**ໂປດຊາບ:** ເອກະສານເຫຼ່ານີ້ແມ່ນສະໜອງໃຫ້ໃນຮູບແບບເວີດ (Word) ເພື່ອຄວາມສະດວກຂອງທ່ານໃນການກອກຂໍ້ມູນໃສ່ປ່ອງຂໍ້ມູນໄດ້ງ່າຍຂຶ້ນ, ປ່ຽນແປງການຈັດຮູບແບບເລັກນ້ອຍ (ເຊັ່ນ ການໃສ່ໂລໂກ້ຂອງບໍລິສັດ) ຫຼື ການເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບນະໂຍບາຍສະເພາະຂອງບໍລິສັດ. ນາຍຈ້າງມີໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບໃນການແກ້ໄຂ, ການດັດແກ້ປັບປຸງ, ການເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ການລົບຂໍ້ມູນທີ່ເຂົາເຈົ້າຕ້ອງການເຮັດໃນແບບຟອມເຫຼ່ານີ້. ທາງພະແນກການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວແລະທາງການແພດ (DFML) ປະຕິເສດຄວາມຮັບຜິດຊອບໃດໆໃນການດັດແກ້ແບບຟອມເຫຼ່ານີ້ ແລະບໍ່ສາມາດຮັບປະກັນໄດ້ວ່າແບບຟອມໃດໜຶ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການດັດແກ້ຈາກຕົ້ນສະບັບແມ່ນເປັນໄປຕາມຂໍ້ກຳນົດ.

**ແຈ້ງການສຳລັບບໍລິສັດທີ່ມີລູກຈ້າງ 25 ຄົນຂຶ້ນໄປ - ຄຳແນະນຳໃນການນຳໃຊ້ແຈ້ງການ**

ໃນຖານະທີ່ເປັນນາຍຈ້າງໃນລັດ Massachusetts ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງແຈ້ງໃຫ້ລູກຈ້າງຂອງທ່ານໃນລັດ Massachusetts ແລະລູກຈ້າງທີ່ເຮັດວຽກໃຫ້ທ່ານຕາມສັນຍາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຮູ້ກ່ຽວກັບສິດແລະພາລະໜ້າທີ່ຂອງເຂົາເຈົ້າພາຍໃຕ້ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວແລະທາງການແພດໂດຍໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງຂອງລັດ Massachusetts (Massachusetts Paid Family and Medical Leave ຫຼື PFML). ໃນການແຈ້ງສິດແລະພາລະໜ້າທີ່ດັ່ງກ່າວນີ້ ທ່ານອາດຈະໃຫ້ແບບຟອມນີ້ແກ່ພະນັກງານຂອງທ່ານແລະລູກຈ້າງທີ່ເຮັດວຽກໃຫ້ທ່ານຕາມສັນຍາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ. ທ່ານຍັງສາມາດສ້າງ ຫຼືນຳໃຊ້ແຈ້ງການທີ່ແຕກຕ່າງຈາກແຈ້ງການສະບັບນີ້ຕາມທີ່ທ່ານເລືອກເອງກໍ່ໄດ້ ຕາບໃດທີ່ແຈ້ງການສະບັບທີ່ທ່ານໃຊ້ນັ້ນໃຫ້ຂໍ້ມູນດຽວກັນກັບທີ່ກົດໝາຍກຳນົດໄວ້.

ແບບຟອມນີ້ແມ່ນສຳລັບນາຍຈ້າງທີ່ມີພະນັກງານ ແລະລູກຈ້າງທີ່ເຮັດວຽກໃຫ້ທ່ານຕາມສັນຍາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໃນລັດ Massachusetts 25 ຄົນຂຶ້ນໄປ. ຖ້າທ່ານມີພະນັກງານ ແລະລູກຈ້າງທີ່ເຮັດວຽກໃຫ້ທ່ານຕາມສັນຍາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໃນລັດ Massachusetts ໜ້ອຍກວ່າ 25 ຄົນ ກະລຸນາໃຊ້ແບບຟອມ [Employer notice for a workforce with fewer than 25 covered individuals form](https://www.mass.gov/info-details/pfml-workforce-notifications-and-rate-sheets-for-massachusetts-employers#2023-notice-for-workforce-with-fewer-than-25-covered-individuals-). ເຊັ່ນດຽວກັນ ຖ້າທ່ານເຮັດວຽກຮ່ວມກັບບຸຄຄົນທີ່ເປັນຜູ້ປະກອບອາຊີບອິດສະຫຼະຜູ້ທີ່*ບໍ່ແມ່ນ*ລູກຈ້າງທີ່ເຮັດວຽກໃຫ້ທ່ານຕາມສັນຍາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງທ່ານອາດຈະໃຫ້ແຈ້ງການ [Employer notice to self-employed individuals for a workforce with fewer than 25 covered individuals form](https://www.mass.gov/doc/2023-employer-notice-to-self-employed-individual-for-a-workforce-with-less-than-25-covered-individuals) ເພື່ອແຈ້ງໃຫ້ເຂົາເຈົ້າຮູ້ກ່ຽວກັບທາງເລືອກໃນການເລືອກຄວາມຄຸ້ມຄອງສຳລັບຕົນເອງ. ສາມາດດາວໂຫຼດແບບຟອມເຫຼົ່ານີ້ໄດ້ທີ່ [mass.gov/dfml](https://massgov.sharepoint.com/sites/EOL-DFML-Teams/Shared%20Documents/PFML/Stakeholder%20Engagement/Content_Forms%20Repository/Workplace%20Posters%20and%20Notifications/2024/Notifications_Rate%20Sheets/mass.gov/dfml).

