**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 работодателя для подрядчиков в рамках 1099-MISC**

*Застрахованные организации, имеющие менее 25 работников*

Права и обязанности согласно Закону об отпуске по семейным обстоятельствам и состоянию здоровья, M.G.L. c. 175M

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

Согласно Закону об отпусках по семейным обстоятельствам и состоянию здоровья, M.G.L. c. 175M, **застрахованная коммерческая организация** обязана в момент заключения контракта предоставить каждому из своих подрядчиков в рамках 1099-MISC информацию, указанную в данном уведомлении.

**Застрахованная коммерческая организация** – это коммерческая или торговая организация, которая заключает с самозанятыми лицами контракты об оказании услуг и обязана отчитываться о выплатах таким лицам по форме IRS 1099-MISC ***для более чем 50 процентов своего персонала***.

**Эта организация:**

* **Является** застрахованной коммерческой организацией в соответствии с законом
* **Не является** застрахованной коммерческой организацией в соответствии с законом

Если данная организация является **застрахованной коммерческой организацией**, то в соответствии с законом она обязана перечислять взносы от имени своих подрядчиков в рамках 1099-MISC, как если бы они были сотрудниками в соответствии с приведённым ниже описанием. Соответственно, если это предприятие является застрахованной коммерческой организацией, то при определённых обстоятельствах вы можете иметь право на замену дохода, как указано ниже в разделе **"Объяснение пособий"**.

Если эта организация не относится к застрахованным коммерческим структурам, вы всё равно можете принять решение о том, чтобы стать застрахованным физическим лицом в соответствии с законом об отпуске по семейным обстоятельствам и состоянию здоровья. Если вы решите сделать это, то вы можете найти дополнительную информацию, ознакомившись с **"Уведомлением о выборе для самозанятых" (Self-Employed Notice of Election)**.

**Объяснение пособий**

* **вы можете иметь право на**
* 12 недель оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам в год выплаты пособия в связи с рождением, усыновлением или передачей ребёнка на воспитание в приёмную семью или в связи с соответствующими обстоятельствами, связанными 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, проходит медицинское лечение или иным образом устраняет последствия серьёзного заболевания, связанного с воинской службой этого члена семьи;
  + 12 недель оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам в год выплаты пособия для ухода за членом семьи с серьёзным заболеванием.
  + 26 общих недель оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам и состоянию здоровья в совокупности за один год выплаты пособия.
* **Размер вашего еженедельного пособия** будет зависеть от заработка данного работника, при этом максимальный размер пособия в 2023 году составит $1129,82 в неделю.

**Взносы в Целевой фонд обеспечения занятости Департамента по вопросам отпусков по семейным обстоятельствам и состоянию здоровья**

С 1 октября 2019 года начались отчисления в Целевой фонд обеспечения занятости Департамента по вопросам отпусков по семейным обстоятельствам и состоянию здоровья (DFML). **Застрахованная коммерческая организация** обязана отправлять взносы в DFML для всех самозанятых лиц, работающих в рамках 1099-MISC, если эти самозанятые лица составляют более 50 процентов её персонала. Ставка взноса может корректироваться ежегодно и указывается в прилагаемом уведомлении о действующей ставке.

**Как подать заявку**

Используя формы Департамента, застрахованные лица должны подавать в DFML заявки о замене дохода из средств оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам и состоянию здоровья. Формы и инструкции по подаче заявок будут доступны на веб-сайте Департамента по адресу [www.mass.gov/DFML](http://www.mass.gov/DFML).

Подрядчики в рамках 1099-MISC обязаны не менее чем за 30 дней уведомить застрахованную коммерческую организацию о предполагаемой дате начала любого отпуска, предполагаемой продолжительности отпуска и предполагаемой дате возвращения. Подрядчик в рамках 1099-MISC, который не может предоставить уведомление за 30 дней по не зависящим от него обстоятельствам, обязан предоставить уведомление как можно скорее.

**Освобождение для частных планов**

Застрахованная коммерческая организация, предлагающая оплачиваемый отпуск с пособиями, которые по крайней мере не уступают тем, что предусмотрены законом, может подать в Целевой фонд обеспечения занятости Департамента по вопросам отпусков по семейным обстоятельствам и состоянию здоровья заявку об освобождении от уплаты взноса. Работодатель может подать заявку об освобождении от уплаты взноса в счёт отпуска по состоянию здоровья, взноса в счёт отпуска по семейным обстоятельствам или обоих взносов.

Детали всех частных планов должны предоставляться подрядчикам в рамках 1099-MISC застрахованной коммерческой организацией одновременно с данным Уведомлением.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | * Не имеет утверждённого частного плана; * Имеет утверждённый частный план предоставления отпусков по семейным обстоятельствам и по состоянию здоровья; * Имеет утверждённый частный план предоставления отпусков только по семейным обстоятельствам; * Имеет утверждённый частный план предоставления отпусков только по состоянию здоровья; |
|  | (Название работодателя) |

**Контактная информация Департамента по вопросам отпусков по семейным обстоятельствам и состоянию здоровья**

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

PO Box 838

Lawrence, MA 01842

Contact Center: (833) 344-7365

**Имеется дополнительная информация**

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

**ПОДТВЕРЖДЕНИЕ**

Ваша подпись ниже подтверждает, что вы получили вышеуказанную информацию в момент заключения договора или до 1 октября 2019 года, в зависимости от того, что наступит позднее.

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

**Подпись** **Дата**

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

**Имя (печатными буквами)**

Подписанное вами подтверждение будет храниться в застрахованной коммерческой организации. Сохраните копию для архивных целей.

**Действующие ставки: 2023 год**

*Для работодателей, имеющих менее 25 сотрудников*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Взнос в счёт отпуска по семейным обстоятельствам** | **Взнос в счёт отпуска по состоянию здоровья** | **Общая сумма взноса** |
| **.11%** | **.208%** | **.318%** |

1 октября 2022 года взносы в Целевой фонд обеспечения занятости Департамента по вопросам отпусков по семейным обстоятельствам и по состоянию здоровья (DFML) были обновлены на 2023 календарный год. Работодатели несут ответственность за отправку взносов в DFML за всех сотрудников.

В 2023 году общая сумма взносов составляет 00,63% от заработной платы.

Для малых работодателей (имеющих менее 25 **застрахованных работников**) действительный взнос в счёт отпуска по семейным обстоятельствам и по состоянию здоровья составляет 00,318% от заработка. Малые работодатели несут ответственность за перечисление средств, удерживаемых из заработной платы их работников, но не обязаны делать взносы в счёт отпусков по семейным обстоятельствам и по состоянию здоровья. Если они решат полностью или частично оплатить долю застрахованных лиц, они могут это сделать, но не обязаны делать взносы.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 по семейным обстоятельствам |
|  | (Название работодателя) | а остальные | **\_\_\_%** | будут вычитаться из вашего заработка |

Инициал \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_