**Importante:** Estos documentos se ofrecen en formato Word para su conveniencia, para que sea más sencillo completar los espacios necesarios, realizar pequeños cambios en el diseño (como agregar el logo de la compañía) o incorporar cuestiones relativas a las políticas específicas de la empresa. Los empleadores son responsables por toda edición, revisión, agregado o eliminación que realicen con respecto a estos formularios. El Departamento declina toda responsabilidad respecto de las modificaciones realizadas a estos formularios y no puede garantizar que un formulario cumpla con los requerimientos formales si su versión original se modificó.

**Aviso para las fuerzas laborales de menos de veinticinco empleados - Instrucciones de uso**

Como empleador de Massachusetts, debe informar a sus empleados y contratistas con cobertura de Massachusetts acerca de los derechos y obligaciones que les corresponden de acuerdo con la Ley de Permiso Familiar y Médico Pagado (PFML, por sus siglas en inglés) de Massachusetts. Para ello, usted puede proporcionarles este formulario a sus empleados y contratistas con cobertura. También puede generar o usar un aviso diferente que usted elija, siempre que en dicho aviso se brinde la misma información que exige la ley.

Este formulario es para empleadores que tengan menos de veinticinco empleados y contratistas con cobertura, de Massachusetts. Si usted cuenta con más de veinticinco empleados y contratistas con cobertura, de Massachusetts, por favor, utilice el formulario de Aviso de empleadores con fuerzas laborales de veinticinco personas o más con cobertura. Asimismo, si usted opera con trabajadores autónomos que *no* sean contratistas con cobertura, puede proporcionarles el formulario de Aviso de empleadores para trabajadores autónomos, correspondiente a fuerzas laborales con veinticinco personas con cobertura o más, a fin de notificarles que tienen la opción de elegir cobertura para ellos mismos.

Para usar este formulario, primero realice lo siguiente:

1. Complete la tabla de la página 2 e indique si usted cuenta con un plan privado aprobado.
2. Complete la tabla de la página 5 e indique qué porcentaje de la contribución de los empleados se deducirá de los salarios de sus empleados y qué porcentaje (si corresponde) pagará usted.
3. Complete la tabla de información del empleador de la página 6.
4. Complete los casilleros de verificación de la página 6 e indique dónde pueden los empleados encontrar información sobre su plan privado, si corresponde. (Marque n/a si usted participa en el Fondo Fiduciario estatal).

Cuando haya completado estas secciones, entregue las páginas 2-6 de este formulario a sus empleados y contratistas con cobertura para que las revisen y las firmen.

**AVISO PARA EMPLEADOS SOBRE EL PERMISO FAMILIAR Y MÉDICO PAGADO (menos de veinticinco trabajadores)**

***Por favor, leer este aviso atentamente. Contiene información importante sobre sus derechos, obligaciones y elegibilidad según la Ley de Permiso Familiar y Médico Pagado de Massachusetts. Sírvase conservar este aviso para su referencia.***

La ***Ley de Permiso Familiar y Médico Pagado*** (PFML, por sus siglas en inglés) ***de Massachusetts*** brinda este derecho a la mayoría de los empleados en Massachusetts. Estos derechos se describen con mayor detalle a continuación e incluyen tanto (1) protección laboral cuando el empleado regresa al trabajo como (2) beneficios de reemplazo salarial parcial mientras el empleado no esté trabajando. Los empleadores pueden ofrecer estos beneficios si (1) participan en el Fondo Fiduciario del PFML operado por el Departamento de Permiso Familiar y Médico de Massachusetts (el Departamento) o (2) si cuentan con un plan privado exento que otorgue beneficios que tengan, como mínimo, el mismo alcance que los que pone a disposición el Departamento.

