di lavoro che hanno meno di 25 dipendenti del Massachusetts e lavoratori a contratto coperti dalla legge. I datori di lavoro che hanno più di 25 dipendenti del Massachusetts e lavoratori a contratto coperti dalla legge devono usare la Informativa del datore di lavoro con 25 o più dipendenti coperti dalla legge. Analogamente, chi assume lavoratori autonomi che *non* siano lavoratori a contratto coperti dalla legge, deve fornire loro questa Informativa per lavoratori autonomi in una forza lavoro composta da 25 o più individui coperti dalla legge per informarli delle opzioni a loro disposizione per chiedere in proprio la copertura prevista dalla legge.

Per usare questo modulo, bisogna innanzitutto compilare:

1. Il riquadro a pagina 2, per indicare se l’azienda ha una copertura privata approvata;
2. Il riquadro a pagina 6, per indicare quale percentuale di contribuzione da parte del dipendente dovrà essere trattenuta dalla busta paga e quale percentuale (se pertinente) sarà a carico dell’azienda;
3. I dati sul datore di lavoro a pagina 7;
4. Le caselle di spunta a pagina 7 indicano ai dipendenti dove trovare informazioni sul piano previdenziale privato dell’azienda, se ne ha uno. (Spuntare la casella N/A se l’azienda contribuisce allo State Trust Fund).

Una volta compilate queste sezioni, l’azienda deve fornire le pagine da 2 a 7 ai propri dipendenti e ai lavoratori a contratto coperti dalla legge, affinché le leggano e le firmino.

**INFORMATIVA SUI CONGEDI RETRIBUITI PER MOTIVI FAMIGLIARI E MALATTIA (< 25 lavoratori)**

***Leggi attentamente questa informativa. Contiene informazioni importanti sui tuoi diritti, doveri e idoneità ai sensi della Legge del Massachusetts sui congedi retribuiti per motivi di famiglia e per malattia. Conserva questa infomativa fra i tuoi documenti.***

La Legge del Massachusetts sui congedi retribuiti per motivi di famiglia e per malattia (PFML) fornisce alla maggior parte dei lavoratori del Massachusetts la possibilità di usufruire di assenze retribuite per motivi famigliari e malattia. Tali diritti sono illustrati qui di seguito e comprendono sia (1) la conservazione del posto di lavoro, sia (2) una retribuzione, durante il periodo di assenza, che sostituisce in parte lo stipendio regolare. I datori di lavoro possono fornire questi benefici sia (1) iscrivendosi al PFML Trust Fund gestito dal Dipartimento del Massachusetts per i congedi retribuiti per motivi di famiglia e malattia (il Dipartimento), sia (2) fornendo una copertura privata che offra benefici di livello almeno pari a quelli offerti dal Dipartimento.

Il datore di lavoro può chiedere un’esenzione dall’applicare le trattenute per uno o entrambi i tipi di assenze retribuite. Il tuo datore di lavoro ha deciso di procedere come segue:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | * Non ha una copertura privata approvata e ha deciso di lasciare che sia il Dipartimento a fornire i benefici;
* Ha una copertura privata approvata, sia per i congedi retribuiti per motivi di famiglia che per malattia;
* Ha una copertura privata approvata, solo per i congedi retribuiti per motivi di famiglia, lasciando che le assenze per malattia siano coperte dal Dipartimento;
* Ha una copertura privata approvata, solo per i congedi retribuiti per malattia, lasciando che le assenze per motivi famigliari siano coperte dal Dipartimento.
 |
|  | (Nome del datore di lavoro) |

Indipendentemente dal fatto che il tuo datore di lavoro abbia una copertura privata o tramite il Dipartimento, hai comunque diritto ad alcuni benefici e protezioni. Ti potrà essere chiesto di contribuire al Trust Fund o alla copertura privata del tuo datore di lavoro, ma solo fino a una certa somma. Dovrai anche comunicare al datore di lavoro quando intendi assentarti e dovrai inviare una richiesta di indennità al Dipartimento o all’istituto che fornisce la copertura privata.