ໃນການໃຊ້ແບບຟອມນີ້ ຂັ້ນທຳອິດທ່ານຕ້ອງກອກ:

1. ຕາຕະລາງໃນໜ້າ 2 ທີ່ລະບຸວ່າທ່ານມີແຜນປະກັນເອກະຊົນທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ ຫຼື ບໍ່;
2. ຕາຕະລາງໃນໜ້າ 5 ທີ່ລະບຸຈຳນວນເປີເຊັນເງິນສົມທົບໃນສ່ວນຂອງລູກຈ້າງທີ່ຈະຖືກຫັກອອກຈາກຄ່າງຈ້າງຂອງລູກຈ້າງ ແລະຈຳນວນເປີເຊັນທີ່ທ່ານຈະຈ່າຍ (ຖ້າມີ);
3. ຕາຕະລາງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບນາຍຈ້າງໃນໜ້າ 6;
4. ໝາຍເອົາກ່ອງໃນໜ້າ 2 ທີ່ລະບຸວ່າພະນັກງານຈະສາມາດຊອກຫາຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບແຜນປະກັນເອກະຊົນຂອງທ່ານໄດ້ບ່ອນໃດ, ຖ້າມີ. (ໝາຍເອົາຂໍ້ ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງ ຖ້າທ່ານເຂົ້າຮ່ວມໃນກອງທຶນ Trust Fund ຂອງລັດ.)

ເມື່ອທ່ານໄດ້ກອກຂໍ້ມູນໃນພາກສ່ວນເຫຼ່ານີ້ແລ້ວ ໃຫ້ສົ່ງໜ້າ 2-6 ຂອງແບບຟອມນີ້ໃຫ້ແກ່ພະນັກງານ ແລະລູກຈ້າງທີ່ເຮັດວຽກໃຫ້ທ່ານຕາມສັນຍາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານເພື່ອໃຫ້ເຂົາເຈົ້າກວດກາເບິ່ງແລະລົງລາຍເຊັນ.

ແຈ້ງການໃຫ້ລູກຈ້າງຮູ້ກ່ຽວກັບການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວແລະທາງການແພດໂດຍໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ **(**ລູກຈ້າງ **25** ຄົນຂຶ້ນໄປ**)**

***ກະລຸນາອ່ານແຈ້ງການສະບັບນີ້ຢ່າງລະມັດລະວັງ. ແຈ້ງການສະບັບນີ້ມີຂໍ້ມູນສຳຄັນກ່ຽວກັບສິດ, ພາລະໜ້າທີ່ ແລະການມີສິດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ ພາຍໃຕ້ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວແລະທາງການແພດໂດຍໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງຂອງລັດ Massachusetts (PFML). ກະລຸນາເກັບຮັກສາແຈ້ງການສະບັບນີ້ໄວ້ເປັນຫຼັກຖານຂອງທ່ານເອງ.***

ກົດໝາຍ PFML ຂອງລັດ Massachusetts ໃຫ້ສິດແກ່ລູກຈ້າງສ່ວນຫຼາຍໃນລັດ Massachusetts ໃນການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວແລະທາງການແພດໂດຍໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ. ສິດຕ່າງໆເຫຼ່ານີ້ແມ່ນໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ຕື່ມອີກຂ້າງລຸ່ມນີ້ ແລະລວມທັງ (1) ການຄຸ້ມຄອງການຈ້າງງານເມື່ອພະນັກງານກັບຄືນມາເຮັດວຽກ ແລະ (2) ເງິນຊົດເຊືຍແຮງງານບາງສ່ວນເມືອພະນັກງານລາຢຸດ. ນາຍຈ້າງສາມາດ ສະໜອງສິດປະໂຫຍດເຫຼ່ານີ້ໃຫ້ໂດຍການ (1) ເຂົ້າຮ່ວມໃນກອງທຶນ PFML Trust Fund ທີ່ດຳເນີນການໂດຍພະແນກການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວແລະທາງການແພດຂອງລັດ Massachusetts (ພະແນກ) ຫຼື (2) ສະໜອງແຜນປະກັນເອກະຊົນທີ່ໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນທີ່ສະເໜີສິດປະໂຫຍດທີ່ຢ່າງໜ້ອຍດີເທົ່າກັນກັບແຜນປະກັນທີ່ເຮັດໂດຍຜ່ານພະແນກ.