Un empleador puede solicitar la exención de la contribución para el permiso médico, para el permiso familiar o para ambos. Su empleador ha elegido brindar beneficios de acuerdo con lo siguiente:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | * No cuenta con un plan privado aprobado y brinda todos los beneficios de permisos a través del Departamento.
* Tiene un plan privado aprobado para beneficios de permisos tanto familiares como médicos.
* Tiene un plan privado aprobado para beneficios de permisos familiares únicamente y brinda beneficios de permisos médicos a través del Departamento.
* Tiene un plan privado aprobado para beneficios de permisos médicos únicamente y brinda beneficios de permisos familiares a través del Departamento.
 |
|  | (Nombre del empleador) |

Más allá de si su empleador participa o no en el Fondo Fiduciario estatal o si tiene un plan privado, a usted le corresponderán ciertos beneficios y protecciones. Es posible que usted tenga que realizar aportes al Fondo Fiduciario o que deba financiar el plan privado de su empleador, pero solo hasta cierta suma. También tendrá que indicarle a su empleador cuando necesite un permiso y tendrá que presentar una solicitud para los beneficios ante el Departamento o a través del plan privado de su empleador.

1. **Explicación de los beneficios**

***Asignación de permisos.*** Según la Ley PFML, usted podría tener derecho, como máximo, a lo siguiente:

* 12 semanas de permiso familiar pagado, en un año de beneficios, por el nacimiento, la adopción o el recibimiento en un hogar de acogida de un niño/a; para atender a un pariente con una enfermedad grave; o debido a una exigencia estipulada, por el hecho de que un pariente se encuentre en servicio activo o haya sido notificado de un llamado para prestar servicio activo de forma inminente en las Fuerzas Armadas.
* 20 semanas de permiso médico pagado, en un año de beneficios, si se trata de una enfermedad grave que implique incapacidad para trabajar.
* 26 semanas de permiso familiar pagado, en un año de beneficios, para atender a un pariente que sea un miembro del servicio militar, con cobertura, que esté sometido a un tratamiento médico o que esté atravesando otro tipo de consecuencias de una enfermedad grave en relación con el servicio militar de dicho pariente.
* 26 semanas totales entre el permiso médico y familiar pagado, en un único año de beneficios.

Un «año de beneficios» corresponde a los 12 meses previos al domingo inmediatamente anterior al comienzo de su permiso.

***Otros permisos*.** Todo permiso que usted se tome —ya sea pagado o no— por las mismas razones estipuladas que se mencionan arriba se computará en el cálculo del tiempo que le corresponda de permiso para ese año de beneficios.

***Elegibilidad*.** Usted será elegible para beneficios de permiso y de reemplazo salarial si cumple con la prueba de ganancias. Debe haber ganado al menos $6.000 en salarios, en Massachusetts, en los cuatro trimestres completados antes de solicitar beneficios. En el mismo período, también debe haber ganado al menos treinta veces el monto potencial máximo de beneficios. (Este monto se calcula abajo en la sección «Pagos de reemplazo salarial»).

***Pagos de reemplazo salarial.*** Cuando se tome un permiso por cualquiera de las razones que se describen arriba, usted será elegible para solicitar al Departamento o al plan privado de su empleador los beneficios de reemplazo salarial. Estos beneficios serán un porcentaje de sus ganancias semanales promedio. Su monto potencial máximo de beneficios será el siguiente:

* El 80 % de las ganancias que representen hasta el 50 % del Salario Semanal Promedio Estatal.
* El 50 % de las ganancias por encima del Salario Semanal Promedio Estatal.
* En ningún caso será superior al monto máximo. Para 2023, este monto máximo de beneficios es $1.129,82. Este monto se ajustará cada año en función de los aumentos en el Salario Semanal Promedio Estatal.

Los planes privados podrían decidir ofrecer beneficios mayores, pero no pueden brindar montos inferiores a lo que pagaría el Departamento.

