**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 aos Empreiteiros que Recebem o Formulário 1099-MISC***Empresas cobertas com 25 trabalhadores ou mais*
Direitos e Obrigações de acordo com a Lei de Licença Médica e Familiar de Massachusetts, M.G.L. c. 175M

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

De acordo com a Lei de Licença Médica e Familiar de Massachusetts, MGL c. 175M, uma **empresa comercial coberta** é obrigada a fornecer a cada um de seus empreiteiros que recebem o Formulário 1099-MISC, no momento da assinatura do contrato, as informações fornecidas nesta Notificação.

Uma **empresa comercial coberta** é uma empresa ou comércio que contrata indivíduos autônomos para fazerem serviços e é obrigada a informar os pagamentos a esses indivíduos no Formulário 1099-MISC do IRS, ***para mais de 50% de sua força de trabalho***.

**Esta organização:**

* **É** uma empresa comercial coberta nos termos da lei
* **Não é** uma empresa comercial coberta nos termos da lei

Se esta organização é uma **empresa comercial coberta**, ela é obrigada por lei a enviar contribuições, em nome de seus empreiteiros 1099-MISC como se fossem funcionários, conforme descrito abaixo. Consequentemente, se esta empresa for uma empresa comercial coberta, você poderá se qualificar para substituição de renda em determinadas circunstâncias, conforme descrito abaixo na seção intitulada “**Explicação dos Benefícios**.”

Se esta organização não for uma empresa comercial coberta, você ainda poderá optar por se tornar um indivíduo coberto, de acordo com a lei de Licença Médica e Familiar. Se optar por fazer isso, consulte a **Notificação de Opção para Autônomos**, para obter mais informações

**Explicação dos Benefícios**

* **Você pode ter direito 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, ou por exigência qualificante decorrente do fato de um membro da família 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.
	+ 12 semanas de licença familiar remunerada em um ano de benefícios para cuidar de um familiar com uma condição de saúde grave.
	+ 26 semanas no total, agregadas, de licença médica e familiar remunerada em um único ano de benefícios.
* **O valor do seu benefício semanal** será baseado nos rendimentos do empregado, com um benefício máximo de $1.129,82 por semana em 2023.

**Contribuições para o Fundo Fiduciário de Seguridade de Emprego do Departamento de Licença Médica e Familiar**

Em 1º de outubro de 2019, começaram as contribuições para o Fundo Fiduciário de Seguridade dos Empregados do Departamento de Licença Médica e Familiar (DFML). A **empresa comercial coberta** é obrigada a enviar contribuições para o DFML para todos os trabalhadores autônomos em sua força de trabalho que recebem o Formulário 1099-MISC, se esses trabalhadores autônomos representarem mais de 50% de sua força de trabalho. A alíquota de contribuição pode ser reajustada anualmente e pode ser encontrada na Notificação de Alíquota Afetiva, anexa.

**Como fazer uma reivindicação**

Os indivíduos cobertos devem registrar pedidos de substituição de renda familiar e médica remunerada junto ao DFML usando os formulários do Departamento. Formulários e instruções para fazer o pedido de licença estão disponíveis no site do departamento: [www.mass.gov/DFML](http://www.mass.gov/DFML).

Os empreiteiros de 1099-MISC são obrigados a fornecer um aviso prévio de pelo menos 30 dias à empresa comercial coberta da data prevista de início de uma licença, a duração prevista da licença e a data prevista de retorno ao trabalho. Um empreiteiro de 1099-MISC que não puder fornecer aviso prévio de 30 dias devido a circunstâncias além de seu controle é obrigado a fornecer uma notificação o mais rápido possível.

**Isenção de Plano Privado**

Uma empresa comercial coberta que ofereça licença remunerada com benefícios que sejam pelo menos tão generosos quanto os previstos na lei pode solicitar uma isenção do pagamento da contribuição ao Departamento de Licença Médica e Familiar e ao Fundo Fiduciário de Seguridade dos Empregados. Uma empresa comercial coberta pode solicitar uma isenção da contribuição para licença médica, contribuição para licença familiar ou ambas.

Os detalhes de qualquer plano privado devem ser fornecidos aos contratados de 1099-MISC pela empresa comercial coberta junto com esta Notificação.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | * Não possui plano privado aprovado;
* Possui plano privado aprovado para licença médica e familiar;
* Possui plano privado aprovado apenas para licença familiar;
* Possui plano privado aprovado apenas para licença médica.
 |
|  | (Nome do Empregador) |

**Informações de contato do Departamento de Licença Médica e Familiar**

**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

**Mais informações estão disponíveis**

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

**CONFIRMAÇÃO**

Sua assinatura abaixo confirma o recebimento das informações acima no momento em que seu contrato foi assinado ou antes de 1º de outubro de 2019, a data que ocorrer por último.

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

Assinatura **Data**

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

**Nome (Letra de forma)**

Sua confirmação assinada será retida pela empresa comercial coberta. Guarde uma cópia para sua referência.

**Alíquotas Efetivas: 2023**

*Para empregadores com mais de 25 empregados*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Contribuição para a Licença Familiar** | **Contribuição para a Licença Médica** | **Valor Total da Contribuição** |
| **0,11%** | **0,52%** | **0,63%** |

Em 1º de outubro de 2022, as contribuições do Fundo Fiduciário de Seguridade dos Empregados do Departamento de Licença Médica e Familiar (DFML - Department of Family and Medical Leave) foram atualizadas para o ano de 2023. Os empregadores são responsáveis por enviar as contribuições de todos os funcionários para o DFML. Em 2023, o valor total da contribuição será de 0,63% dos salários.

De acordo com a lei, os empregadores são responsáveis por um mínimo de 60% da contribuição para licença médica (0,312% dos salários), mas podem deduzir dos salários dos funcionários até 40% da contribuição para licença médica (0,208% dos salários) e até 100% da contribuição para licença familiar (0,11% do salário).

|  |  |
| --- | --- |
| **Licença médica** | Contribuição Total Exigida: 0,52% |
|  |  |  | 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 |

Iniciais \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_