ບໍ່ວ່ານາຍຈ້າງຂອງທ່ານຈະເຂົ້າຮ່ວມໃນກອງທຶນ Trust Fund ຂອງລັດ ຫຼືມີແຜນປະກັນເອກະຊົນ ທ່ານກໍ່ຈະມີສິດໃນການໄດ້ຮັບສິດປະໂຫຍດແລະຄວາມຄຸ້ມຄອງບາງຢ່າງ. ທ່ານອາດຈຳເປັນຕ້ອງຈ່າຍເງິນສົມທົບທີ່ເປັນສ່ວນຂອງທ່ານເຂົ້າໃນກອງທຶນ Trust Fund ຫຼື ຈ່າຍໃຫ້ກັບແຜນປະກັນເອກະຊົນຂອງນາຍຈ້າງຂອງທ່ານກໍ່ໄດ້ ແຕ່ຈ່າຍສູງສຸດເປັນຈຳນວນໃດໜຶ່ງເທົ່ານັ້ນ. ທ່ານຍັງຈຳເປັນຕ້ອງແຈ້ງໃຫ້ນາຍຈ້າງຮູ້ເມື່ອທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງລາຢຸດ ແລະທ່ານຈະຕ້ອງຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອກັບພະແນກ ຫຼືຜ່ານແຜນປະກັນເອກະຊົນຂອງນາຍຈ້າງຂອງທ່ານ.

ນາຍຈ້າງສາມາດສະໝັກຂໍຮັບການຍົກເວັ້ນຈາກການຈ່າຍເງິນສົມທົບການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງການແພດ, ການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວ ຫຼື ທັງສອງຢ່າງ. ນາຍຈ້າງຂອງທ່ານຈະຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບແຜນປະກັນເອກະຊົນ ແລະຂັ້ນຕອນການສະໝັກໃຫ້ທ່ານ. ນາຍຈ້າງຂອງທ່ານໄດ້ຈັດຫາຂໍ້ມູນໄວ້ໃຫ້ດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

* ໃນກ່ອງຂ້າງລຸ່ມ
* ເປັນເອກະສານຄັດຕິດມາພ້ອມແຈ້ງການສະບັບນີ້
* ອື່ນໆ:
* ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງ (ນາຍຈ້າງຈ່າຍເງິນສົມທົບເຂົ້າໃນກອງທຶນTrust Fund)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | * ບໍ່ມີແຜນປະກັນເອກະຊົນທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ ແລະສະໜອງສິດປະໂຫຍດໃນການລາຢຸດທັງໝົດຜ່ານພະແນກ;
* ມີແຜນປະກັນເອກະຊົນທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດສຳລັບ ສິດປະໂຫຍດໃນການລາຢຸດທັງດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວ ແລະທາງການແພດ;
* ມີແຜນປະກັນເອກະຊົນທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດສຳລັບ ສິດປະໂຫຍດໃນການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວເທົ່ານັ້ນ ແລະສະໜອງສິດປະໂຫຍດໃນການລາວຽກດ້ວຍເຫດຜົນທາງການແພດໂດຍຜ່ານພະແນກ;
* ມີແຜນປະກັນເອກະຊົນທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດສຳລັບ ສິດປະໂຫຍດໃນການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງການແພດ ເທົ່ານັ້ນ ແລະສະໜອງສິດປະໂຫຍດໃນການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວໂດຍຜ່ານພະແນກ.
 |
|  | (ຊື່ນາຍຈ້າງ)(ຊື່ແຜນປະກັນເອກະຊົນ)(ເບີໂທລະສັບແຜນປະກັນເອກະຊົນ)(ທີ່ຢູ່ແຜນປະກັນເອກະຊົນ)(ເວັບໄຊແຜນປະກັນເອກະຊົນ) |

1. ຄຳອະທິບາຍກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດ

***ການຈັດສັນວັນລາຢຸດ.*** ພາຍໃຕ້ກົດໝາຍ PFML ທ່ານອາດຈະມີສິດລາຢຸດໄດ້ເຖິງ:

* 12 ອາທິດໃນໜຶ່ງປີຜົນປະໂຫຍດໃນການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວໂດຍໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ ສຳລັບການຄອດບຸດ, ການອຸປະກາລະບຸດບຸນທຳ ຫຼື ການຈັດຫາທີ່ຢູ່ອາໄສໃຫ້ລູກອຸປະຖຳ ຫຼື ຍ້ອນຄວາມຈຳເປັນເລັ່ງດ່ວນຕາມເກນກຳນົດ ເນື່ອງຈາກຂໍ້ເທັດຈິງທີ່ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຄົນໃດໜຶ່ງຕ້ອງເຂົ້າປະຈຳການທາງທະຫານ ຫຼື ໄດ້ຮັບແຈ້ງວ່າມີການ ເອີ້ນຕົວໃຫ້ໄປປະຈຳການທາງທະຫານໃນກອງທັບທີ່ກຳລັງຈະເກີດຂຶ້ນ;
* 20 ອາທິດໃນໜຶ່ງປີຜົນປະໂຫຍດໃນການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວໂດຍໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ ຖ້າເຂົາເຈົ້າມີອາການ ເຈັບປ່ວຍຮ້າຍແຮງຈົນເຮັດໃຫ້ເຂົາເຈົ້າບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກໄດ້;
* 26 ອາທິດໃນໜຶ່ງປີຜົນປະໂຫຍດໃນການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວໂດຍໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ ເພື່ອເບິ່ງແຍງສະມາຊິກໃນຄອບຄົວທີ່ເປັນສະມາຊິກທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງທີ່ກຳລັງໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວທາງການແພດ ຫຼືທີ່ກຳລັງ ແກ້ໄຂບັນຫາທີ່ເກີດຈາກອາການເຈັບປ່ວຍຮ້າຍແຮງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການປະຕິບັດໜ້າທີ່ໃນກອງທັບຂອງສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ;
* ລວມທັງໝົດ 26 ອາທິດໃນໜຶ່ງປີຜົນປະໂຫຍດ ໃນການລາຢຸດທັງດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວແລະທາງການແພດ.

