**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 менее 25 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, в соответствии с приведённым ниже описанием. 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 менее 25 работников*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Взнос в счёт отпуска по семейным обстоятельствам** | **Взнос в счёт отпуска по состоянию здоровья** | **Общая сумма взноса** |
| **0,18%** | **0,28%** | **0,46%** |

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

Для малых работодателей (имеющих менее 25 **застрахованных работников**) действительный взнос в счёт отпуска по семейным обстоятельствам и по состоянию здоровья составляет 0,318% заработка. Малые работодатели несут ответственность за перечисление средств, удерживаемых из заработной платы их работников, но не обязаны делать взносы в счёт отпусков по семейным обстоятельствам и по состоянию здоровья. Если они решат полностью или частично оплатить долю застрахованных лиц, они могут это сделать, но не обязаны делать взносы.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Отпуск по состоянию здоровья **Leave** | Общий требуемый взнос: 0,28% | | | | | |
|  |  |  | 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_