**Veuillez** **noter** **:** Ces documents sont fournis en format Word afin de compléter plus facilement les rubriques à remplir, procéder à de simples modifications de format (telles que l’ajout du logo de la société) ou ajouter des politiques propres à la société. Les employeurs sont responsables de toute modification, révision, ajout ou suppression apporté à ces formulaires. Le Département des congés pour raisons familiales et médicales (Department of Family and Medical Leave – DFML) décline toute responsabilité quant aux modifications portées sur ces formulaires et ne peut garantir la conformité d’un formulaire qui n’est pas dans sa version originale.

**Avis** **de** **l’employeur** **aux** **travailleurs** **indépendants**

*Entités* *assujetties* *comptant* *moins* *de* *25* *travailleurs*

Droits et obligations en vertu de la loi du Massachusetts sur les congés pour raisons familiales et médicales (Paid Family and Medical Leave – PFML), M.G.L. c. 175M

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | (Nom de l’employeur) |  |
|  |  |  |
|  | (Adresse physique de votre employeur) |  |
|  |  |  |
|  | (Ville, État et code postal de votre employeur) |  |
|  |  |  |
|  | (Numéro fédéral d’identification de votre employeur) (FEIN) |  |

En vertu de la loi du Massachusetts sur les congés pour raisons familiales et médicales, M.G.L. c. 175M, **une** **entité** **commerciale** **assujettie** est tenue de fournir les informations figurant sur cet avis à chacun de ses travailleurs indépendants, au moment de l’établissement du contrat.

Une **entité** **commerciale** **assujettie** est une société ou un commerce qui s’engage par contrat avec des personnes indépendantes pour la fourniture de services et qui est tenue de déclarer le paiement auxdites personnes sur le formulaire fiscal 1099-MISC **pour** **plus** **de** **50** **%** **de** **ses** **effectifs.**

**Un travailleur indépendant est une personne qui réside dans le Massachusetts et qui est propriétaire unique, membre unique d'une société à responsabilité limitée ou d'un partenariat à responsabilité limitée dont le bénéfice net ou la perte d'une entreprise doit être déclaré au département des impôts du Massachusetts.**

**Cette** **organisation** **:**

**Est** une entité commerciale assujettie en vertu de la loi

**N’est** **pas** une entité commerciale assujettie en vertu de la loi

Si cette organisation est une **entité** **commerciale** **assujettie**, elle est tenue, selon la loi, de verser des cotisations au nom de ses travailleurs indépendants comme s’ils étaient des salariés, tel qu’indiqué ci-dessous. En conséquence, si cette société est une entité commerciale assujettie, vous pourriez, dans certains cas, avoir droit à des prestations de remplacement de revenu, tel qu’indiqué ci-dessous dans la section intitulée « **Explication** **des** **prestations** **».**

Si cette organisation n’est pas une entité commerciale assujettie, vous pouvez opter pour devenir une personne assujettie, en vertu de la loi sur les congés pour raisons familiales et médicales. Dans ce cas, veuillez consulter l’**Avis** **de** **décision** **du** **travailleur** **indépendant** pour avoir plus de détails.

**Explication** **des** **prestations**

* **Vous pourriez avoir droit à :**
* 12 semaines de congés rémunérés pour raisons familiales en une année de prestations, pour la naissance, l’adoption ou le placement en famille d’accueil d’un enfant, ou en cas d’urgence reconnue lorsqu’un membre de votre famille est en service actif dans les forces armées ou a été avisé d’une convocation imminente audit service actif ;
* 20 semaines de congés rémunérés pour raisons médicales en une année de prestations, si vous avez un grave problème de santé qui vous rend inapte au travail ;
* 26 semaines de congés rémunérés pour raisons familiales en une année de prestations pour prendre soin d’un membre de votre famille qui est membre des forces armées assujetti et qui suit un traitement médical ou traitant autrement des conséquences d’un grave problème de santé lié au service actif du membre de la famille ;
* 12 semaines de congés rémunérés pour raisons familiales en une année de prestations pour prendre soin d’un membre de votre famille souffrant d’un grave problème de santé.
* Un total de 26 semaines, globalement, de congés pour raisons familiales et raisons médicales en une seule année de prestations. Une « année de prestations » est la période de 12 mois précédant le dimanche se situant immédiatement avant le début de vos congés.
* **Votre** **montant** **hebdomadaire** **de** **prestations** sera basé sur les salaires de l’employé, le maximum des prestations pour 2024 étant fixé à 1 149,90 $ par semaine.

**Cotisations** **à** **la** **caisse** **centrale** **de** **sécurité** **de** **l’emploi** **du** **Département** **des** **congés** **pour** **raisons** **familiales** **et** **médicales**

Le 1er octobre 2019, les cotisations à la caisse centrale de sécurité de la famille et de l’emploi du Département des congés pour raisons familiales et médicales (DMFL) sont entrées en vigueur. Les **entités** **commerciales** **assujetties** sont tenues d’envoyer les cotisations au DFML pour tous les travailleurs indépendants faisant partie de leurs effectifs, si ces travailleurs indépendants représentent plus de 50 % de leurs effectifs. Le taux de cotisation pourra être rajusté chaque année et figure sur l’avis de taux en vigueur annexé.

