**Obs.:** esses documentos são fornecidos em formato Word para sua conveniência - a fim de facilitar o preenchimento de campos que podem ser preenchidos, para permitir pequenas alterações de formatação (como a colocação de um logotipo da empresa) ou adições sobre políticas específicas da empresa. Os empregadores são responsáveis por todas as edições, revisões, adições ou exclusões que fizerem nesses formulários. O Departamento se isenta de toda responsabilidade por modificações feitas a estes formulários e não pode garantir que um formulário que tenha sido modificado a partir desta versão original esteja em conformidade.

**Notificação para empresas com menos de 25 funcionários - Instruções de uso**

Sendo um empregador de Massachusetts, você deve informar aos seus funcionários de Massachusetts e trabalhadores contratados cobertos dos seus direitos e obrigações no âmbito da Lei de Licença Médica e Familiar Remunerada de Massachusetts (PFML). Para fazer isso, você pode fornecer este formulário aos seus funcionários e trabalhadores contratados cobertos. Você também pode criar ou usar uma notificação diferente de sua escolha, desde que a notificação usada forneça as mesmas informações, como exigido por lei.

Este formulário é para empregadores que tenham menos de 25 empregados em Massachusetts e trabalhadores contratados cobertos. Se você tiver mais de 25 funcionários de Massachusetts e trabalhadores contratados cobertos, use o Formulário de notificação do empregador para uma força de trabalho com 25 ou mais indivíduos cobertos. Da mesma forma, se você contrata autônomos que *não* são trabalhadores contratados cobertos, você pode fornecer a eles o Formulário de notificação do empregador para trabalhadores autônomos para uma força de trabalho com 25 ou mais indivíduos cobertos para notificá-los de sua opção de escolher cobertura para si próprios.

Para usar este formulário, primeiro preencha:

1. O gráfico na página 2 indicando se você tem um plano privado aprovado;
2. O gráfico na página 5 indicando a porcentagem da contribuição dos empregados que será deduzida do salário de seus empregados e a porcentagem (se houver) que você irá pagar;
3. O quadro de informações do empregador na página 6;
4. As caixas de seleção na página 6 indicando onde os funcionários podem encontrar informações sobre seu plano privado, se houver. (Marque N/A se você estiver participando do Fundo Fiduciário do estado.)

Depois de preencher essas seções, entregue as páginas 2 a 6 deste formulário aos seus empregados e trabalhadores contratados cobertos para que eles revisem e assinem.

**NOTIFICAÇÃO DE LICENÇA MÉDICA E FAMILIAR REMUNERADA AOS EMPREGADOS (<25 trabalhadores)**

***Leia esta notificação com atenção. Ele contém informações importantes sobre seus direitos, obrigações e elegibilidade de acordo com a lei de licença médica e familiar remunerada de Massachusetts. Guarde esta notificação em seus registros.***

A Lei de Licença Médica e Familiar remunerada de Massachusetts (PFML) fornece à maioria dos funcionários de Massachusetts o direito a licença médica e familiar remunerada. Esses direitos são descritos mais abaixo e incluem (1) proteção do emprego quando o funcionário retornar ao trabalho e (2) benefícios de substituição parcial de salário enquanto o funcionário não estiver trabalhando. Os empregadores podem fornecer esses benefícios (1) ou participando do Fundo Fiduciário do PFML, operado pelo Departamento de Licença Médica e Familiar de Massachusetts (o Departamento), ou (2) fornecendo um plano privado isento que ofereça benefícios pelo menos tão generosos quanto os disponíveis através do Departamento.