ໜຶ່ງ “ປີຜົນປະໂຫຍດ” ແມ່ນ 12 ເດືອນກ່ອນວັນອາທິດກ່ອນທີ່ທ່ານຈະເລີ່ມລາຢຸດ.

***ການລາຢຸດອື່ນໆ*.** ການລາຢຸດໃດໜຶ່ງ ບໍ່ວ່າຈະໄດ້ຮັບຫຼືບໍ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງກໍ່ຕາມ ດ້ວຍເຫດຜົນດຽວກັນທີ່ມີສິດຕາມທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ ຈະຖືກນັບລວມກັນເປັນຈຳນວນວັນລາຢຸດຂອງທ່ານໃນປີຜົນປະໂຫຍດນັ້ນ.

***ສີດໃນການລາຢຸດ*.** ທ່ານຈະມີສິດໃນການລາຢຸດແລະໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງຊົດເຊີຍຖ້າທ່ານມີຄຸນສົມບັດຕາມການທົດສອບກ່ຽວກັບລາຍໄດ້. ທ່ານຕ້ອງມີລາຍໄດ້ໂດຍໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງຢ່າງໜ້ອຍ 30 ເທົ່າຂອງຈຳນວນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ຄາດໄວ້ ແລະ [ມີຄຸນສົມບັດຕາມເກນລາຍໄດ້ ຂັ້ນຕ່ຳທີ່ກຳນົດທຸກປີໂດຍພະແນກຊ່ວຍເຫຼືອການຫວ່າງງານ (DUA)](https://www.mass.gov/info-details/check-eligibility-for-unemployment-benefits#:~:text=Have%20earned%20at%20least%3A,would%20be%20eligible%20to%20collect) ເຊິ່ງເປັນຈຳນວນ 6,300 ໂດລາສຳລັບປີ 2024 ໃນຊ່ວງ 4 ໄຕມາດ ທີ່ຄົບຖ້ວນຫຼ້າສຸດ. (ນີ້ແມ່ນຈຳນວນທີ່ຄິດໄລ່ໃນພວກສ່ວນ “ການຈ່າຍເງິນຊົດເຊີຍແຮງງານ” ຂ້າງລຸ່ມນີ້.)

***ການຈ່າຍເງິນຊົດເຊົຍແຮງງານ.*** ເມື່ອທ່ານລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນໃດໜຶ່ງທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ບ້າງເທິງ ທ່ານຈະມີສິດຍື່ນຄຳຮ້ອງຕໍ່ກັບ ພະແນກ ຫຼືແຜນປະກັນເອກະຊົນຂອງນາຍຈ້າງຂອງທ່ານເພື່ອຂໍຮັບສິດປະໂຫຍດໃນການໄດ້ຮັບເງິນຊົດເຊິຍແຮງງານ. ສິດປະໂຫຍດເຫຼ່ານີ້ຈະເປັນອັດຕາສ່ວນຂອງລາຍໄດ້ສະເລ່ຍປະຈຳອາທິດຂອງທ່ານ. ຈຳນວນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອສູງສຸດທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈະເປັນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

* 80% ຂອງລາຍໄດ້ ຈົນເຖິງ 50% ຂອງຄ່າຈ້າງສະເລ່ຍປະຈຳອາທິດຂອງລັດ
* 50% ຂອງລາຍໄດ້ທີ່ສູງກວ່າຄ່າຈ້າງສະເລ່ຍປະຈຳອາທິດຂອງລັດ
* ຈະບໍ່ມີການຈ່າຍເງິນເກີນກວ່າຈຳນວນສູງສຸດ ບໍ່ວ່າໃນກໍລະນີໃດໆ. ສຳລັບປີ 2024 ຈຳນວນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອສູງສຸດນີ້ແມ່ນ $1,149.90 ໂດລາ. ເງິນຈຳນວນນີ້ຈະຖືກປັບປ່ຽນໃນແຕ່ລະປີ ໂດຍອີງໃສ່ຄ່າຈ້າງສະເລ່ຍປະຈຳອາທິດຂອງລັດທີ່ເພີ່ມຂຶ້ນ.

ແຜນປະກັນເອກະຊົນອາດຈະເລືອກທີ່ຈະໃຫ້ສິດປະໂຫຍດທີ່ສູງກວ່ານີ້ ແຕ່ຈະບໍ່ສາມາດໃຫ້ສິດປະໂຫຍດທີ່ຕ່ຳກວ່າຈຳນວນທີ່ທາງ ພະແນກຈະຈ່າຍໃຫ້ໄດ້.

