**Обратите внимание**: эти документы представлены в формате Word для вашего удобства – для того, чтобы было легче работать с заполняемыми полями, вносить незначительные изменения при форматировании (например, добавлять логотип компании) или дополнения о политике компании. Работодатели несут ответственность за все правки, изменения, дополнения или удаления, которые они вносят в эти формы. Департамент снимает с себя ответственность за изменения, вносимые в эти формы, и не может гарантировать, что форма, изменённая по сравнению с первоначальной версией, будет соответствовать требованиям.

**Уведомление для работодателей, имеющих менее 25 сотрудников - Инструкция по применению**

Будучи работодателем штата Массачусетс, вы обязаны информировать своих сотрудников и застрахованных контрактных работников штата Массачусетс об их правах и обязанностях в соответствии с Законом штата Массачусетс об оплачиваемых отпусках по семейным обстоятельствам и состоянию здоровья (Paid Family and Medical Leave, PFML). Для этого вы можете передать настоящую форму своим сотрудникам и застрахованным контрактным работникам. Кроме того, вы можете разработать или использовать другое уведомление по своему выбору, если используемое вами уведомление содержит ту информацию, которая требуется по закону.

Настоящая форма предназначена для работодателей, у которых работает менее 25 сотрудников штата Массачусетс и застрахованных контрактных работников. Если у вас работает более 25 сотрудников штата Массачусетс и застрахованных контрактных работников, используйте Форму уведомления работодателей, имеющих 25 и более застрахованных работников. Аналогичным образом, если вы работаете с индивидуальными предпринимателями, которые не являются застрахованными контрактными работниками, вы можете предоставить им Форму уведомления работодателей в отношении самозанятых лиц, имеющих 25 или более застрахованных работников, чтобы уведомить их о возможности выбрать для себя страховое покрытие.

Чтобы использовать эту форму, сначала заполните:

1. Таблицу на странице 2, в которой указывается, есть ли у вас утверждённый частный план;
2. Таблицу на странице 5, в которой указывается, какой процент взноса работника будет вычитаться из заработной платы ваших сотрудников и какой процент (если таковой имеется) будете платить вы;
3. Таблицу информации о работодателе на странице 6;
4. Поля для галочек на странице 6, указывающие, где сотрудники могут найти информацию о вашем частном плане, если таковой имеется. (Поставьте отметку Н/Д, если вы являетесь участником Целевого фонда штата).

Заполнив эти разделы, передайте страницы 2 - 6 этой формы своим сотрудникам и застрахованным контрактным работникам для ознакомления и подписания.

**ОПЛАЧИВАЕМЫЙ ОТПУСК ПО СЕМЕЙНЫМ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМ И СОСТОЯНИЮ ЗДОРОВЬЯ, УВЕДОМЛЕНИЕ ДЛЯ РАБОТНИКОВ (менее 25 работников)**

***Внимательно прочитайте это уведомление.*** ***В нём содержится важная информация о ваших правах, обязанностях и соответствии требованиям закона штата Массачусетс об оплачиваемом отпуске по семейным обстоятельствам и состоянию здоровья.*** ***Сохраните это уведомление для архивных целей.***

Закон штата Массачусетс об оплачиваемом отпуске по семейным обстоятельствам и состоянию здоровья (PFML) предоставляет большинству работников штата Массачусетс право на оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам и состоянию здоровья. Эти права описаны ниже и включают в себя как (1) сохранение рабочего места, когда работник возвращается на работу, так и (2) частичное возмещение заработной платы, пока работник находится без работы. Работодатели могут предоставлять эти пособия, либо (1) участвуя в Целевом фонде PFML, управляемом Департаментом штата Массачусетс по вопросам отпусков по семейным обстоятельствам и состоянию здоровья (Департамент), либо (2) предоставляя освобождённый частный план, предлагающий пособия, по крайней мере столь же щедрые, как и те, которые предлагаются Департаментом.