Um empregador pode solicitar uma isenção da contribuição para licença médica, contribuição para licença familiar ou ambas. Seu empregador optou por fornecer benefícios da seguinte forma:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | * Não tem um plano privado aprovado e está fornecendo todos os benefícios de licença por intermédio do Departamento; * Tem um plano privado aprovado tanto para licença médica quanto para licença familiar; * Tem um plano privado aprovado apenas para benefícios de licença familiar e está fornecendo benefícios de licença médica por intermédio do Departamento; * Tem um plano privado aprovado apenas para benefícios de licença médica e está fornecendo benefícios de licença familiar por intermédio do Departamento. |
|  | (Nome do Empregador) |

Independentemente de seu empregador participar do fundo fiduciário do estado ou ter um plano privado, você terá direito a certos benefícios e proteções. Você pode ser obrigado a fazer contribuições para o Fundo Fiduciário ou para financiar o plano privado de seu empregador, mas apenas até determinado valor. Você também precisará informar ao seu empregador quando precisar tirar uma licença e precisará registrar uma solicitação de benefícios junto ao Departamento ou por meio do plano privado de seu empregador.

1. **Explicação dos Benefícios**

***Alocação de licenças.*** De acordo com a Lei PFML, você pode ter direito a até:

* 12 semanas de licença familiar remunerada em um ano de benefícios para o nascimento, adoção ou acolhimento de uma criança em um lar adotivo, para cuidar de um familiar com uma condição de saúde grave, ou por exigência qualificante decorrente do fato de um familiar estar em serviço ativo ou ter sido notificado de uma iminente convocação para serviço ativo nas Forças Armadas;
* 20 semanas de licença médica remunerada em um ano de benefícios, se tiver uma condição de saúde grave que o incapacite de trabalhar;
* 26 semanas de licença familiar remunerada em um ano de benefícios para cuidar de um familiar que seja um militar coberto recebendo tratamento médico ou lidando com as consequências de uma condição de saúde grave relacionada ao serviço militar do familiar;
* 26 semanas no total, agregadas, de licença médica e familiar remunerada em um único ano de benefícios.

Um “ano de benefícios” são os 12 meses anteriores ao domingo imediatamente anterior ao início de sua licença.

***Outras* licenças.** Qualquer licença que você tirar – remunerada ou não – pelos mesmos motivos qualificantes enumerados acima contará para a quantidade da licença nesse ano de benefícios.

**Qualificação.** Você se qualificará para férias e benefícios de reposição de rendimentos, se passar no teste de rendimentos. Você deve ter recebido pelo menos $ 6.000 em salários em Massachusetts nos quatro trimestres completos, antes de inscrever-se para receber benefícios. Nesse mesmo período, você também deve ter ganho pelo menos 30 vezes o valor máximo potencial do benefício. (É o valor calculado na seção "Pagamentos de Reposição de Salário" abaixo.)

***Pagamentos de Reposição de Salário.*** Quando você tirar licença por qualquer um dos motivos descritos acima, você terá direito a solicitar ao Departamento ou ao plano privado de seu empregador para benefícios de reposição de salário. Esses benefícios serão uma proporção de seus rendimentos semanais médios. O valor máximo do benefício potencial será o seguinte:

* 80% dos rendimentos até 50% dos Rendimentos Médios Semanais do Estado
* 50% dos rendimentos acima dos Rendimentos Médios Semanais do Estado
* Em nenhum caso, será mais do que o valor máximo. Para 2023, esse valor máximo de benefícios é de $1.129,82. Esse valor será reajustado anualmente com base nos reajustes dos Rendimentos Médios Semanais do Estado.

Os planos privados podem optar por fornecer benefícios mais altos, mas não podem fornecer valores inferiores aos que o Departamento pagaria.

***Pagamentos de Benefícios Simultâneos****.* Se você receber benefícios de outras fontes enquanto também estiver recebendo benefícios do Departamento, os benefícios que você recebe do Departamento podem ser reduzidos. Certos tipos de outros benefícios causarão uma redução de um para um nos benefícios que você recebe do Departamento. Isso significa que para cada dólar que você recebe desses benefícios, seu benefício do Departamento diminuirá em um dólar. Os benefícios que terão este efeito incluem:

* Compensação por acidentes de trabalho
* Seguro por desemprego
* Políticas ou Programas de Invalidez Permanente
* Licença do banco de licenças por doença estendida

