**يرجى ملاحظة ما يلي:** يتم توفير هذه المستندات بتنسيق Word لراحتك - لإكمال الحقول القابلة للتعبئة بسهولة، أو إجراء تغييرات طفيفة في التنسيق (مثل إضافة شعار شركة)، أو إضافات حول السياسات الخاصة بالشركة. جهات العمل مسؤولة عن أي تعديلات أو تنقيحات أو إضافات أو عمليات حذف يتم إجراؤها على هذه النماذج. تتنصل إدارة الإجازات العائلية والطبية (DFML) من أي مسؤولية عن التعديلات التي تم إجراؤها على هذه النماذج ولا يمكنها ضمان أن النموذج الذي تم تعديله من هذا الإصدار الأصلي سيكون متوافقاً مع سياساتها.

**إشعار إلى الأفراد العاملين لحسابهم الخاص**
*الكيانات المشمولة التي لديها 25 عاملاً أو أكثر* الحقوق والالتزامات بموجب قانون الإجازة العائلية والطبية بولاية ماساتشوستس،
(M.G.L. c. 175M)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | (اسم جهة العمل) |  |
|  |  |  |
|  | (عنوان الشارع لجهة العمل) |  |
|  |  |  |
|  | (المدينة، الولاية، الرمز البريدي لجهة العمل) |  |
|  |  |  |
|  | (رقم الهوية الفيدرالية لجهة العمل) (FEIN) |  |

بموجب قانون الإجازات العائلية والطبية في ولاية ماساتشوستس، (M.G.L. c. 175M)، يُطلب من **الكيان التجاري المشمول** تزويد كل الأفراد العاملين لحسابهم الخاص لديه، في وقت إبرام العقد، بالمعلومات الواردة في هذا الإشعار.

**الكيان التجاري المشمول** هو عمل تجاري أو حرفة تتعاقد مع الأفراد العاملين لحسابهم الخاص للحصول على الخدمات ويُطلب منها تقديم تقرير عن مدفوعاته لهؤلاء الأفراد باستخدام استمارة مصلحة الضرائب الأمريكية رقم (1099-MISC) ***لأكثر من 50 بالمائة من القوى العاملة لديه.***

الفرد الذي يعمل لحسابه الخاص هو شخص يقيم في ولاية ماساتشوستس وهو مالك وحيد أو عضو وحيد في شركة ذات مسؤولية محدودة أو شراكة ذات مسؤولية محدودة والتي يلزم الإبلاغ عن صافي أرباحها أو خسائرها من الأعمال التجارية إلى إدارة الإيرادات في ولاية ماساتشوستس.

**هذه المنظمة:**

* **هي** جهة عمل مشمولة بموجب القانون
* هي جهة عمل **غير** مشمولة بموجب القانون

إذا كانت هذه المنظمة **كياناً تجارياً مشمولاً**، فيجب عليها بموجب القانون تحويل المساهمات، نيابة عن الأفراد العاملين لحسابهم الخاص لديها كما لو كانوا موظفين لديها، كما هو موضح أدناه. وفقاً لذلك، إذا كان هذا النشاط التجاري كياناً تجارياً مشمولاً، فقد تكون مؤهلاً لاستبدال الدخل في ظروف معينة كما هو موضح أدناه في القسم المعنون "**شرح الإعانات**".

إذا لم تكن هذه المنظمة كياناً تجارياً مشمولاً، فلا يزال بإمكانك اختيار أن تصبح فرداً مغطى بموجب قانون الإجازات العائلية والطبية. إذا اخترت القيام بذلك، فيرجى الرجوع إلى **إشعار العاملين لحسابهم الخاص** للحصول على مزيد من المعلومات.

**شرح الإعانات**

* **قد تكون مؤهلاً لما يلي:**
* إجازة عائلية مدفوعة الأجر لمدة تصل إلى 12 أسبوعاً في سنة الاستحقاق لولادة طفل أو تبنيه أو رعايته، أو بسبب وجود شرط مؤهل ناشئ عن حقيقة أن فرداً من العائلة في الخدمة الفعلية أو تم إخطارها بوجود دعوة وشيكة للخدمة الفعلية في القوات المسلحة؛
* إجازة طبية مدفوعة الأجر تصل إلى 20 أسبوعاً في سنة الاستحقاق إذا كانت لديهم حالة صحية خطيرة تعجزهم عن العمل
* إجازة عائلية مدفوعة الأجر لمدة تصل إلى 26 أسبوعاً في سنة الاستحقاق للعناية بأحد أفراد الأسرة الذي يخدم في القوات المسلحة ومغطى ويخضع للعلاج الطبي أو يعالج بطريقة أخرى لعلاج عواقب حالة صحية خطيرة تتعلق بالخدمة العسكرية لهذا الفرد.
	+ إجازة عائلية مدفوعة الأجر لمدة تصل إلى 12 أسبوعاً للعناية بأحد أفراد الأسرة المصاب بحالة صحية خطيرة.
	+ إجازة مدفوعة الأجر لا تزيد عن 26 أسبوعاً، في مجملها، لأسباب عائلية أو طبية في سنة استحقاق واحدة. "سنة الاستحقاق" هي الأشهر الاثني عشر التي تسبق يوم الأحد الذي يسبق إجازتك مباشرة.
* **يستند مبلغ الاستحقاق الأسبوعي الخاص بك** على الدخل المكتسب للموظف، مع إعانة بحد أقصى 1149.90 دولاراً في الأسبوع في عام 2024.

