**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 i lavoratori a contratto 1099-MISC*****Imprese aderenti con 25 o più lavoratori***   
Diritti e doveri ai sensi della legge sui congedi per motivi di famiglia e malattia del Massachusetts, M.G.L. c. 175M

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | (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) |  |

Ai sensi della legge sui congedi per motivi di famiglia e malattia del Massachusetts, M.G.L. c. 175M, **le imprese aderenti** sono tenute a fornire a ciascuno dei propri lavoratori a contratto di tipo 1099-MISC, al momento di stipula del contratto, le informazioni fornite in questa informativa.

Un’impresa aderente è un’impresa che stipula contratti con lavoratori autonomi per la fornitura di servizi ***per oltre il 50% della propria forza lavoro*** ed è tenuta a riportare il pagamento a loro corrisposto sul modulo 1099-MISC dell’agenzia delle entrate (IRS).

**Questa organizzazione:**

* È un’impresa aderente ai sensi della legge
* Non è un’impresa aderente ai sensi della legge

Se questa organizzazione è **un’impresa aderente**, è tenuta per legge a versare i contributi per conto dei propri lavoratori a contratto 1099-MISC come se fossero dipendenti, come indicato di seguito. Di conseguenza, in caso di impresa aderente, è possibile avere diritto all’indennità sostitutiva del reddito in determinate circostanze, come descritto di seguito nella sezione intitolata "Spiegazione dei sussidi".

Se questa organizzazione non è un’impresa aderente, può comunque decidere di aderire al programma ai sensi della legge sulle assenze per motivi di famiglia e malattia. Se sceglie questa opzione, è pregato di consultare l’**Avviso di adesione per il lavoratore autonomo** per ulteriori dettagli.

**Spiegazione dei sussidi**

* **Puoi avere diritto fino a**
* 12 settimane di assenza retribuita per motivi di famiglia, per ogni anno di copertura, in caso di nascita o adozione di un bambino, affidamento del minore in casa-famiglia o per altre esigenze qualificanti qualora 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 abbia seri problemi di salute che la renda inabile 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;
  + 12 settimane di congedo retribuito per motivi di famiglia, per ogni anno di copertura, per assistere un famigliare che sia in gravi condizioni di salute.
  + 26 settimane di congedo retribuito, in aggregato, per motivi di famiglia e malattia, per ogni singolo anno di copertura.
* **L'importo del tuo sussidio settimanale** sarà basato sulla retribuzione, con un sussidio massimo di $1.129,82 alla settimana nel 2023.

**Contributi al Fondo fiduciario del Dipartimento per la famiglia e la sicurezza dell’impiego**

Il 1 ottobre 2019 inizierà il versamento dei contributi al Trust Fund (Fondo fiduciario) per i congedi retribuiti per motivi di famiglia e malattia (DFML). L’impresa aderente è tenuta a versare al DFML i contributi di tutti i lavoratori autonomi 1099-MISC nel proprio organico se questi costituiscono più del 50% della sua forza lavoro. Il tasso del contributo potrebbe essere soggetto ad adeguamenti annuali ed è riportato nel relativo avviso allegato al presente documento.

**Come presentare una richiesta**

I soggetti aderenti devono presentare richiesta al DFML per l’indennità sostitutiva del reddito per motivi di famiglia e malattia utilizzando i moduli del Dipartimento. I moduli e le istruzioni per presentare richiesta saranno accessibili sul sito web del Dipartimento [www.mass.gov/DFML](http://www.mass.gov/DFML)

I lavoratori a contratto 1099-MISC sono tenuti a comunicare all’impresa aderente, con un preavviso di almeno 30 giorni, la data di inizio, la durata e la data di ritorno previste di qualsiasi assenza. Se un lavoratore a contratto non è in grado di fornire un preavviso di 30 giorni a causa di circostanze al di fuori del proprio controllo, è tenuto a comunicarlo il prima possibile.

**Copertura privata**

Se un’impresa aderente offre un piano di copertura per assenze retribuite, con sussidi che siano almeno allo stesso livello di quelli offerti dalla legge, può chiedere un’esenzione dall’applicare le trattenute per il Fondo fiduciario per la famiglia e la sicurezza dell’impiego del DFML. L’impresa aderente può chiedere un’esenzione dall’applicare le trattenute per uno o entrambi i tipi di assenze retribuite.

L’impresa aderente deve fornire ai lavoratori a contratto 1099-MISC le informazioni relative a eventuali piani di copertura privati nello stesso momento in cui fornisce questa informativa.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | * Non è dotato di una copertura privata approvata; * È dotato di una copertura privata approvata sia per le assenze per motivi di famiglia che per le assenze per malattia; * È dotato di una copertura privata approvata solo per le assenze per motivi di famiglia; * È dotato di una copertura privata approvata solo per le assenze per malattia |
|  | (Nome del datore di lavoro) |

**Recapiti del Dipartimento per le assenze retribuite per motivi di famiglia e malattia (DFML)**

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

PO Box 838

Lawrence, MA 01842

Centro contatti: (833) 344-7365

**Ulteriori informazioni**

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

**CONFERMA DI RICEVUTA**

Apponendo la Sua firma di seguito, conferma di aver ricevuto le informazioni di cui sopra nel momento di stipula del suo contratto o prima del 1 ottobre 2019, a seconda di quale delle due date sia successiva

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

**Firma Data**

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

**Nome (in stampatello)**

La conferma di ricevuta verrà conservata dall’impresa aderente. La preghiamo di conservare una copia per consultazioni future.

**Tassi effettivi: 2023**

*Per datori di lavoro con 25 o più dipendenti*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Contributo per assenze per motivi di famiglia** | **Contributo per assenze per malattia** | **Importo totale del contributo** |
| **0,11%** | **0,52%** | **0,63%** |

Il datore di lavoro sarà responsabile del versamento dei contributi al DFML per tutti i dipendenti. Per il 2023 l'importo totale dei contributi è pari allo 0,63% dei salari.

Secondo la legge, i datori di lavoro sono tenuti a versare almeno il 60% del contributo per assenze per malattia (0,312% dello stipendio), ma possono trattenere dallo stipendio dei dipendenti fino al 40% dello stesso contributo (0,208% dello stipendio) e fino al 100% del contributo per assenze per motivi di famiglia (0,11% dello stipendio).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Assenze per malattia** | Contributo totale richiesto: 0,52% | | | | | |
|  |  |  | 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 |

Iniziali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_