**Comment** **soumettre** **une** **demande**

Les personnes assujetties doivent soumettre au DFML des demandes de remplacement de revenus pour raisons familiales et médicales, en utilisant les formulaires du Département. Les formulaires et les consignes relatives aux demandes sont disponibles sur le site Web du DFML à [www.mass.gov/DFML](http://www.mass.gov/DFML).

Les travailleurs indépendants sont tenus d’aviser l’entité commerciale assujettie au moins 30 jours avant la date anticipée du début du congé, la durée anticipée du congé et la date prévue de retour. Un travailleur indépendant incapable de fournir un préavis de 30 jours pour des raisons indépendantes de sa volonté, est tenu de présenter un préavis le plus rapidement possible.

**Exemption** **en** **cas** **de** **régime** **privé**

Une entité commerciale assujettie qui offre un régime de congés rémunérés prévoyant des prestations au moins aussi généreuses que celles prévues par la loi peut demander une exemption du versement des cotisations à la caisse centrale de sécurité de la famille et de l’emploi du Département des congés pour raisons familiales et médicales. Une entité commerciale assujettie peut demander à être exemptée du versement pour cotisations de congés pour raisons médicales, pour cotisations de congés pour raisons familiales ou pour les deux.

L’entité commerciale assujettie doit communiquer les conditions détaillées de tout régime privé aux travailleurs indépendants, en même temps que le présent avis.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | * Ne dispose pas de régime privé agréé ;
* Dispose d’un régime privé agréé couvrant à la fois les congés pour raisons médicales et pour raisons familiales ;
* Dispose d’un régime privé agréé couvrant seulement les congés pour raisons familiales ;
* Dispose d’un régime privé agréé couvrant seulement les congés pour raisons médicales.
 |
|  | (Nom de l’entité commerciale assujettie)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Nom du régime privé)(Numéro de téléphone du régime privé)(Adresse du régime privé)(Site web du régime privé) |

**Coordonnées du Département des congés pour raisons familiales et médicales**

**The** **Massachusetts** **Department** **of** **Family** **and** **Medical** **Leave** PO Box 838

Lawrence, MA 01842

Coordonnées du centre : (833) 344-7365

**Pour** **en** **savoir** **plus**

Pour avoir des informations plus détaillées, veuillez consulter le site Web du DFML : [**www.mass.gov/DFML**](http://www.mass.gov/DFML).

**ACCUSÉ DE RÉCEPTION**

En apposant votre signature ci-dessous, vous confirmez avoir reçu les informations qui précèdent au moment de l’établissement de votre contrat.

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

**Signature Date**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Nom** **(en** **caractères** **d’imprimerie)**

Votre accusé de réception signé sera conservé par l’entité commerciale assujettie. Veuillez conserver une copie pour votre propre dossier

**Taux** **en** **vigueur** **:** **2024**

*Pour* *employeurs* *comptant* *moins* *de* *25* *employés*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cotisations** **de** **congés** **pour** **raisons** **familiales** | **Cotisations** **de** **congés** **pour** **raisons** **médicales** | **Montant** **total** **des** **cotisations** |
| **0,18** **%** | **0,28** **%** | **0,46** **%** |

Les employeurs sont tenus d’envoyer les cotisations au DFML pour tous les employés. Le montant total des cotisations en 2024 est de 0,88 % des revenus.

Pour les petits employeurs (comptant moins de 25 **travailleurs** **assujettis**) la cotisation de congés pour raisons familiales et raisons médicales est 0,318 % des revenus. Les petits employeurs sont chargés de verser les fonds retenus des chèques de paie de leurs salariés mais ne sont pas tenus de cotiser pour congés pour raisons familiales ou congés pour raisons médicales. S’ils décident de verser la part, en intégralité ou en partie, de la personne assujettie, ils peuvent le faire mais n’ont toutefois aucune obligation de cotiser.

|  |  |
| --- | --- |
| **Congés** **pour** **raisons médicales** | Cotisation totale exigée : 0,28 %\* |
| (Nom de l’employeur) |  | cotiseraet le solde de | \_\_\_% | de la cotisation de congés pour raisons médicales |
| \_\_\_% | sera déduit de vos revenus |

|  |  |
| --- | --- |
| **Congés** **pour****raisons** **familiales** | Cotisation totale exigée : 0,18 %\* |
| (Nom de l’employeur) |  | cotiseraet le solde de | \_\_\_% | de la cotisation de congés pour raisons familiales |
| \_\_\_% | sera déduit de vos revenus |

Paraphe \_\_\_\_\_\_\_\_\_