AVIS DE CONGÉS RÉMUNÉRÉS POUR RAISONS FAMILIALES ET MÉDICALES AUX EMPLOYÉS (au moins 25 travailleurs)

Veuillez lire attentivement cet avis. Il comporte des renseignements importants sur vos droits, vos obligations et votre admissibilité en vertu de la loi du Massachusetts sur les congés rémunérés pour raisons familiales et médicales (PFML). Veuillez conserver cet avis pour vos dossiers.

La loi du Massachusetts sur les PFML assure le droit aux congés rémunérés pour raisons familiales et médicales pour la plupart des salariés du Massachusetts. Ces droits sont décrits plus en détail ci-dessous et incluent à la fois (1) la protection de l'emploi quand le salarié reprend le travail et (2) des indemnités partielles de remplacement de salaire tandis que le salarié n'est pas au travail. Les employeurs peuvent fournir ces indemnités soit (1) en participant à la caisse centrale de PFML gérée par le Département des congés pour raisons familiales et médicales du Massachusetts (le Département), ou (2) en fournissant un régime privé exempté qui offre des prestations au moins aussi généreuses que les prestations disponibles par le biais du Département.

Que votre employeur participe à la caisse centrale de l'État ou qu'il dispose d'un régime privé, vous avez droit à certaines prestations et protections. Vous pouvez être tenu de verser des cotisations à la caisse centrale ou de financer le régime privé de votre employeur, mais seulement jusqu'à concurrence d'un certain montant. Vous devrez également informer votre employeur de votre besoin de congé et vous devrez déposer une demande de prestations auprès du Département ou du régime privé de votre employeur.

Un employeur peut demander à être exempté du versement pour cotisation de congés pour raisons médicales, pour cotisation de congés pour raisons familiales ou pour les deux. Votre employeur doit vous fournir des renseignements sur le régime privé et la procédure de demande. Votre employeur a fourni les renseignements suivants :

- ☒ Dans la case ci-dessous
- ☐ In annexe de cet avis
- ☒ Autre : https://hr.mit.edu/employee-leaves
- ☐ N/A (l'employeur contribue à la caisse centrale de l'État)

Massachusetts Institute of Technology
(Nom de l'employeur)

PAID FAMILY AND MEDICAL LEAVE ACT (PFMLA) PLAN
(Nom du régime privé)

(617) 253 – 6151
(Numéro de téléphone du régime privé)

MIT Human Resources, NE49-5000
Cambridge MA 02139
(Adresse du régime privé)

https://hr.mit.edu/employee-leaves
(Site web du régime privé)

- ☐ Ne dispose pas de régime privé agréé et offre toutes les prestations de congés par le biais du Département ;
- ☒ 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 et offre des congés pour raisons médicales par le biais du Département.
- ☐ Dispose d'un régime privé agréé couvrant seulement les congés pour raisons médicales et offre des congés pour raisons familiales par le biais du Département.

I. Explication des prestations

Attributions de congés. En vertu de la loi sur les congés rémunérés pour raisons familiales et médicales, 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 ; pour prendre soin d'un membre de votre famille gravement malade ; 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 un membre de votre famille qui est membre des forces armées couvert 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 ;
- 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 votre congé.

Autres congés. Tout congé que vous prenez - rémunéré ou non rémunéré - pour les mêmes raisons admissibles que celles qui sont énoncées ci-dessus s'inscrira dans votre total de congés pour cette année de prestations.

Éligibilité. Vous aurez droit à un congé et à des prestations de remplacement de salaire si vous remplissez les conditions de rémunération. Vous devez avoir gagné au moins 30 fois le montant prévu des prestations et avoir satisfait à l'exigence de rémunération minimale fixée annuellement par le Département d'assistance au chômage (DUA), qui est de 6 300 $ pour 2024, durant les 4 derniers trimestres civils complets. (Ce montant est calculé dans la section ci-dessous intitulée « Paiements de remplacement de salaire ».)