Outras formas de benefícios não reduzirão os benefícios que você recebe do Departamento, a menos que você esteja recebendo mais do que seu salário semanal médio em benefícios totais. Os benefícios que terão este efeito incluem:

* Políticas ou Programas de Invalidez Temporária (incluindo Invalidez de Curto Prazo e Invalidez de Longo Prazo)
* Políticas ou programas de licença médica e/ou familiar administrados pelo empregador

**ADVERTÊNCIA: TIRANDO LICENÇA REMUNERADA E A PFML**. Licença remunerada (PTO Paid Time Off) inclui licença por doença, dias de férias ou dias pessoais (ou qualquer outra forma semelhante de licença remunerada não especificada na seção acima que você acumulado com o tempo de trabalho ou em um período específico, como no início de cada ano). Você *somente* pode tirar PTO enquanto estiver de licença médica e familiar remunerada em situações específicas:

1. Durante sua semana de espera, enquanto nenhum benefício for pago;
2. Em um bloco de tempo único e contínuo imediatamente após sua semana de espera;
3. Depois de tirar uma licença PFML.

Se você tirar PTO em qualquer outro momento enquanto recebe os benefícios da PFML, seus benefícios serão cancelados.

1. **Direitos e proteções dos empregados**

***Proteção de emprego.*** Geralmente, se você tirar uma licença familiar ou médica, assim que retornar ao trabalho, seu empregador deve recolocá-lo no seu cargo anterior ou em um cargo equivalente, com o mesmo status, remuneração, benefícios trabalhistas, crédito por tempo de serviço e senioridade a partir da data em que iniciou a sua licença. Isso pode não se aplicar se seu cargo foi eliminado devido a razões econômicas não relacionadas ao seu uso da licença.

***Continuação do Seguro de Saúde.*** Os empregadores devem fornecer, contribuir para ,ou de uma outra forma, manter os benefícios de seguro de saúde relacionados ao emprego do funcionário, se houver, ao nível e nas condições em que a cobertura teria sido fornecida se o funcionário tivesse continuado a trabalhar continuamente durante a duração dessa licença. Seu empregador pode exigir que você continue pagando sua parte do prêmio do seguro de saúde nos mesmos termos e condições de antes de sua licença.

***É proibido retaliar*.** É ilegal para qualquer empregador discriminar ou retaliar contra você por exercer qualquer direito ao qual você tenha direito de acordo com a lei de licença médica e familiar remunerada. Um empregado ou ex-funcionário que sofrer retaliação por exercer seus direitos previstos em lei poderá, no prazo máximo de três anos após a ocorrência da infração, ajuizar uma ação civil no tribunal superior.

**II. Valores da Contribuição**

Para ajudar a financiar os benefícios de licença remunerada disponíveis sob a lei PFML, seu empregador pode fazer uma dedução de seus salários, que será enviada ao Fundo Fiduciário ou ao operador do plano privado de seu empregador. Se seu empregador tem um plano privado ou participa do fundo fiduciário estadual, a dedução não pode exceder os seguintes valores:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Contribuição para a Licença Familiar** | **Contribuição para a Licença Médica** | **Valor Total da Contribuição** |
| **0,11% dos rendimentos\*** | **0,208% dos rendimentos\*** | **0,318% dos rendimentos\*** |

Como seu empregador tem menos de 25 trabalhadores cobertos, seu empregador não é obrigado por lei a fazer nenhuma contribuição adicional em seu nome. Os empregadores podem optar por cobrir parte do valor da sua contribuição (0,318%\* do salário), mas não são obrigados a fazê-lo. Seu empregador optou por alocar o valor da contribuição da seguinte forma:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Licença médica** | Contribuição Total Exigida: 0,208%\* | | | | | |
|  |  |  | contribuirá com | **\_\_\_%** | da contribuição para a licença médica |
|  | (Nome do Empregador) | e os restantes | **\_\_\_%** | serão descontados dos seus rendimentos |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Licença Familiar** | Contribuição Total Exigida: 0,11%\* | | | | | |
|  |  |  | contribuirá com | **\_\_\_%** | da contribuição para a licença familiar |
|  | (Nome do Empregador) | e os restantes | **\_\_\_%** | serão descontados dos seus rendimentos |

Assine aqui com suas iniciais para indicar que você entende que esta porcentagem de seus rendimentos ganhos em um período de pagamento será deduzida de seu pagamento em cada período de pagamento:

\* Os números fornecidos cobrem até 2023. Essas alíquotas podem ser reajustadas anualmente, a partir de 1º de janeiro de cada ano civil.