***Pagos de beneficios concurrentes****.* Si usted recibe beneficios de otras fuentes mientras también recibe beneficios del Departamento, estos últimos podrían reducirse. Ciertos tipos de beneficios adicionales darán lugar a una reducción uno-por-uno en lo que reciba del Departamento. Esto significa que, por cada dólar que reciba de esos beneficios, disminuirá en un dólar lo que reciba del Departamento. Los beneficios que tendrán este efecto incluyen los siguientes:

* Seguro de accidentes de trabajo
* Seguro de desempleo
* Políticas o programas por discapacidad permanente
* Cupo para permisos extendidos por enfermedad

Otras formas de beneficios no reducirán lo que usted reciba del Departamento, a menos que esté recibiendo más que su salario semanal promedio en beneficios totales. Los beneficios que tendrán este efecto incluyen los siguientes:

* Políticas o programas por discapacidad temporal (discapacidad de corto plazo y de largo plazo)
* Políticas o programas de permiso familiar y/o médico a cargo del empleador

**ADVERTENCIA: TOMARSE TIEMPO LIBRE PAGADO Y PFML**. El Tiempo Libre Pagado (PTO, por sus siglas en inglés) incluye la licencia por enfermedad, los días de vacaciones o los días de ausencia por motivos personales (o cualquier otra forma similar de tiempo libre pagado que no se mencione en la sección de arriba y que a usted le corresponda a lo largo del tiempo o en un momento puntual, como al inicio de cada año calendario). Usted *solamente* puede tomarse PTO mientras se encuentre cursando un permiso familiar o médico pagado, en situaciones específicas:

1. Durante su semana de espera, cuando no se paga ningún beneficio.
2. En un bloque único y continuo de tiempo inmediatamente después de su semana de espera.
3. Luego de tomarse su permiso PFML.

**Si usted se toma PTO en cualquier otro momento mientras está recibiendo beneficios de PFML, sus beneficios se cancelarán.**

1. **Derechos y protecciones de los empleados**

***Protección laboral.*** En general, si se toma un permiso familiar o médico, cuando regrese al trabajo, su empleador debe restituirle su puesto anterior o un puesto equivalente, con la misma categoría, pago, beneficios laborales, crédito por período de servicios prestados y antigüedad según corresponda a la fecha en la que comenzó su permiso. Esto tal vez no sea aplicable si su puesto se eliminó por motivos económicos no relacionados con su permiso.

***Continuación del seguro de salud.*** Los empleadores deben proporcionar, contribuir, o  mantener los beneficios del seguro médico relacionados con el trabajo del empleado, si los hubiera, al nivel y en las condiciones que se habría proporcionado la cobertura si el empleado hubiera seguido trabajando continuamente durante la duración de dicho permiso. Su empleador podría requerirle que usted siga pagando su parte de la prima del seguro de salud bajo los mismos términos y condiciones que antes de su permiso.

***Protección contra represalias*.** Es ilegal que un empleador cometa actos de discriminación o tome represalias contra usted por ejercer cualquiera de los derechos que a usted le corresponden según la Ley de Permiso Familiar y Médico Pagado. Un empleado o exempleado que sufra represalias por ejercer derechos contemplados en la ley podría, en un plazo máximo de tres años luego de que suceda la infracción, presentar una acción civil ante el Tribunal Superior.

**II. Montos de las contribuciones**

Para colaborar con el financiamiento de los beneficios de permisos pagados disponibles según la ley PFML, su empleador podría realizar una deducción de su salario, que se remitirá al Fondo Fiduciario o al operador del plan privado de su empleador. Ya sea que su empleador tenga un plan privado o que participe en el Fondo Fiduciario estatal, la deducción no puede exceder los siguientes montos:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Contribución para permisos familiares** | **Contribución para permisos médicos** | **Monto total de contribuciones** |
| **0,11 % de las ganancias\*** | **0,208% de las ganancias\*** | **0,318 % de las ganancias\*** |

Dado que su empleador tiene menos de veinticinco trabajadores con cobertura, la ley no requiere que su empleador realice ningún aporte adicional a nombre de usted. Los empleadores podrían elegir cubrir una parte del monto de su contribución (0,318 %\* de los salarios), pero no tienen la obligación de hacerlo. Su empleador ha elegido distribuir el monto de las contribuciones del siguiente modo:

|  |  |
| --- | --- |
| **Permiso médico** | Contribución total requerida: 0,208 %\* |
|  |  |  | aportará | **\_\_\_%** | de la contribución para permisos médicos |
|  | (Nombre del empleador) | y el | **\_\_\_%** | restante se deducirá de sus ganancias |

|  |  |
| --- | --- |
| **Permiso familiar** | Contribución total requerida: 0,11 %\* |
|  |  |  | aportará | **\_\_\_%** | de la contribución para permisos familiares |
|  | (Nombre del empleador) | y el | **\_\_\_%** | restante se deducirá de sus ganancias |

