**참고**: 이 문서들은 사용자의 편의를 위해 워드 포맷으로 제공됩니다. 그러므로, 입력 가능한 항목을 더 쉽게 작성하거나, 회사 로고 추가와 같은 사소한 포맷을 변경하거나, 회사 방침에 대한 추가 작업을 수행할 수 있습니다. 고용주는 이러한 서식을 편집, 수정, 추가 또는 삭제하는 것에 대한 책임이 있습니다. 가족의료휴가/병가부서(DFML)는 이러한 서식의 포맷의 수정에 대한 책임이 없음을 선언하며 본 원본에서 수정된 서식의 법적 준수성을 보장할 수 없습니다.

**자영업자에 대한 통지서***25명 미만 근로자가 있는 적용 대상이 되는 업체*
매사추세츠 주 가족의료휴가/병가법, M.G.L. c. 175M 조항에 따른 권리 및 의무

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | (고용주 명) |  |
|  |  |  |
|  | (고용주 주소) |  |
|  |  |  |
|  | (고용주 시, 주, 짚코드) |  |
|  |  |  |
|  | (연방 고용주 ID 번호) (FEIN) |  |

매사추세츠 주 가족의료휴가/병가법, M.G.L. c. 175M 조항에 따라 **적용 대상 업체**는 계약 체결 시, 자사의 자영업자들 각자에게 본 통지서에 규정된 정보를 제공해야 합니다.

**적용 대상 업체**는 서비스를 위해 독립업자 개인들과 계약하는 사업체 또는 거래업체로서 **자사 노동력의 50% 이상에 대해** IRS 양식 1099-MISC를 통해 해당 개인에게 지급액을 보고해야 합니다.

자영업자는 매사추세츠에 거주하는 개인으로, 사업의 순손익을 매사추세츠 국세청에 보고해야 하는 개인 사업체, 유한책임회사 또는 유한책임조합의 단독 구성원입니다.

**이 업체는**:

* 법에 따른 적용 대상 업체**임**
* 법에 따른 적용 대상 업체**가 아님**

이 업체가  **적용 대상 업체**인 경우, 그 업체는 자영업자가 마치 자신의 직원인 것처럼 이들을 대신하여, 출연금을, 아래에 개략적으로 설명된 바와 같이, 법적으로 불입해야 합니다. 따라서, 이 사업체가 적용 대상 업체인 경우, 귀하는 아래에 “**혜택 설명**”이라는 제목이 붙은 섹션에서 개략적으로 설명된 바와 같은 특정한 상황에서 소득 대체 수당을 받을 자격이 있을 수 있습니다.

해당 업체가 적용 대상 업체가 아닌 경우에도, 귀하는 가족의료휴가/병가법에 따른 적용 대상 개인이 되기로 선택할 수 있습니다. 귀하가 그렇게 하기로 선택하는 경우, 거기에 대한 상세한 정보에 관해서는 **자영업자 선택 통지서**를 참고하십시오.

**혜택** **설명**

* **귀하가 다음과 같은 권리가 있을 수 있습니다.**
* 자녀의 출산, 입양 또는 위탁 양육 배치과 관련되거나, 건강 상태가 심각한 가족을 돌보기 위하여, 또는 가족 구성원이 현역으로 복무 중이거나 곧 군대에서 급히 복귀해야 한다는 통보를 받은 위급 상황인 경우, 1 혜택년에 12주의 유급 가족휴가.
* 심각한 건강 상태가 심각하여 일을 할 수 없는 경우, 1 혜택년에 20주의 유급 의료병가.
* 지속적인 의료 치료를 받는 적용 대상 군인 가족을 돌보거나 또는 가족의 군복무와 관련된 심각한 건강 상태로 인해 초래된 상황의 가족을 돌보기 위해 1 혜택년에 26주.
* 심각한 건강 상태에 있는 가족을 돌보기 위해 1혜택년에 12주의 유급 가족의료휴가/병가.
* 한(1) 혜택년에, 합계해서, 총 26주의 유급 가족의료휴가/병가. "혜택 연도"는 휴가 시작 바로 전인 일요일 이전의 12개월을 말합니다.

* **귀하의 주간 혜택수당**은 직원의 소득에 근거할 것이며, 2024년 주당 최대 혜택 수당은 $1,149.90입니다.

**가족의료휴가/병가 부서의 고용 보장 신탁 기금에 불입하는 출연금**

2019년 10월 1일부터, 가족의료휴가/병가부서(DFML)의 가족 및 고용 보장 신탁 기금에 내는 출연금 불입이 시작될 것입니다. **적용 대상 업체**는 이러한 자영업자들의 비율이 자사 노동력의 50% 넘게 점하는 경우 자사 노동력에 포함된 모든 자영업자들을 대신하여 가족의료휴가/병가부서(DFML)에 출연금을 불입해야 합니다. 출연금 비율은 매년 조정될 수 있고 첨부된 발효일 통지서에 나와 있습니다.