Работодатель может подать заявление об освобождении от уплаты взноса в счёт отпуска по состоянию здоровья, по семейным обстоятельствам или обоих взносов. Ваш работодатель решил предоставить следующие пособия:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | * Не имеет утверждённого частного плана и предоставляет все отпускные пособия через Департамент;
* Имеет утверждённый частный план предоставления отпусков по семейным обстоятельствам и по состоянию здоровья;
* Имеет утверждённый частный план, предусматривающий только отпуск по семейным обстоятельствам, и предоставляет отпуск по состоянию здоровья через Департамент;
* Имеет утвержденный частный план, предусматривающий только льготы в счёт отпуска по состоянию здоровья, и предоставляет льготы в счёт отпуска по семейным обстоятельствам через Департамент.
 |
|  | (Название работодателя) |

Независимо от того, участвует ли ваш работодатель в Целевом фонде штата или имеет частный план, вы будете иметь право на определённые пособия и средства защиты. Вас могут обязать делать взносы в Целевой фонд или финансировать частный план вашего работодателя, но только до определённой суммы. Кроме того, вы должны будете сообщить своему работодателю о том, что вам нужен отпуск, и подать заявление о получении пособия в Департамент или через частный план вашего работодателя.

**I. Объяснение пособия**

***Распределение отпусков.*** Согласно Закону о PFML, вы можете иметь право на:

* 12 недель оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам в год выплаты пособия в связи с рождением, усыновлением или приёмом патронатного ребёнка; для ухода за членом семьи, у которого имеется серьёзное заболевание; или по причине соответствующего обстоятельства, связанного с тем, что один из членов семьи находится на действительной воинской службе или был уведомлён о предстоящем призыве на действительную службу в Вооружённые силы;
* 20 недель оплачиваемого отпуска по состоянию здоровья в год выплаты пособия в случае серьёзного заболевания, лишающего трудоспособности;
* 26 недель оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам в год выплаты пособия для ухода за членом семьи, который является военнослужащим и проходит медицинское лечение или иным образом устраняет последствия серьёзного заболевания, связанного с воинской службой этого члена семьи;
* 26 общих недель оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам и состоянию здоровья в совокупности за один год выплаты пособия.

"Годом выплаты пособия" считаются 12 месяцев, предшествующие воскресенью непосредственно перед началом вашего отпуска.

***Другие отпуска.*** Любой отпуск, который вы берёте – оплачиваемый или неоплачиваемый – по тем же самым квалифицирующим причинам, перечисленным выше, будет засчитываться в сумму вашего отпуска за этот год выплаты пособия.

***Правомочность*.** Вы будете иметь право на отпуск и пособия в счёт заработной платы, если вы будете отвечать требованиям к заработку. Вы должны получать в штате Массачусетс заработную плату в размере не менее $6000 в течение четырёх полных кварталов до подачи заявления на получение пособия. Кроме того, за тот же период времени вы должны заработать минимум в 30 раз больше максимальной суммы потенциального пособия. (Эта сумма рассчитана в разделе "Выплаты в счёт заработной платы" ниже).

***Выплаты в счёт заработной платы.*** Если вы берёте отпуск по любой из вышеописанных причин, вы имеете право обратиться в Департамент или в частный план вашего работодателя за получением пособия в счёт заработной платы. Эти пособия будут составлять часть вашего среднего недельного заработка. Ваша максимальная потенциальная сумма пособия будет следующей:

* 80% от заработка и вплоть до 50% от средней недельной заработной платы по штату
* 50% от заработка выше средней недельной заработной платы по штату
* Ни при каких обстоятельствах не более максимальной суммы. В 2023 году максимальный размер пособия составляет $1129,82. Эта сумма будет ежегодно корректироваться в зависимости от увеличения средней недельной заработной платы в штате.

Частные планы могут предоставлять более высокие льготы, но не могут предоставлять суммы меньше тех, которые будет выплачивать Департамент.