Por favor, coloque aquí sus iniciales para indicar que entiende que este porcentaje de su salario ganado en cada período de pago se deducirá de lo que cobre en cada período de pago:

\* Los números indicados son válidos para 2023. Estos índices podrían ajustarse de manera anual a partir del 1.o de enero de cada año calendario.

1. **Notificar a su empleador**

***ANTES*** de tomarse un permiso o de solicitar beneficios, usted DEBE notificarle a su empleador que necesita tomarse un permiso con al menos 30 días de antelación. Si no es posible avisar con 30 días de anticipación debido a circunstancias fuera de su control, debe avisar tan pronto como sea posible y, en cualquier caso, antes de presentar una solicitud por los beneficios.

Cuando notifique a su empleador que necesita un permiso, usted deberá proporcionar la siguiente información:

1. La fecha prevista de inicio del permiso.
2. La duración prevista del permiso.
3. La fecha esperada de regreso.
4. Si va a necesitar un permiso intermitente (permiso que se toma en bloques separados de dos o más) o un permiso reducido (permiso que implica un cronograma reducido con menos horas o días a la semana).
5. En caso de necesitar un permiso intermitente o un cronograma de un permiso reducido, la frecuencia esperada para el permiso y la duración prevista para cada instancia del permiso.

Si alguna parte de esta información se modifica, usted debe avisarle a su empleador tan pronto como lo sepa.

1. **Presentar una solicitud**

Para solicitar beneficios del Permiso Familiar y Médico Pagado, usted necesitará la siguiente información de su empleador:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | (Nombre del empleador) |  |
|  |  |  |
|  | (Domicilio del empleador) |  |
|  |  |  |
|  | (Ciudad, estado y código postal del empleador) |  |
|  |  |  |
|  | (Número de identificación federal del empleador: FEIN, por sus siglas en inglés) |  |

Si su empleador tiene un plan privado exento, usted debe presentar una solicitud de beneficios ante el proveedor de ese plan. Su empleador debe proporcionarle la información del plan privado y del proceso de solicitud. Su empleador puso esa información a disposición de la siguiente manera:

* Como un archivo adjunto a este Aviso
* Disponible en
* Otra:
* N/A (el Empleador contribuye al Fondo Fiduciario)

Si su empleador contribuye al Fondo Fiduciario, usted debe presentar una solicitud de beneficios ante el Departamento. Usted puede presentar esa solicitud en alguna de estas dos formas:

1. Puede crear una cuenta para realizar una solicitud en línea a través del Portal para Solicitantes del Departamento en<https://paidleave.mass.gov/login/>.
2. Puede comunicarse con el centro de llamadas del Departamento al (833) 344-7365 para completar una solicitud por vía telefónica.

Encontrará los formularios y las instrucciones para las solicitudes en el sitio web del Departamento:<https://www.mass.gov/info-details/documents-needed-to-complete-your-paid-family-and-medical-leave-pfml-application>.

1. **Más información**

Para acceder a información más detallada, por favor, consulte el sitio web del Departamento: www.mass.gov/DFML.

Puede contactar al Departamento de Permiso Familiar y Médico en esta dirección:

Departamento de Permiso Familiar y Médico

PO Box 838

Lawrence, MA 01842

Centro de contacto: (833) 344-7365

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

**ACEPTACIÓN**

Su firma abajo indica que usted acepta haber recibido la información que aparece arriba dentro de los 30 días a partir de la fecha de inicio de su empleo.

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

**Firma** **Fecha**

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

**Aclaración de la firma**

Su aceptación firmada será retenida por su empleador. Por favor, conserve una copia para su propia referencia.