**참고**: 이 문서들은 사용자의 편의를 위해 워드 포맷으로 제공됩니다. 그러므로, 입력 가능한 항목을 더 쉽게 작성하거나, 회사 로고 추가와 같은 사소한 포맷을 변경하거나, 회사 방침에 대한 추가 작업을 수행할 수 있습니다. 고용주는 이러한 양식을 편집, 수정, 추가 또는 삭제하는 것에 대한 책임이 있습니다. 본 부서는 이러한 양식의 포맷의 수정에 대한 책임이 없음을 선언하며 본 원본에서 수정된 양식의 법적 준수성을 보장할 수 없습니다.

**099-MISC 계약자에 대한 통지서***25명 이상 근로자가 있는 적용 대상이 되는 업체*
매사추세츠 주 가족의료휴가법, M.G.L. c. 175M 조항에 따른 권리 및 의무

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | (고용주 명) |  |
|  |  |  |
|  | (고용주 주소) |  |
|  |  |  |
|  | (고용주 시, 주, 짚코드) |  |
|  |  |  |
|  | (연방 고용주 ID 번호) (FEIN) |  |

매사추세츠 주 가족의료휴가법, M.G.L. c. 175M 조항에 따라 **적용 대상 업체**는 계약 체결 시, 자사의 1099-MISC 계약자들 각자에게 본 통지서에 규정된 정보를 제공해야 합니다.

**적용 대상 업체**는 사업을 위해 독립업자 개인들과 계약하는 사업체 또는 거래업체로서 자신이 고용한 직원 인력의 50% 이상을 그 직원들을 대신하여 개인들에게 지급한 내역을 IRS Form(국세청 서식) 1099-MISC으로 보고해야 합니다.

**이 업체는**:

* 법에 따른 적용 대상 업체**임**
* 법에 따른 적용 대상 업체**가 아님**

이 업체가  **적용 대상 업체**인 경우, 그 업체는 자신의 1099-MISC 계약자가 마치 자신의 직원인 것처럼 그 계약자를 대신하여, 출연금을, 아래에 개략적으로 설명된 바와 같이, 상기 법에 따라 불입해야 합니다. 따라서, 이 사업체가 적용 대상 업체인 경우, 귀하는 아래에 “**혜택 설명**”이라는 제목이 붙은 섹션에서 개략적으로 설명된 바와 같은 특정한 상황에서 소득 대체 수당을 받을 자격이 있을 수 있습니다.

해당 업체가 적용 대상 업체가 아닌 경우에도, 귀하는 가족의료휴가법에 따른 적용 대상 개인이 되기로 선택할 수 있습니다. 귀하가 그렇게 하기로 선택하는 경우, 거기에 대한 상세한 정보에 관해서는 **자영업자 선택 통지서**를 참고하십시오.

**혜택** **설명**

* **귀하가 다음과 같은 권리가 있을 수 있습니다.**
* 아동의 출산, 입양 또는 위탁 육아에 대해, 또는 가족이 군대에서 현역 복무 중이거나 급박한 현역 소집 명령을 통지 받은 사실로부터 발생하는 적격한 긴급사태를 사유로 하여, 1혜택년에 최장 12주의 유급 가족 휴가를 낼 권리.
* 자신의 심각한 건강 상태로 인해 근무할 수 없게 되는 경우 1혜택년에 최장 20주의 유급 의료휴가를 낼 권리.
* 의학적 치료를 받거나, 그렇지 않으면 가족의 군복무와 관련이 있는 심각한 건강 상태로 인해 초래된 상황에 대처하는 법 적용 대상 군 요원인 가족을 돌보기 위해 1혜택년에 최장 26주의 유급 가족 휴가를 낼 권리.
	+ 심각한 건강 상태에 있는 가족을 돌보기 위해 1혜택년에 최장 12주의 유급 가족 휴가를 낼 권리.
	+ 한 번의 1혜택년에, 합계해서, 최장 총 26주의 유급 가족 휴가와 의료휴가를 낼 권리.
* **귀하의 주간 수당 금액**은 직원의 소득에 근거할 것이며, 2023년 주당 최대 혜택 수당은 $1,129.82입니다.

**가족의료휴가 부서의 고용 보장 신탁 기금에 불입하는 출연금**

2019년 10월 1일부터, Department of Family and Medical Leave (DFML) Employment Security Trust Fund(가족의료휴가부 가족 및 고용 보장 신탁 기금)에 내는 출연금 불입이 시작될 것입니다. **적용 대상 업체**는 1099-MISC 자영업 개인들의 비율이 자사 노동력의 50% 넘게 점하는 경우 자사 노동력에 포함된 모든 1099-MISC 자영업 개인들을 대신하여 DFML에 출연금을 불입해야 합니다. 출연금 비율은 매년 조정될 수 있고 첨부된 발효일 통지서에 나와 있습니다.