***Параллельные выплаты пособий.*** Если вы получаете пособия из других источников одновременно с пособиями от Департамента, то те пособия, которые вы получаете от Департамента, могут быть уменьшены. Определённые виды других пособий будут приводить к уменьшению пособий, получаемых вами от Департамента, в пропорции один к одному. Это означает, что на каждый доллар, полученный вами в виде этих пособий, ваше пособие от Департамента уменьшится на доллар. К числу пособий, которые будут иметь такой эффект, относятся следующие:

* Компенсация работников
* Страхование на случай безработицы
* Правила или программы в области постоянной нетрудоспособности
* Продлённый отпуск по болезни Банковский отпуск

Другие виды пособий не уменьшат размера пособий, получаемых вами от Департамента, кроме случаев, когда общая сумма получаемых вами пособий превышает вашу среднюю недельную заработную плату. К числу пособий, которые будут иметь такой эффект, относятся следующие:

* Правила или программы в области временной нетрудоспособности (включая краткосрочную и долгосрочную нетрудоспособность)
* Правила или программы отпусков по семейным обстоятельствам и (или) состоянию здоровья, осуществляемые работодателями

**ВНИМАНИЕ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОПЛАЧИВАЕМЫХ ОТГУЛОВ И PFML.** Оплачиваемый отгул (Paid Time Off, PTO) включает в себя время болезни, дни отпуска или личные дни (а также любые другие подобные формы оплачиваемого отгула, не перечисленные в вышеуказанном разделе, которые вы зарабатываете со временем или в определённое время, например, в начале каждого календарного года). Взять PTO во время оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам или состоянию здоровья можно *только* в определённых ситуациях:

* В течение недели ожидания, когда не выплачиваются пособия;
* В течение одного непрерывного периода времени сразу после недели ожидания;
* После того, как вы уйдёте в отпуск PFML.

Если вы возьмёте РТО в любой другой момент, пока вы получаете пособие по PFML, ваше пособие будет аннулировано.

1. **Права и средства защиты работников**

***Сохранение рабочего места.*** Как правило, если вы уходите в отпуск по семейным обстоятельствам или состоянию здоровья, то после возвращения на работу работодатель обязан восстановить вас в прежней должности или в равнозначной должности с тем же статусом, оплатой, трудовыми льготами, зачётом выслуги лет и стажем на дату начала отпуска. Это правило может не применяться, если ваша должность была ликвидирована по экономическим причинам, не связанным с использованием отпуска.

***Продолжение медицинского страхования.*** Ваш работодатель обязан по-прежнему обеспечивать и делать взносы в ваше медицинское страхование, связанное с работой, если таковое имеется, на том же уровне и на тех же условиях, на которых оно обеспечивалось бы, если бы вы продолжали работать в течение всего срока такого отпуска. Ваш работодатель может потребовать, чтобы вы продолжали оплачивать свою часть взносов по медицинскому страхованию на тех же условиях, что и до вашего отпуска.

***Недопущение ответных мер.*** Работодатель не имеет права допускать дискриминацию или преследовать вас за использование прав, которые вы имеете в соответствии с законом об оплачиваемом отпуске по семейным обстоятельствам и состоянию здоровья. Работник или бывший работник, подвергшийся преследованию за осуществление прав, предусмотренных законом, может не более чем через три года после данного нарушения подать гражданский иск в суд высшей инстанции.

**II.** **Суммы взносов**

Для финансирования оплачиваемого отпуска, предоставляемого в соответствии с законом о PFML, ваш работодатель может сделать взнос, частично финансируемый за счёт вычетов из вашей заработной платы, который будет перечисляться либо в Целевой фонд, либо оператору частного плана вашего работодателя. Независимо от того, имеет ли ваш работодатель частный план или участвует в Целевом фонде штата, ваш работодатель не может вычитать из вашей заработной платы больше, чем эти проценты.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Взнос в счёт отпуска по семейным обстоятельствам** | **Взнос в счёт отпуска по состоянию здоровья** | **Общая сумма взноса** |
| **0,11% от заработка\*** | **0,208% от заработка\*** | **0,318% от заработка\*** |

Поскольку у вашего работодателя менее 25 застрахованных работников, закон не требует от вашего работодателя делать дополнительные взносы от вашего имени. Работодатели могут принять решение об оплате некоторой части суммы ваших взносов (0,318%\* от заработной платы), но не обязаны этого делать. Ваш работодатель решил предоставить следующие пособия:

|  |  |
| --- | --- |
| **Отпуск по состоянию здоровья** | Общий требуемый взнос: .208% |
|  |  |  | будет внесено | **\_\_\_%** | взноса в счёт отпуска по состоянию здоровья |
|  | (Название работодателя) | а остальные  | **\_\_\_%** | будут вычитаться из вашего заработка |

|  |  |
| --- | --- |
| **Отпуск по семейным обстоятельствам** | Общий требуемый взнос: .11%\* |
|  |  |  | будет внесено | **\_\_\_%** | взноса в счёт отпуска по семейным обстоятельствам |
|  | (Название работодателя) | а остальные  | **\_\_\_%** | будут вычитаться из вашего заработка |