***ການຈ່າຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອພ້ອມກັນ****.* ໃນກໍລະນີທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈາກແຫຼ່ງອື່ນໃນຂະນະທີ່ທ່ານກໍ່ໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ ທາງພະແນກ ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກພະແນກອາດຈະຫຼຸດລົງ. ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນໆບາງຢ່າງອາດຈະເຮັດໃຫ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກພະແນກຫຼຸດລົງໃນອັດຕາໜຶ່ງຕໍ່ໜຶ່ງ. ນີ້ໝາຍຄວາມວ່າແຕ່ລະໂດລາຂອງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອເຫຼ່ານີ້ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈາກພະແນກຈະຫຼຸດລົງໜຶ່ງໂດລາ. ສິດປະໂຫຍດທີ່ຈະມີຜົນກະທົບນີ້ລວມເຖິງ:

* ເງິນຊົດເຊີຍແຮງງງານ
* ເງິນປະກັນການຫວ່າງງານ
* ນະໂຍບາຍ ຫຼື ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານຄວາມພິການຖາວອນ
* ການຂະຫຍາຍວັນລາຢຸດ ການລາຢຸດໂດຍຂໍຍືມເຄຣດິດວັນລາຈາກທະນາຄານວັນລາຢຸດ

ສິດປະໂຫຍດໃນຮູປແບບອື່ນຈະບໍ່ເຮັດໃຫ້ສິດປະໂຫຍດທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກພະແນກອາດຈະຫຼຸດລົງ ເວັ້ນເສີຍແຕ່ວ່າຈຳນວນທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບນັ້ນຈະສູງກວ່າຈຳນວນທັງໝົດຂອງຄ່າຈ້າງສະເລ່ຍປະຈຳອາທິດ. ສິດປະໂຫຍດທີ່ຈະມີຜົນກະທົບນີ້ລວມເຖິງ:

* ນະໂຍບາຍ ຫຼື ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານຄວາມພິການຊົ່ວຄາວ (ລວມທັງຄວາມພິການໄລຍະສັ້ນ ແລະຄວາມພິການໄລຍະຍາວ)
* ນະໂຍບາຍ ຫຼື ໂຄງການການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວ ແລະ/ຫຼື ນະໂຍບາຍ ຫຼື ໂຄງການການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນ ທາງການແພດທີ່ນາຍຈ້າງເປັນຜູ້ດຳເນີນການ

***ການໃຊ້ສິດປະໂຫຍດດ້ານການຈ່າຍເງິນ PFML. ໃຫ້ສູງສຸດ*** ສໍາລັບຄໍາຮ້ອງທີ່ຍື່ນໃນວັນທີ ຫຼືຫຼັງຈາກວັນທີ 1 ພະຈິກ 2023, ພະນັກງານທີ່ກຳລັງໄດ້ຮັບສິດປະໂຫຍດ PFML ອາດຈະລາເສີມ (ຫຼື "ໃຫ້ມີການຈ່າຍເງິນສູງສຸດ") ເຊິ່ງເປັນເງິນສິດປະໂຫຍດ PFML ຂອງເຂົາເຈົ້າດ້ວຍການລາຢຸດພັກຜ່ອນທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງທີ່ມີຢູ່ (ລາຢຸດເມື່ອເຈັບປ່ວຍ, ລາຢຸດພັກຜ່ອນ, ຢຸດງານໂດຍໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ (PTO), ລາຢຸດສ່ວນຕົວ ແລະອື່ນໆ). ສໍາລັບພະນັກງານທີ່ເລືອກທີ່ຈະລາເສີມ PFML ຂອງເຂົາເຈົ້າດ້ວຍວິທີນີ້ ຍອດລວມຂອງສິດປະໂຫຍດ PFML ປະຈໍາອາທິດແລະເງິນສິດປະໂຫຍດທີ່ນາຍຈ້າງຈ່າຍໃຫ້ຈະຕ້ອງບໍ່ເກີນຄ່າຈ້າງສະເລ່ຍປະຈໍາອາທິດ (IAWW). ນາຍຈ້າງຈະມີໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບໃນການຕິດຕາມ ແລະ ຮັບປະກັນວ່າຍອດລວມຂອງເງິນສິດປະໂຫຍດປະຈໍາອາທິດທີ່ນາຍຈ້າງໄດ້ໃຫ້ ແລະສິດປະໂຫຍດ PFML ບໍ່ເກີນ IAWW ຂອງພະນັກງານ. ນາຍຈ້າງຍັງມີຄວາມຮັບຜິດຊອບເຊັ່ນກັນໃນການຈັດການດ້ານການຈ່າຍເງິນໃດໆໃຫ້ພະນັກງານທີ່ເກີນ IAWW ຂອງພະນັກງານ. ທາງພະແນກບໍ່ໄດ້ມີສ່ວນຮ່ວມໃນຂັ້ນຕອນການຈ່າຍຄືນສໍາລັບເງິນທີ່ຈ່າຍໃຫ້ເກີນ. ຂັ້ນຕອນນີ້ແມ່ນເປັນຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງນາຍຈ້າງແລະລູກຈ້າງເທົ່ານັ້ນ.

ຖ້າມີການຍື່ນຄຳຮ້ອງໃນວັນທີ ຫຼືຫຼັງຈາກວັນທີ 1 ພະຈິກ 2023, ໃບຄຳຮ້ອງທີ່ຍື່ນຍ້ອນຫຼັງສຳລັບການລາຢຸດທີ່ເລີ່ມກ່ອນວັນທີ 1 ພະຈິກ 2023 ຈະມີສິດໄດ້ຮັບການໃຊ້ສິດປະໂຫຍດດ້ານການຈ່າຍເງິນສູງສຸດ.