1. **Spiegazione dei sussidi**

***Durata delle assenze retribuite*** Ai sensi della legge PFML, potresti avere diritto a:

* 12 settimane di congedo retribuito per motivi di famiglia, per ogni anno di copertura, in caso di nascita o adozione di un bambino o alloggiamento del minore in una casa-famiglia, per assistere un famigliare in gravi condizioni di salute o per altre esigenze qualificanti nel caso in cui un famigliare presti servizio nelle Forze Armate o stia per essere richiamato a prestarvi servizio;
* 20 settimane di congedo retribuito per malattia, per ogni anno di copertura, qualora abbiano seri problemi di salute che li rendano inabili al lavoro;
* 26 settimane di congedo retribuito per motivi di famiglia, per ogni anno di copertura, per assistere un famigliare, a condizione che quest’ultimo sia un militare idoneo, che si sottopone a cure mediche o che deve affrontare in altro modo seri problemi di salute relativi al suo servizio militare;
* 26 settimane di assenza retribuita per motivi di famiglia e malattia, per ogni singolo anno di copertura.

Per “anno di copertura” si intendono i 12 mesi antecedenti alla domenica immediatamente precedente all’inizio dell’assenza.

***Altri tipi di assenze dal lavoro*.** Qualunque tipo di assenza dal lavoro, retribuita o no, per gli stessi motivi qualificanti sopra esposti, sarà conteggiata nel totale delle assenze verificatesi nell’anno di copertura in questione.

***Idoneità*.** Hai diritto al congedo retribuito se soddisfi i seguenti requisiti. Devi aver guadagnato un salario di almeno $6.000 nel Massachusetts nei quattro trimestri precedenti completi, prima della domanda di congedo retribuito. Nello stesso periodo, devi aver percepito almeno 30 volte l'ammontare potenziale massimo dei benefici concessi da questa legge. (Si tratta dell’ammontare calcolato nella sottostante sezione “Pagamenti dell’indennità sostitutiva del reddito”).

***Pagamenti dell’indennità sostitutiva del reddito.*** Quando prendi un congedo per una delle cause sopra descritte, puoi chiedere al Dipartimento o all’istituto che offre la copertura privata al tuo datore di lavoro, il pagamento dell’indennità sostitutiva del reddito. Questa indennità sarà proporzionata al tuo salario medio settimanale. L'indennità massima percepibile si calcola come segue:

* 80% del reddito, fino al 50% del salario medio settimanale nello Stato
* 50% del reddito che va oltre il salario medio settimanale nello Stato
* In nessun caso potrai ricevere più dell’ammontare massimo. Per il 2023, l’ammontare massimo è stabilito in $1.129,82. Questo ammontare sarà adeguato annualmente in base agli aumenti del salario medio settimanale nello Stato.

I piani di copertura privata potrebbero pagare un’indennità superiore, ma comunque non inferiore a quella versata dal Dipartimento.

***Pagamenti di indennità collaterali.*** Se ricevi altri tipi di indennità o sussidi da altre fonti, in contemporanea con l’indennità pagata dal Dipartimento, quest’ultima potrebbe essere ridotta. Certi tipi di sussidi potrebbero causare la riduzione uno-a-uno dell’indennità ricevuta dal Dipartimento. Questo significa che, per ogni dollaro ricevuto tramite tali sussidi, si riduce di un dollaro l'indennità pagata dal Dipartimento. I sussidi che provocano questo effetto sono:

* Indennità per incidenti sul lavoro
* Sussidio di disoccupazione
* Sussidi o programmi per invalidità permanente
* Fondo per congedo malattia esteso

Altre forme di sussidi, invece, non riducono l’indennità pagata dal Dipartimento, a meno che il totale di tutti i sussidi non superi il tuo stipendio settimanale medio. I sussidi che non incidono sono:

* Sussidi o programmi per invalidità temporanea (compresi quelli per invalidità a breve e a medio termine)
* Sussidi o programmi per congedo per motivi di famiglia o malattia forniti dal datore di lavoro.