**المساهمات في الصندوق الاستئماني لأمن الأسرة والوظيفة التابع لإدارة الإجازات العائلية والطبية.**

في 1 أكتوبر/ تشرين الأول، 2019، ستبدأ المساهمات في الصندوق الاستئماني لأمن الأسرة والوظيفة التابع لإدارة الإجازات العائلية والطبية (DFML). يُطلب من **الكيان التجاري المشمول** إرسال المساهمات إلى إدارة الإجازات العائلية والطبية (DFML) لجميع الأفراد العاملين لحسابهم الخاص في قوته العاملة إذا كان هؤلاء الأفراد الذين يعملون لحسابهم الخاص يشكلون أكثر من 50 بالمائة من القوى العاملة لديه. يمكن تعديل معدل المساهمة سنوياً ويمكن العثور عليه في إشعار المعدل الفعلي المرفق.

**كيفية تقديم الطلب**

يجب على الأفراد المشمولين تقديم طلبات تعويضات الإجازة العائلية والطبية مدفوعة الأجر لدى إدارة الإجازات العائلية والطبية (DFML) باستخدام نماذج إدارة الإجازات العائلية والطبية (DFML). ستكون النماذج وتعليمات الطلب متاحة على الموقع الإلكتروني للإدارة الإجازات العائلية والطبية (DFML) [www.mass.gov/DFML](http://www.mass.gov/DFML).

يتعين على الأفراد العاملين لحسابهم الخاص تقديم إشعار قبل مدة 30 يوماً على الأقل إلى جهة العمل من تاريخ البدء المتوقع لأي إجازة وطول الإجازة المتوقع وتاريخ العودة المتوقع. يتعين على الفرد الذي يعمل لحسابة الخاص غير القادر على تقديم إشعار قبل مدة 30 يوماً بسبب ظروف خارجة عن إرادته أن يقدم إشعاراً في أسرع وقت ممكن.

**الإعفاء بموجب خطة خاصة**

يجوز للكيان التجاري المشمول الذي يقدم إجازة مدفوعة الأجر مع إعانة سخية تعادل على الأقل تلك المنصوص عليها في القانون أن يتقدم بطلب للحصول على إعفاء من دفع اشتراكات الصندوق الائتماني لأمن الأسرة والوظيفة التابع لإدارة الإجازات العائلية والطبية. يجوز للكيان التجاري المشمول التقدم بطلب للحصول على إعفاء من مساهمة الإجازة الطبية أو مساهمة الإجازة العائلية أو كليهما.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | * ليس لديه خطة خاصة معتمدة؛
* لديه خطة خاصة معتمدة لكل من إعانات الإجازات العائلية والإجازات الطبية؛
* أن يكون لديه خطة خاصة معتمدة لإعانات الإجازات العائلية فقط؛
* لديه خطة خاصة معتمدة للإجازات الطبية فقط.
 |
|  | ( اسم الكيان التجاري المشمول )(اسم الخطة الخاصة)(رقم هاتف الخطة الخاصة)(عنوان الخطة الخاصة)(الموقع الإلكتروني للخطة الخاصة) |

يجب تقديم تفاصيل أي خطة خاصة للأفراد العاملين لحسابهم الخاص من قبل الكيان التجاري المشمول في نفس الوقت الذي يتم فيه تقديم هذا الإشعار.

**معلومات الاتصال بإدارة الإجازات العائلية والطبية**

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

PO Box 838

‎Lawrence, MA 01842

مركز الاتصال: ‎‎(833) 344-7365

**تتوفر المزيد من المعلومات**

للحصول على معلومات أكثر تفصيلاً، نرجو القيام بزيارة الموقع الإلكتروني لإدارة الإجازات العائلية والطبية (DFML): [**www.mass.gov/DFML**](http://www.mass.gov/DFML).

**إقرار**

تقر أنت بتوقيعك أدناه باستلامك للمعلومات الواردة أعلاه في تاريخ بدء العقد الخاص بك.

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

**التوقيع**  **التاريخ**

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

**الاسم (بخط واضح)**

سوف يتم الاحتفاظ بإقرارك الموقع لدى الكيان التجاري المشمول. يرجى الاحتفاظ بصورة من الإقرار في سجلاتك.

**المعدلات السارية: 2024**

*لجهات العمل التي لديها 25 موظفاً أو أكثر*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **مساهمات الإجازات العائلية** | **مساهمات الإجازات الطبية** | **إجمالي قيمة المساهمة** |
| **18.%** | **70.%** | **88.%** |

ستتحمل جهات العمل مسؤولية إرسال المساهمات إلى إدارة الإجازات العائلية والطبية (DFML) لجميع الموظفين. وفي عام 2024، بلغ إجمالي مبلغ المساهمة 0.88% من الأجور.

بموجب القانون، تتحمل جهات العمل مسؤولية ما لا يقل عن 60% من مساهمة الإجازة الطبية (42.% من الأجور) ولكن يسمح لها بخصم من أجور الموظفين حتى 40% من مساهمة الإجازة الطبية (28.% من الأجور) وما يصل إلى 100% من مساهمة الإجازة العائلية (18.% من الأجور).

|  |  |
| --- | --- |
| **الإجازة الطبية** | إجمالي المساهمة المطلوبة: 70.% |
|  |  |  | سوف تساهم بـ | **\_\_\_%** | من مساهمات الإجازة الطبية |
|  | (اسم جهة العمل) | والبقية البالغة  | **\_\_\_%** | سوف تخصم من أجورك المكتسبة |

|  |  |
| --- | --- |
| **الإجازة العائلية** | إجمالي المساهمة المطلوبة: 18.% |
|  |  |  | سوف تساهم بـ | **\_\_\_%** | من مساهمات الإجازة العائلية |
|  | (اسم جهة العمل) | والبقية البالغة  | **\_\_\_%** | سوف تخصم من أجورك المكتسبة |

التوقيع بالأحرف الأولى \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_