**청구 제출 방법**

적용 대상 개인들은 유급 가족의료휴가 소득 대체 수당 청구서를 가족의료휴가부에 그 부서의 서식을 사용하여 제출해야 합니다. 서식 및 청구 설명서는 다음 본 부서의 웹사이트에서 확인할 수 있습니다. [www.mass.gov/DFML](http://www.mass.gov/DFML).

1099-MISC 계약자는 적용 대상 업체에게 예상 휴가 개시일, 예상 휴가 기간 및 예상 복직 날짜를 최소한 30일전에 통지해야 합니다. 어쩔 수 없는 사정으로 30일 사전통지가 불가능한 경우, 가능한 한 빨리 통지해야 합니다.

**민간 보험 면제**

최소한 상기 법에 규정된 만큼 넉넉한 혜택 수당과 함께 유급 휴가를 제공하는 적용 대상 업체는 가족의료휴가부(DFML)가족 및 고용 보장 신탁 기금 출연금 불입의 면제를 신청할 수 있습니다. 적용 대상 업체는 의료휴가 출연금 면제, 가족 휴가 출연금 면제, 또는 그 두 가지 모두의 면제를 신청할 수 있습니다.

법 적용 대상 업체는 본 고지서와 동시에 민간 보험의 상세 내역을 1099-MISC 계약자들에게 제공해야 합니다.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | * 승인 받은 민간 보험이 없으며 본 부서를 통해 모든 휴가 혜택을 제공하고 있습니다.
* 가족의료휴가 혜택 모두에 대해 승인 받은 민간 보험이 있습니다.
* 가족휴가 혜택에 대해서만 승인 받은 민간 보험을 가지고 있으며, 본 부서를 통해 의료휴가 혜택을 제공합니다.
* 오직 의료휴가 혜택에 대해서만 승인 받은 민간 보험을 가지고 있으며, 본 부서를 통해 가족휴가 혜택을 제공합니다.
 |
|  | (고용주 명) |

**매사추세츠 가족의료휴가 부서(Department of Family and Medical Leave) 연락 정보**

**매사추세츠 가족의료휴가 부서(The Massachusetts Department of Family and Medical Leave)**

PO Box 838

Lawrence, MA 01842

콜 센터: (833) 344-7365

**더 자세한 내용이 입수가능함**

상세한 정보에 대해서는 가족의료휴가부의 웹사이트를 참조하십시오. [**www.mass.gov/DFML**](http://www.mass.gov/DFML%20) .

**수령**

아래 서명함으로써 귀하의 계약을 체결 시 또는 2019년 10월 1일 전에, 나중 날짜 기준, 위의 정보를 받았음을 인정하는 것입니다.

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

**서명** **날짜**

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

**이름 (인쇄체)**

귀하가 서명한 수령 통지서는 적용 대상 업체가 간직할 것입니다. 귀하 자신의 참고용으로 사본을 간직하십시오.

**효력요율: 2023년**

*25명 이상 직원이 있는업체*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **가족휴가 출연금** | **의료휴가 출연금** | **총 출연금 금액** |
| **소득의 0.11%\*** | **소득의 0.52%\*** | **소득의 0.63%\*** |

고용주는 전 직원을 대신하여 DFML에 출연금을 송부하여야 합니다. 2023년 총 출연금액은 임금의 00.63%입니다.

법에 의거해 고용주는 의료휴가 출연금의 최소 60%(임금의 0.312%)를 부담하되, 총 임금의 0.344%에 대해 직원 임금에서 의료휴가 출연금의 최대 40%(임금의 0.208%)와 가족휴가 출연금 100%(임금의 0.11%)까지를 공제하도록 허용되어 있습니다.

|  |  |
| --- | --- |
| **의료휴가** | 총 요구되는 출연금: 0.52%\* |
|  |  |  | 다음의 출연금을 불입할 것임 | **\_\_\_%** | 의료휴가 출연금 비율 |
|  | (고용주 명) | 나머지 금액  | **\_\_\_%** | 귀하의 소득에서 공제 |

|  |  |
| --- | --- |
|  **가족휴가** | 총 요구되는 출연금: 0.11%\* |
|  |  |  | 다음의 출연금을 불입할 것임 | **\_\_\_%** |  가족휴가 출연금 비율 |
|  | (고용주 명) | 나머지 금액  | **\_\_\_%** | 귀하의 소득에서 공제 |

이니셜