**ATTENZIONE: PERMESSI RETRIBUITI E PFML.** I permessi retribuiti (Paid Time Off – PTO) comprendono giorni malattia, ferie o giorni di permesso personale (o qualunque altra forma di permesso retribuito non elencato nella sezione precedente, che hai accumulato nel tempo o in un momento specifico, come all’inizio di ogni anno). Puoi prendere permessi retribuiti PTO, mentre sei in congedo retribuito per motivi famigliari e per malattia, *solo* in circostanze particolari, e cioè:

1. Durante la settimana di attesa, quando non vengono pagati sussidi di nessun tipo;
2. In un singolo periodo di tempo ininterrotto, subito dopo la settimana d’attesa;
3. Dopo aver preso il congedo PFML.

Se prendi un PTO in qualunque altro momento, mentre stai ricevendo l’indennità PFML, quest’ultima sarà revocata.

1. **Diritti e protezioni del lavoratore**

***Tutela del posto di lavoro.*** In generale, se prendi un congedo retribuito per malattia o motivi famigliari, quando rientri devi essere reintegrato nella posizione lavorativa precedente o in una posizione analoga, con lo stesso livello gerarchico e di stipendio, benefits, crediti connessi all’anzianità e livello di anzianità lavorativa che avevi al momento in cui è iniziata l’assenza. Ciò potrebbe non verificarsi se, nel frattempo, la tua funzione aziendale è stata eliminata per motivi economici non legati al tuo congedo.

***Mantenimento dell’assicurazione sanitaria.*** I datori di lavoro devono fornire, contribuire o comunque mantenere i benefici assicurativi per la salute dei dipendenti, se del caso, al livello e alle condizioni di copertura che sarebbero state fornite se il dipendente avesse continuato a lavorare continuativamente per la durata di tale assenza. Il tuo datore di lavoro può chiederti di continuare a pagare la tua parte dei premio dell'assicurazione sanitaria, per le stesse cifre e alle stesse condizioni antecedenti al congedo.

***Divieto di ritorsioni*.** È illegale, per un datore di lavoro, discriminare o applicare ritorsioni contro il lavoratore che eserciti i diritti previsti dalle legge sul congedo retribuito per motivi famigliari e per malattia. Un dipendente o ex-dipendente che sia stato discriminato o abbia subìto ritorsioni per aver esercitato un diritto attribuitogli dalla legge può, entro tre anni dalla data in cui sono avvenuti i fatti, avviare una causa civile in tribunale.

**II. Contributi del lavoratore**

Per contribuire a finanziare le indennità previste dalla legge PFML, il datore di lavoro può effettuare una trattenuta dalla busta paga, che sarà versata al Trust Fund oppure all’istituto privato che offre la copertura per i congedi retribuiti. Indipendentemente dal fatto che il datore di lavoro abbia una copertura privata o contribuisca al Trust Fund, la trattenuta in busta paga non potrà essere superiore ai seguenti limiti.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Contributo per assenze per motivi di famiglia** | **Contributo per assenze per malattia** | **Importo totale del contributo** |
| **0,11% della retribuzione\*** | **0,208% della retribuzione\*** | **0,318% della retribuzione\*** |

Poiché il datore di lavoro ha meno di 25 dipendenti coperti, non è obbligato per legge a fare versamenti addizionali a tuo favore. I datori di lavoro possono versare una parte della tua contribuzione (0,318%\* della retribuzione) ma non sono obbligati a farlo. Il tuo datore di lavoro ha deciso di suddividere il contributo così come segue:

|  |  |
| --- | --- |
| **Assenze per malattia** | Contributo totale richiesto: 0,208%\* |
|  |  |  | verserà il | **\_\_\_%** | del contributo per assenze per malattia |
|  | (Nome del datore di lavoro) | e il restante  | **\_\_\_%** | verrà trattenuto dalla sua retribuzione |

|  |  |
| --- | --- |
| **Assenze per motivi di famiglia** | Contributo totale richiesto: 0,11% |
|  |  |  | verserà il | **\_\_\_%** | del contributo per assenze per motivi di famiglia |
|  | (Nome del datore di lavoro) | e il restante  | **\_\_\_%** | verrà trattenuto dalla sua retribuzione |

Metti qui le tue iniziali per indicare che hai compreso che questo contributo in percentuale sulla tua retribuzione ti sarà dedotto da ogni busta paga che riceverai:

\* Le cifre fornite valgono per tutto il 2023. Queste percentuali potranno essere aggiustate di anno in anno, a parte dal 1° gennaio di ogni anno.