1. **ສິດຂອງລູກຈ້າງແລະຄວາມຄຸ້ມຄອງຕ່າງໆ**

***ການຄຸ້ມຄອງການຈ້າງງານ.*** ໂດຍທົ່ວໄປ ຖ້າທ່ານລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວຫຼືທາງການແພດ ແລະເມື່ອທ່ານກັບຄືນມາເຮັດວຽກ ນາຍຈ້າງຕ້ອງໃຫ້ທ່ານກັບຄືນມາເຮັດວຽກໃນຕຳແໜ່ງເກົ່າ ຫຼືຕຳແໜ່ງທີ່ເທົ່າທຽມກັນ ດ້ວຍສະຖະນະການຈ້າງງານດຽວກັນ, ຄ່າຈ້າງ, ສິດປະໂຫຍດຈາກການຈ້າງງານ, ໄລຍະເວລາໃນການໄດ້ຮັບເຄຣດິດຈາກການເຮັດວຽກ ແລະລະດັບຄວາມອາວຸໂສເທົ່າກັນ ຄືເກົ່າກັບວັນທີ່ທ່ານເລີ່ມຕົ້ນລາຢຸດ. ການຄຸ້ມຄອງນີ້ອາດຈະບໍ່ສາມາດນຳໃຊ້ໄດ້ຖ້າຕຳແໜ່ງງານຂອງທ່ານຖືກຕັດອອກຍ້ອນເຫດຜົນດ້ານເສດຖະກິດທີ່ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການໃຊ້ວັນລາຢຸດຂອງທ່ານ.

***ການສືບຕໍ່ການປະກັນສຸຂະພາບ.*** ນາຍຈ້າງຂອງທ່ານຕ້ອງສືບຕໍ່ສະໜອງສິດປະໂຫຍດ ແລະຈ່າຍເງິນສົມທົບເຂົ້າໃນສິດປະໂຫຍດ ຈາກການປະກັນສຸຂະພາບທີ່ກ່ຽວຊ້ອງກັບການຈ້າງງານຂອງທ່ານຖ້າມີ, ໃນລະດັບແລະພາຍໃຕ້ເງື່ອນໄຂການຄຸ້ມຄອງທີ່ຄວນຈະຕ້ອງ ສະໜອງໃຫ້ຖ້າທ່ານສືບຕໍ່ເຮັດວຽກໃນໄລຍະທີ່ທ່ານລາຢຸດດັ່ງກ່າວ. ນາຍຈ້າງຂອງທ່ານອາດຈະກຳນົດໃຫ້ທ່ານສືບຕໍ່ຈ່າຍຄ່າເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບໃນສ່ວນຂອງທ່ານ ດ້ວຍຂໍ້ກຳນົດແລະເງື່ອນໄຂດຽວກັນກັບກ່ອນທີ່ທ່ານຈະລາຢຸດ.

***ການບໍ່ຕອບໂຕ້*.** ການທີ່ນາຍຈ້າງລາຍໃດໜື່ງຈະເລືອກປະຕິບັດ ຫຼື ຕອບໂຕ້ທ່ານໃນການທີ່ທ່ານໃຊ້ສິດໃດໆກໍ່ຕາມທີ່ທ່ານມີພາຍໃຕ້ ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວແລະທາງການແພດໂດຍໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງແມ່ນເປັນເລື່ອງຜິດກົດໝາຍ. ລູກຈ້າງ ຫຼື ອະດີດລູກຈ້າງທີ່ຖືກຕອບໂຕ້ໃນການໃຊ້ສິດພາຍໃຕ້ກົດໝາຍນີ້ອາດຈະສາມາດດຳເນີນການຮ້ອງຟ້ອງຄະດີແພ່ງໃນສານສູງໄດ້ ແຕ່ບໍ່ເກີນສາມປີຫຼັງຈາກວັນທີ່ເກີດການລະເມີດຂຶ້ນ.

1. **ຈຳນວນເງິນສົມທົບ**

ເພື່ອຊ່ວຍສົມທົບທຶນສິດປະໂຫຍດໃນການລາຢຸດໂດຍໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງທີ່ມີໃຫ້ພາຍໃຕ້ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍ PFML ນາຍຈ້າງຂອງທ່ານ ອາດຈະສາມາດຈ່າຍເງິນສົມທົບ, ຈ່າຍເງິນທຶນບາງສ່ວນໂດຍຫັກອອກຈາກເງິນຄ່າຈ້າງຂອງທ່ານ ເຊິ່ງຈະເປັນການຈ່າຍເຂົ້າໄປໃນ ກອງທຶນ Trust Fund ຫຼື ຈ່າຍໃຫ້ຜູ້ປະກອບການແຜນປະກັນເອກະຊົນຂອງນາຍຈ້າງຂອງທ່ານກໍ່ໄດ້. ນາຍຈ້າງທີ່ຈ່າຍເງຶນສົມທົບ ເຂົ້າໄປໃນກອງທຶນ Trust Fund ຈະຕ້ອງຈ່າຍເງິນຈຳນວນດັ່ງ ຕໍ່ໄປນີ້:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ເງິນສົມທົບການລາຢຸດ ດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວ** | **ເງິນສົມທົບການລາຢຸດ ດ້ວຍເຫດຜົນທາງການແພດ** | **ຈຳນວນເງິນສົມທົບທັງໝົດ** |
| **.18% ຂອງລາຍໄດ້** | **.70% ຂອງລາຍໄດ້** | **.88% ຂອງລາຍໄດ້** |

ເນື່ອງຈາກນາຍຈ້າງຂອງທ່ານມີລູກຈ້າງທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງ 25 ຄົນຂຶ້ນໄປ ຈຳນວນເງິນສົມທົບທັງໝົດແມ່ນ 0.88% ຂອງຄ່າຈ້າງ.