**신청서 제출 방법**

적용 대상 개인들은 유급 가족의료휴가/병가 소득 대체 수당 신청서를 가족의료휴가/병가부서(DFML)에 가족의료휴가/병가부서(DFML)의 서식을 사용하여 제출해야 합니다. 서식 및 청구 설명서는 가족의료휴가/병가부서(DFML)의 웹사이트에서 확인할 수 있습니다. [www.mass.gov/DFML](http://www.mass.gov/DFML).

자영업자는 적용 대상 업체에게 예상 휴가 시작일, 예상 휴가 기간 및 예상 복직 날짜를 최소한 30일전에 통지해야 합니다. 자영업자가 어쩔 수 없는 사정으로 30일 사전통지가 불가능한 경우, 자신들이 할 수 있는 한 빨리 통지해야 합니다.

**민간 보험 면제**

최소한 법적으로 규정된 만큼 넉넉한 혜택 수당과 함께 유급 휴가를 제공하는 적용 대상 업체는 가족의료휴가/병가부서(DFML) 가족 및 고용 보장 신탁 기금 출연금 불입의 면제를 신청할 수 있습니다. 적용 대상 업체는 의료병가 출연금 면제, 가족 휴가 출연금 면제, 또는 이 양쪽 다 신청할 수 있습니다.

적용 대상 업체는 본 고지서와 동시에 민간 보험의 상세 내역을 자영업자들에게 제공해야 합니다.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | * 승인 받은 민간 보험이 없습니다.
* 가족의료휴가/병가 혜택 모두에 대해 승인 받은 민간 보험이 있습니다.
* 가족휴가 혜택에 대해서만 승인 받은 민간 보험을 가지고 있으며, 본 부서를 통해 의료병가 혜택을 제공합니다.
* 오직 의료병가 혜택에 대해서만 승인 받은 민간 보험을 가지고 있습니다.
 |
| (적용 대상 업체 명)(민간 보험 명)(민간 보험 전화번호)(민간 보험 주소)(민간 보험 웹사이트) |

**매사추세츠 가족의료휴가/병가부서(DFML) 연락 정보**

**매사추세츠 가족의료휴가/병가부서(The Massachusetts Department of Family and Medical Leave)**

PO Box 838

Lawrence, MA 01842

콜 센터: (833) 344-7365

**더 자세한 내용이 입수가능함**

더 자세한 내용은 가족의료휴가/병가부서(DFML) 웹사이트([**www.mass.gov/DFML**](http://www.mass.gov/DFML))를 참조하십시오.

**인정**

귀하는 아래 서명함으로써 귀하의 고용 개시일로부터 30일 이내에 위의 정보를 받았다는 것을 인정합니다.

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

**서명** **날짜**

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

**이름 (인쇄체)**

귀하가 서명한 인정서는 적용 대상 업체가 보관합니다. 귀하 자신의 참고용으로 사본을 보관하십시오.

**효력요율: 2024년**

*25명 미만 직원이 있는업체*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **가족휴가 출연금** | **의료병가 출연금** | **총 출연금 금액** |
| **0.18%** | **0.28%** | **0.46%** |

고용주는 전 직원을 대신하여 가족의료휴가/병가부서(DFML)에 출연금을 송부하여야 합니다. 2024년 총 출연금액은 임금의 0.88%입니다.

소규모 고용주(적용 대상 근로자가 25명 미만)의 경우에 있어 발효된 가족 및 의료 휴가 출연금은 소득의 0.318%입니다. 소규모 고용주는 직원의 급여에서 원천징수된 기금을 송금할 책임이 있지만 가족 휴가나 의료병가를 부담할 필요는 없습니다. 해당 개인의 몫의 전부 또는 일부를 지불하기로 선택한 경우 그렇게 할 수 있지만 출연금을 불입할 의무는 없습니다.

|  |  |
| --- | --- |
| **의료병가** | 총 요구되는 출연금: 0.28% |
|  |  |  | 다음의 출연금을 불입할 것임 | **\_\_\_%** | 의료병가 출연금 비율 |
|  | (고용주 명) | 나머지 금액  | **\_\_\_%** | 귀하의 소득에서 공제 |

|  |  |
| --- | --- |
|  **가족휴가** | 총 요구되는 출연금: 0.18% |
|  |  |  | 다음의 출연금을 불입할 것임 | **\_\_\_%** |  가족휴가 출연금 비율 |
|  | (고용주 명) | 나머지 금액  | **\_\_\_%** | 귀하의 소득에서 공제 |

이니셜(이름의 첫번째 영어철자)