Поставьте здесь свои инициалы, чтобы указать, что вы понимаете, что этот процент вашей заработной платы, полученной за расчётный период, будет вычитаться из вашей зарплаты каждый расчётный период:

\* Приведённые цифры рассчитаны до 2023 года включительно. Эти тарифы могут корректироваться на ежегодной основе с 1 января каждого календарного года.

1. **Уведомление работодателя**

***ДО ТОГО, КАК*** вы возьмёте отпуск или подадите заявление о получении пособия, вы ОБЯЗАНЫ уведомить своего работодателя о том, что вам необходимо взять отпуск. Вы обязаны уведомить о своём желании уйти в отпуск не менее чем за 30 дней. Если уведомление за 30 дней невозможно по не зависящим от вас обстоятельствам, вы должны уведомить об этом как можно скорее и в любом случае до подачи заявления о получении пособия.

Уведомляя своего работодателя о том, что вам нужен отпуск, вы должны предоставить следующую информацию:

1. Предполагаемая дата начала отпуска;
2. Предполагаемая продолжительность отпуска;
3. Ожидаемая дата возвращения из отпуска;
4. Нужен ли вам отпуск с перерывами (отпуск, предоставляемый отдельными периодами по два дня или более) или сокращённый отпуск (отпуск, предполагающий сокращённый график с меньшим количеством часов или дней в неделю); а также
5. Если вам нужен отпуск с перерывами или сокращённый отпуск – ожидаемая частота отпусков и ожидаемая продолжительность каждого случая отпуска.

Если какая-либо часть этих сведений изменится, вы должны сообщить об этом своему работодателю, как только вам станет известно о таком изменении.

1. **Подача заявки**

Чтобы подать заявление о получении оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам и состоянию здоровья, вам потребуется следующая информация о вашем работодателе:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | (Название работодателя) |  |
|  |  |  |
|  | (Дом и улица работодателя) |  |
|  |  |  |
|  | (Город, штат, почтовый индекс работодателя) |  |
|  |  |  |
|  | (Федеральный идентификационный номер работодателя) (FEIN) |  |

Если у вашего работодателя есть освобождённый частный план, вы должны подать заявку о выплате пособия поставщику этого плана. Ваш работодатель должен предоставить вам информацию о частном плане и процедуре подачи заявления. Ваш работодатель предоставил эту информацию:

* В виде приложения к данному уведомлению
* Доступной по адресу
* Другие варианты:
* Н/Д (Работодатель вносит средства в Целевой фонд)

Если ваш работодатель делает взносы в Целевой фонд, вы должны подать заявку о получении пособия в Департамент. Это заявление можно подать одним из двух способов:

1. Создать учётную запись для подачи заявления онлайн через "Портал заявителя" (Claimant Portal) Департамента по адресу <https://paidleave.mass.gov/login/>
2. Позвонить в информационный центр Департамента по телефону (833) 344-7365 и заполнить заявление по телефону.

Формы и инструкции по подаче заявлений доступны на веб-сайте Департамента по адресу <https://www.mass.gov/info-details/documents-needed-to-complete-your-paid-family-and-medical-leave-pfml-applicationa>.

1. **Дополнительная информация**

Более подробную информацию можно найти на веб-сайте Департамента по адресу [www.mass.gov/DFML](http://www.mass.gov/DFML).

С Департаментом по вопросам отпусков по семейным обстоятельствам и состоянию здоровья можно связаться по адресу:

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

PO Box 838

Lawrence, MA 01842

Contact Center: (833) 344-7365

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

**ПОДТВЕРЖДЕНИЕ**

Ваша подпись ниже подтверждает, что вы получили вышеуказанную информацию в течение 30 дней с даты начала работы.

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

**Подпись** **Дата**

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

**Имя (печатными буквами)**

Подписанное вами подтверждение будет храниться у вашего работодателя. Сохраните копию для архивных целей.