**Importante:** Estos documentos se ofrecen en formato Word para su conveniencia, para que sea más sencillo completar los campos 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 se deslinda de 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 de empleadores para contratistas reportados en el formulario 1099-MISC***Entidades con cobertura que tienen menos de veinticinco trabajadores*  
Derechos y obligaciones según la Ley de Permiso Familiar y Médico de Massachusetts, capítulo 175M de las Leyes Generales de Massachusetts (M. G. L., por sus siglas en inglés)

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

De acuerdo con la Ley de Permiso Familiar y Médico de Massachusetts, capítulo 175M de las M. G. L., una **entidad comercial con cobertura** debe brindar a cada uno de sus contratistas reportados en el formulario 1099-MISC, en el momento en que se realiza el contrato, la información que se brinda en este Aviso.

Una **entidad comercial con cobertura** es una empresa o comercio que contrata trabajadores autónomos para que brinden servicios y que debe reportar el pago a dichas personas en el Formulario 1099-MISC del IRS ***para más del cincuenta por ciento de su fuerza laboral***.

**Esta organización:**

* **Es** una entidad comercial con cobertura de acuerdo con la ley
* **No es** una entidad comercial con cobertura de acuerdo con la ley

Si esta organización es una **entidad comercial con cobertura**, la ley exige que realice contribuciones a nombre de sus contratistas reportados en el formulario 1099-MISC como si fueran empleados, según se detalla abajo. En consecuencia, si esta empresa es una entidad comercial con cobertura, usted podría ser elegible para el reemplazo de ingresos en ciertas circunstancias que se detallan abajo en la sección «**Explicación de los beneficios**».

Si esta organización no es una entidad comercial con cobertura, usted, de todas formas, podría elegir pasar a ser una persona con cobertura de acuerdo con la Ley de Permiso Familiar y Médico. Si desea hacerlo, por favor, consulte el **Aviso de elección para trabajadores autónomos**, para acceder a más información.

**Explicación de los beneficios**

* **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; 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.
* 12 semanas de permiso familiar pagado, en un año de beneficios, para atender a un pariente con una enfermedad grave.
* 26 semanas totales entre el permiso médico y familiar pagado, en un único año de beneficios.
* La **suma de su beneficio semanal** se calculará sobre la base de las ganancias del empleado, con un beneficio máximo de $1.129,82 por semana en 2023.

**Contribuciones al Fondo Fiduciario de la Seguridad Laboral, del Departamento de Permiso Familiar y Médico**

El 1.o de octubre de 2019, comenzaron las contribuciones al Fondo Fiduciario de la Seguridad Laboral, del Departamento de Permiso Familiar y Médico (DFML, por sus siglas en inglés). La **entidad comercial con cobertura** debe enviar contribuciones al DFML para todas las personas que sean trabajadores autónomos reportados en el formulario 1099-MISC y que se encuentren en su fuerza laboral, si dichos trabajadores autónomos constituyen más del cincuenta por ciento de su fuerza laboral. La tasa de la contribución podría ajustarse cada año, y puede encontrarla en el aviso de tasas aplicables adjunto.

**Cómo presentar una solicitud**

Las personas con cobertura deben presentar solicitudes ante el DFML para el reemplazo de ingresos familiares y médicos pagados, usando los formularios del Departamento. Encontrará los formularios y las instrucciones para las solicitudes en el sitio web del Departamento: [www.mass.gov/DFML](http://www.mass.gov/DFML).

Los contratistas reportados en el formulario 1099-MISC deben notificar a la entidad comercial con cobertura, con al menos 30 días de antelación, la fecha prevista de inicio del permiso, su duración prevista y la fecha esperada de regreso. El contratista reportado en el formulario 1099-MISC que no pueda dar una notificación con 30 días de antelación debido a circunstancias fuera de su control, deberá hacerlo tan pronto como sea posible.

**Exención para planes privados**

La entidad comercial con cobertura que ofrece un permiso pagado con beneficios que tienen, como mínimo, el mismo alcance que los beneficios concedidos por la ley, podrá solicitar la exención del pago de las contribuciones al Fondo Fiduciario de Seguridad de la Familia y del Empleo, del Departamento de Permiso Familiar y Médico. La entidad comercial con cobertura podrá solicitar la exención de la contribución para el permiso médico, el permiso familiar o ambos.

Los detalles de cualquier plan privado deben brindarse a los contratistas reportados en el formulario 1099-MISC por una entidad comercial con cobertura al mismo tiempo que se entrega este Aviso.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | * No cuenta con un plan privado aprobado. * Tiene un plan privado aprobado para permisos tanto familiares como médicos. * Tiene un plan privado aprobado para permisos familiares solamente. * Tiene un plan privado aprobado para permisos médicos solamente. |
|  | (Nombre del empleador) |

**Información de contacto del Departamento de Permiso Familiar y Médico**

**Departamento de Permiso Familiar y Médico de Massachusetts**

PO Box 838

Lawrence, MA 01842

Centro de contacto: (833) 344-7365

**Más información disponible**

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

**ACEPTACIÓN**

Su firma abajo indica que usted acepta haber recibido la información que aparece arriba en el momento de celebrarse su contrato o antes del 1.o de octubre de 2019, lo que haya sucedido con fecha más reciente.

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

**Firma** **Fecha**

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

**Aclaración de la firma**

Su aceptación firmada será retenida por la entidad comercial con cobertura. Por favor, conserve una copia para su propia referencia.

# **Tasas aplicables: 2023**

*Para empleadores con menos de veinticinco empleados*

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

El 1.o de octubre de 2022, se actualizaron las contribuciones realizadas al Fondo Fiduciario de la Seguridad Laboral, del Departamento de Permiso Familiar y Médico (DFML), para el año calendario 2023. Los empleadores son responsables de enviar contribuciones al DFML para todos los empleados.

En 2023, el monto total de las contribuciones es el 0,63 % de los salarios y se divide de la siguiente forma.

Para los pequeños empleadores (con menos de veinticinco **trabajadores con cobertura**), la contribución aplicable para el permiso familiar y médico es el 0,318 % de las ganancias. Los pequeños empleadores son responsables de remitir los fondos que se retienen del sueldo de sus empleados, pero no tienen que realizar contribuciones ni para el permiso familiar ni para el permiso médico. Si deciden pagar una parte o todo lo que les corresponde a las personas con cobertura, pueden hacerlo, pero no tienen ninguna obligación de realizar contribuciones.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |

Iniciales:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_