**Помните:** 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 по вопросам отпусков по семейным обстоятельствам и состоянию здоровья (DFML) снимает с себя всякую ответственность за изменения, вносимые в эти формы, и не может гарантировать, что форма, изменённая по сравнению с первоначальной версией, будет соответствовать требованиям.

**Уведомление для самозанятых лиц**

*Застрахованные организации, имеющие 25 или более работников*

Права и обязанности по Закону штата Массачусетс об отпусках 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 самозанятых лиц 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***.

Самозанятое лицо — это лицо, которое проживает в штате Массачусетс, является единоличным владельцем, единственным участником компании с ограниченной ответственностью или товарищества с ограниченной ответственностью и обязано отчитываться о чистой прибыли или убытках своего предприятия перед Департаментом доходов штата Массачусетс.

**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 самозанятых лиц, как если бы они были сотрудниками, согласно приведённому ниже описанию. 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:**

o 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;

o 20 недель оплачиваемого отпуска по состоянию здоровья в год выплаты пособия в случае серьёзного заболевания, лишающего трудоспособности;

o 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;

o 12 недель оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам в год выплаты пособия для ухода за членом семьи с серьёзным заболеванием.

o 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 2024 году составит $1149,90 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 Департамента отпусков по семейным обстоятельствам и состоянию здоровья (DFML). **Застрахованная коммерческая организация** обязана отправлять взносы в DFML для всех самозанятых лиц, 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 DFML, 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 DFML по адресу [www.mass.gov/DFML](http://www.mass.gov/DFML).

Самозанятые лица обязаны не менее чем за 30 дней уведомить застрахованную коммерческую организацию о предполагаемой дате начала любого отпуска, предполагаемой продолжительности отпуска и предполагаемой дате возвращения. Самозанятое лицо, которое не может предоставить уведомление за 30 дней по не зависящим от него обстоятельствам, обязано 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 Департамента по вопросам отпусков по семейным обстоятельствам и состоянию здоровья заявку об освобождении от уплаты взноса. Застрахованная коммерческая организация 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 самозанятым лицам застрахованной коммерческой организацией одновременно с данным Уведомлением.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | * Не имеет утверждённого частного плана и предоставляет все отпускные пособия через Департамент; * Имеет утверждённый частный план предоставления отпусков по семейным обстоятельствам и по состоянию здоровья; * Имеет утверждённый частный план, предусматривающий только отпуск по семейным обстоятельствам, и предоставляет отпуск по состоянию здоровья через Департамент; * Имеет утвержденный частный план, предусматривающий только льготы в счёт отпуска по состоянию здоровья, и предоставляет льготы в счёт отпуска по семейным обстоятельствам через Департамент. |
|  | (Название застрахованной коммерческой организации)  (Название частного плана)  (Номер телефона частного плана)  (Адрес частного плана)  (Веб-сайт частного плана) |

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

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

PO Box 838

Lawrence, MA 01842

Контактный центр: (833) 344-7365

**Дополнительная информация**

Более подробная информация приведена на веб-сайте DFML по адресу [**www.mass.gov/DFML**](file:///C:\Users\a.donato\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Outlook\RU5BUTVM\www.mass.gov\DFML).

**ПОДТВЕРЖДЕНИЕ**

Ваша подпись ниже подтверждает, что вы получили вышеуказанную информацию в течение 30 дней с даты заключения договора.

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

**Подпись** **Дата**

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

**Имя (печатными буквами)**

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

**Действующие ставки: 2024 год**

*Для работодателей, имеющих 25 или более работников*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Взнос в счёт отпуска по семейным обстоятельствам** | **Взнос в счёт отпуска по состоянию здоровья** | **Общая сумма взноса** |
| **0,18%** | **0,70%** | **0,88%** |

Работодатели обязаны отправлять в DFML взносы на всех работников. В 2024 году общая сумма взноса составляет 0,88% заработной платы.

Согласно закону, работодатели несут ответственность за выплату минимум 60% отчислений в счёт отпуска по состоянию здоровья (0,42% заработной платы), но при этом им разрешено вычитать из заработной платы работников до 40% отчислений в счёт отпуска по состоянию здоровья (0,28% заработной платы) и до 100% отчислений в счёт отпуска по семейным обстоятельствам (0,18% заработной платы).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Отпуск по состоянию здоровья **Leave** | Общий требуемый взнос: 0,70%\* | | | | | |
|  |  |  | 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: 0,18%\* | | | | | |
|  |  |  | будет внесено | **\_\_\_%** | взноса в счёт отпуска по семейным обстоятельствам |
|  | (Название работодателя) | а остальные | **\_\_\_%** | будут вычитаться из вашего заработка |

Инициалы \_\_\_\_\_\_\_\_\_