ພາຍໃຕ້ກົດໝາຍ ນາຍຈ້າງມີໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບຈ່າຍເງິນຂັ້ນຕ່ຳ 60% ຂອງເງິນສົມທົບການລາດ້ວຍເຫດຜົນທາງການແພດ (.42% ຂອງຄ່າຈ້າງ) ແຕ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ຫັກອອກຈາກຄ່າຈ້າງຂອງລູກຈ້າງໄດ້ເຖິງ 40% ຂອງເງິນສົມທົບການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງການແພດ (.28% ຂອງຄ່າຈ້າງ) ແລະຫັກອອກໄດ້ເຖິງ 100% ຂອງເງິນສົມທົບການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວ (.18% ຂອງຄ່າຈ້າງ) ລວມເປັນ 46% ຂອງຄ່າຈ້າງ. ບໍ່ວ່ານາຍຈ້າງຂອງທ່ານຈະມີແຜນປະກັນເອກະຊົນ ຫຼືໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມໃນກອງທຶນ Trust Fund ຂອງລັດ ນາຍຈ້າງຂອງທ່ານບໍ່ສາມາດຫັກຄ່າຈ້າງເກີນກວ່າເປີເຊັນເຫຼົ່ານີ້ໄດ້.

ນາຍຈ້າງຂອງທ່ານໄດ້ເລືອກທີ່ຈະຈັດສັນເງິນສົມທົບເປັນຈຳນວນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

|  |  |
| --- | --- |
| **ການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງການແພດ** | ການຈ່າຍເງິນສົມທົບທັງໝົດຕາມຂໍ້ກຳນົດ: .70% |
|  |  |  | ຈະສົມທົບ | **\_\_\_%** | ຂອງເງິນສົມທົບການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງການແພດ |
|  | (ຊື່ນາຍຈ້າງ) | ແລະສ່ວນທີ່ເຫຼືອ  | **\_\_\_%** | ຈະຖືກຫັກອອກຈາກ ລາຍໄດ້ຂອງທ່ານ |

|  |  |
| --- | --- |
| **ການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວ** | ການຈ່າຍເງິນສົມທົບທັງໝົດຕາມຂໍ້ກຳນົດ: .18% |
|  |  |  | ຈະສົມທົບ | **\_\_\_%** | ຂອງເງິນສົມທົບການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວ |
|  | (ຊື່ນາຍຈ້າງ) | ແລະສ່ວນທີ່ເຫຼືອ  | **\_\_\_%** | ຈະຖືກຫັກອອກຈາກ ລາຍໄດ້ຂອງທ່ານ |

ກະລຸນາໃສ່ຕົວອັກສອນທຳອິດຂອງຊື່ແລະນາມສະກຸນຂອງທ່ານບ່ອນນີ້ ເພື່ອລະບຸວ່າທ່ານເຂົ້າໃຈວ່າເປີເຊັນຂອງຄ່າຈ້າງຈຳນວນນີ້ຈະຖືກຫັກອອກຈາກຄ່າຈ້າງຂອງທ່ານໃນແຕ່ຊ່ວງເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບເງິນຄ່າຈ້າງໃນຄັ້ງນັ້ນ:

\* ຕົວເລກທີ່ໃຫ້ມານີ້ແມ່ນຕົວເລກທີ່ຈະຫັກອອກຕະຫຼອດປີ 2024. ອັດຕາເຫຼ່ານີ້ອາດຈະຖືກປັບປ່ຽນໃນແຕ່ລະປີ ເຊິ່ງມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ 1 ເດືອນມັງກອນຂອງແຕ່ລະປີປະຕິທິນ.

1. **ການແຈ້ງໃຫ້ນາຍຈ້າງຂອງທ່ານຮູ້**

***ກ່ອນ*** ທີ່ທ່ານຈະຂໍລາຢຸດ ຫຼື ຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ ທ່ານຕ້ອງແຈ້ງໃຫ້ນາຍຈ້າງຂອງທ່ານຮູ້ວ່າທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງລາຢຸດ. ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງແຈ້ງລ່ວງໜ້າ 30 ວັນເຖິງຄວາມຕ້ອງການທີ່ຈະລາຢຸດ. ຖ້າການແຈ້ງລ່ວງໜ້າ 30 ວັນແມ່ນເປັນໄປບໍ່ໄດ້ຍ້ອນສະຖານະການນອກເໜືອການຄວບຄຸມຂອງທ່ານ ທ່ານຕ້ອງສົ່ງໜັງສືແຈ້ງທັນທີທີ່ເປັນໄປໄດ້ ແລະໃນກໍລະນີໃດກໍ່ຕາມ ຕ້ອງແຈ້ງ ລາຢຸດກ່ອນທີ່ຈະຍື່ນໃບຄຳຮ້ອງຂໍຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ.