1. **Comunicazione al datore di lavoro**

***PRIMA*** di prendere il congedo o chiedere l'indennità, DEVI comunicare al datore di lavoro che intendi usufruire di un congedo retribuito. Devi dare un preavviso di almeno 30 giorni per il congedo retribuito. Se varie circostanze al di fuori del tuo controllo non permettono di dare un preavviso di 30 giorni, il preavviso va dato non appena possibile e, in ogni caso, prima che tu faccia richiesta di indennità.

Quando dai il preavviso di congedo retribuito al datore di lavoro, devi fornire le seguenti informazioni:

1. La data prevista di inizio del congedo;
2. La durata prevista del congedo;
3. La data prevista di ritorno al lavoro;
4. Se hai bisogno di un congedo intermittente (preso in due o più blocchi separati) o a orario ridotto (che comporti una riduzione dell’orario giornaliero o del numero di giorni lavorativi alla settimana), e;
5. Nel caso tu abbia bisogno di un congedo intermittente o a orario ridotto, la riduzione prevista dell’orario di lavoro e la durata di tale riduzione.

Se una qualunque di queste informazioni dovesse cambiare, devi comunicarlo al datore di lavoro non appena ne vieni al corrente.

1. **Presentazione della domanda di indennità**

Per chiedere l’indennità per congedo retribuito per motivi famigliari e per malattia, hai bisogno dei seguenti dati relativi al tuo datore di lavoro:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | (Nome del datore di lavoro) |  |
|  |  |  |
|  | (Indirizzo del datore di lavoro) |  |
|  |  |  |
|  | (Comune, stato, codice postale del datore di lavoro) |  |
|  |  |  |
|  | (Codice federale del datore di lavoro) (FEIN) |  |

Se il datore di lavoro ha un piano di copertura privata, devi rivolgere la domanda di indennità all’istituto privato che fornisce la copertura. Il datore di lavoro deve darti le informazioni necessarie sul piano di copertura privata e sulla procedura per richiedere l’indennità. Il datore di lavoro ha messo a disposizione tali informazioni nel seguente modo:

* Come allegato a questa informativa
* Disponibili presso
* Altro:
* N/A (il datore di lavoro contribuisce al Trust Fund)

Se il datore di lavoro contribuisce al Trust Fund, devi rivolgere la domanda di indennità al Dipartimento. Puoi inviare la domanda in due modi:

1. Creando un account per fare la richiesta online tramite il portale del Dipartimento: <https://paidleave.mass.gov/login/>
2. Chiamare il call center del Dipartimento al n° (833) 344‑7365 per fare la domanda per telefono.

I moduli e le istruzioni per la compilazione sono disponibili nel sito del Dipartimento: <https://www.mass.gov/info-details/documents-needed-to-complete-your-paid-family-and-medical-leave-pfml-applicationa>.

1. **Per ulteriori informazioni**

Per informazioni più approfondite, puoi visitare il sito del Dipartimento: www.mass.gov/DFML.

Puoi scrivere al Dipartimento per i Congedo per motivi famigliari e per malattia al seguente indirizzo:

**Dipartimento per le assenze retribuite per motivi di famiglia e malattia del Massachusetts**

PO Box 838

Lawrence, MA 01842

Centro contatti: (833) 344-7365

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

**CONFERMA DI RICEVUTA**

Apponendo la tua firma di seguito, confermi di aver ricevuto le informazioni di cui sopra entro 30 giorni dall’inizio del tuo rapporto di lavoro.

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

**Firma Data**

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

**Nome (in stampatello)**

La conferma di ricevuta verrà conservata dal suo datore di lavoro. La preghiamo di conservare una copia per consultazioni future.