1. **Notificando seu empregador**

***ANTES DE*** você tirar uma licença ou solicitar benefícios, você deve, OBRIGATORIAMENTE, notificar seu empregador de que precisa tirar uma licença. Você é obrigado a fornecer pelo menos 30 dias de aviso-prévio de que precisar tirar uma licença. Se o aviso prévio de 30 dias não for possível devido a circunstâncias fora de seu controle, você deverá fazer a notificação assim que possível e, em todos os casos, antes de inscrever-se para qualquer solicitação de benefícios.

Quando você notificar seu empregador de que precisa tirar uma licença, você deve fornecer as seguintes informações:

1. A data prevista de início da licença;
2. A duração prevista da licença;
3. A data prevista de retorno da licença;
4. Se vai precisar de uma licença intermitente (licença em dois ou mais blocos separados) ou licença reduzida (licença que envolve um horário de trabalho reduzido de menos horas ou dias por semana), e;
5. Se precisar de um horário de licença intermitente ou de horário de trabalho reduzido, a frequência esperada de licença e a duração prevista de cada período de licença.

Se alguma dessas informações mudar, você deve informar ao seu empregador assim que souber da mudança.

1. **Apresentação de uma solicitação**

Para solicitar benefícios de Licença Médica e Familiar Remunerada, você precisará das seguintes informações sobre seu empregador:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | (Nome do Empregador) |  |
|  |  |  |
|  | (Endereço do Empregador) |  |
|  |  |  |
|  | (Cidade, Estado e Código Postal do Empregador) |  |
|  |  |  |
|  | (Número Federal de Identificação do Empregador - FEIN) |  |

Se o seu empregador tiver um plano privado isento, você deve fazer uma solicitação de benefícios junto ao provedor desse plano. Seu empregador deve fornecer informações sobre o plano privado e sobre o processo de inscrição. Seu empregador disponibilizou as seguintes informações:

* Como um anexo a esta notificação
* Disponível em
* Outra opção:
* N/A (Seu empregador contribui para o Fundo Fiduciário)

Se o seu empregador contribuir para o Fundo Fiduciário, você deve registrar uma solicitação de benefícios junto ao Departamento. Você pode fazer essa solicitação de duas maneiras:

1. Você pode criar uma conta e inscrever-se online pelo Portal dos Requerentes do Departamento em <https://paidleave.mass.gov/login/>
2. Você pode ligar para a central de atendimento do Departamento pelo número (833) 344-7365 para fazer a solicitação por telefone.

Formulários e instruções para fazer o pedido de licença estão disponíveis no site do departamento: <https://www.mass.gov/info-details/documents-needed-to-complete-your-paid-family-and-medical-leave-pfml-applicationa>.

1. **Para obter mais informações**

Para obter informações mais detalhadas, acesse o site do departamento: www.mass.gov/DFML.

Você pode entrar em contato com o Departamento de Licença Médica e Familiar em:

**The Massachusetts Department of Family and Medical Leave (Departamento de Licença Médica e Familiar de Massachusetts)**

PO Box 838

Lawrence, MA 01842

Centro de Contato: (833) 344-7365

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

**CONFIRMAÇÃO**

Sua assinatura abaixo confirma o recebimento das informações acima dentro de 30 dias a partir da data de início de seu emprego.

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

Assinatura **Data**

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

**Nome (Letra de forma)**

Sua confirmação assinada será retida pelo seu empregador. Guarde uma cópia para sua referência.