ເມື່ອທ່ານແຈ້ງໃຫ້ນາຍຈ້າງຂອງທ່ານຮູ້ເຖິງຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານທີ່ຈະລາຢຸດ ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

1. ວັນທີຄາດວ່າຈະເລີ່ມຕົ້ນລາຢຸດ;
2. ໄລຍະເວລາທີ່ຄາດວ່າຈະລາຢຸດ;
3. ວັນທີຄາດວ່າຈະກັບຄືນມາເຮັດວຽກຫຼັງຈາກລາຢຸດ;
4. ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງລາຢຸດເປັນຊ່ວງໆ ຫຼື ບໍ່ (ລາຢຸດຫຼາຍກວ່າສອງຊ່ວງເວລາທີ່ແຍກກັນ) ຫຼື ເປັນການລາຢຸດໂດຍເວລາເຮັດວຽກຫຼຸດລົງ (ການລາຢຸດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຕາຕະລາງການເຮັດວຽກທີ່ຈຳນວນຊົ່ວໂມງ ຫຼືວັນທີ່ເຮັດວຽກຕໍ່ອາທິດຫຼຸດລົງ) ແລະ;
5. ຖ້າທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງລາຢຸດເປັນຊ່ວງໆ ຫຼື ລາຢຸດໂດຍຕາຕະລາງການເຮັດວຽກຫຼຸດລົງ ທ່ານຕ້ອງແຈ້ງຄວາມຖີ່ທີ່ຄາດວ່າຈະລາຢຸດ ແລະໄລຍະເວລາໃນການລາຢຸດແຕ່ລະຄັ້ງ.

ຖ້າຂໍ້ມູນນີ້ມີການປ່ຽນແປງ ທ່ານຕ້ອງແຈ້ງໃຫ້ນາຍຈ້າງຂອງທ່ານຮູ້ທັນທີທີ່ທ່ານຮູ້ເຖິງການປ່ຽນແປງນັ້ນ.

1. **ການຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ**

ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງມີຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້ກ່ຽວກັບນາຍຈ້າງເພື່ອຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ PFML:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | (ຊື່ນາຍຈ້າງ) |  |
|  |  |  |
|  | (ທີ່ຢູ່ຂອງນາຍຈ້າງ) |  |
|  |  |  |
|  | (ເມືອງ, ລັດ, ລະຫັດໄປສະນີຂອງນາຍຈ້າງ) |  |
|  |  |  |
|  | (ເລກປະຈຳຕົວນາຍຈ້າງທີ່ັລັດຖະບານກາງອອກໃຫ້) (FEIN) |  |

ຖ້ານາຍຈ້າງຂອງທ່ານຈ່າຍເງິນສົມທົບເຂົ້າໄປໃນ Trust Fund ທ່ານຕ້ອງຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອກັບພະແນກ. ທ່ານສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍໄດ້ດ້ວຍວິທີໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

1. ທ່ານສາມາດສ້າງບັນຊີເພື່ອຍື່ນຄຳຮ້ອງທາງອອນລາຍ ຜ່ານເວັບໄຊຍື່ນຄຳຮ້ອງຂອງພະແນກໄດ້ທີ່ [paidleave.mass.gov/login/](https://paidleave.mass.gov/login/)
2. ທ່ານສາມາດໂທຫາສູນຕິດຕໍ່ຊ່ວຍເຫຼືອທາງໂທລະສັບຂອງພະແນກທີ່ເບີ (833) 344‑7365 ເພື່ອກອກຄຳຮ້ອງທາງໂທລະສັບ.

ແບບຟອມແລະຄຳແນະນຳໃນການຍື່ນຂໍຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອແມ່ນມີຢູ່ໃນເວັບໄຊຂອງພະແນກທີ່ [www.mass.gov/info-details/get-ready-to-apply-for-paid-family-and-medical-leave-pfml-benefits](https://www.mass.gov/info-details/get-ready-to-apply-for-paid-family-and-medical-leave-pfml-benefits).

1. **ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ**

ສຳລັບຂໍ້ມູນໂດຍລະອຽດເພີ່ມເຕີມກະລຸນາເຂົ້າເບິ່ງເວັບໄຊຂອງພະແນກໄດ້ທີ່: [www.mass.gov/DFML](http://www.mass.gov/DFML). ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ຫາພະແນກການລາຢຸດດ້ວຍເຫດຜົນທາງຄອບຄົວແລະທາງການແພດໄດ້ທີ່:

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

PO Box 838

Lawrence, MA 01842

Contact Center: (833) 344-7365

ຄຳຮັບຮອງ

ລາຍເຊັນຂອງທ່ານຂ້າງລຸ່ມນີ້ແມ່ນຮັບຮອງວ່າທ່ານໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງແລ້ວພາຍໃນ 30 ວັນ ນັບຈາກວັນທີເລີ່ມຕົ້ນການຈ້າງງານ ຂອງທ່ານ.

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

ລາຍເຊັນ ວັນທີ

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

ຊື່ **(**ຂຽນເປັນຕົວບັນຈົງ**)**

ນາຍຈ້າງຂອງທ່ານຈະເກັບຮັກສາຄຳຮັບຮອງທີ່ທ່ານໄດ້ລາຍເຊັນເອົາໄວ້. ກະລຸນາເກັບສຳເນົາສະບັບຂອງທ່ານໄວ້ເອງເພື່ອໃຊ້ອ້າງອີງ.