Paiements de remplacement de salaire. Lorsque vous prenez un congé pour l'une quelconque des raisons décrites ci-dessus, vous aurez le droit de faire une demande de prestations de remplacement de salaire au Département ou au régime privé de votre employeur. Ces prestations représenteront une fraction de votre rémunération hebdomadaire moyenne. Le montant potentiel maximum de prestations sera comme suit :

- 80 % des rémunérations jusqu'à 50 % de la rémunération hebdomadaire moyenne de l'État
- 50 % des rémunérations au-dessus de la rémunération hebdomadaire moyenne de l'État
- En aucun cas, plus qu'un montant maximum. Pour 2024, ce montant maximum de prestations est de 1 149,90 $. Ce montant sera rajusté chaque année en fonction des augmentations de la rémunération hebdomadaire moyenne de l'État.

Les régimes privés peuvent décider d'offrir des prestations supérieures mais ne peuvent offrir de montants inférieurs à ce que verserait le Département.

Paiements de prestations concomitantes. Si vous recevez des prestations d'autres sources tandis que vous recevez aussi des prestations du Département, les prestations que vous recevez du Département pourraient être réduites. Certains types d'autres prestations entraineront une réduction « un pour un » des prestations que vous recevez du Département. Ce qui signifie que pour chaque dollar que vous recevez de ces prestations, vos prestations émanant du Département seront réduites d'un dollar. Les prestations ayant cet effet sont les suivantes :

- L'assurance pour accidents du travail
- L'assurance chômage
- Les polices ou les programmes d'invalidité permanente
- Les banques de congés pour congés maladie prolongés

D'autres formes de prestations ne réduiront pas les prestations que vous recevez du Département à moins que vous receviez plus que vos prestations hebdomadaires moyennes en prestations totales. Les prestations ayant cet effet sont les suivantes :

- Polices ou programmes d'invalidité temporaire (y compris à la fois l'invalidité à court terme et l'invalidité à long terme)
- Polices ou programmes de congés pour raisons familiales et/ou médicales gérés par l'employeur

Compléter les paiements de prestations de PFML. Pour les demandes déposées à partir du 1er novembre 2023, les employés recevant des prestations PFML peuvent compléter leurs prestations PFML avec tout congé payé accumulé disponible (temps de maladie, vacances, temps personnel, etc.). Pour les salariés qui choisissent de compléter leurs prestations PFML de cette manière, la somme hebdomadaire combinée des prestations PFML et des congés payés fournis par l'employeur ne peut pas dépasser le salaire hebdomadaire moyen individuel du salarié. Il incombe aux employeurs de contrôler et de s'assurer que la somme hebdomadaire combinée des prestations de congé payé fournies par l'employeur et des prestations de PFML ne dépasse pas le salaire hebdomadaire moyen individuel d'un salarié. Les employeurs sont également responsables de la gestion de tout paiement effectué à un employé qui excède le salaire hebdomadaire moyen individuel de l'employé. Le Département n'est pas impliqué dans le processus de remboursement des excédents. Cette procédure relève uniquement de la responsabilité de l'employeur et de l'employé.

Si la demande est déposée le 1er novembre 2023 ou après cette date, les demandes déposées rétroactivement pour un congé ayant débuté avant le 1er novembre 2023 sont admissibles à la compensation complémentaire.

II. Droits et protections de l'employé

Protection de l'emploi. D'une manière générale, si vous prenez un congé pour raisons familiales ou médicales, une fois que vous reprenez le travail, votre employeur doit vous remettre au poste que vous occupiez précédemment ou à un poste équivalent, avec les mêmes statut, salaire, avantages en matière d'emploi, avantages pour ancienneté de service et ancienneté à la date du début du congé. Ceci peut ne pas s'appliquer si votre poste a été éliminé pour raisons économiques non liées à l'utilisation de votre congé.

Maintien de l'assurance santé. Votre employeur doit continuer à vous fournir des prestations d'assurance maladie liées à votre emploi et à y contribuer, le cas échéant, au niveau et dans les conditions où la couverture aurait été fournie si vous aviez continué à travailler pendant la durée de ce congé. Votre employeur peut vous demander de continuer à payer votre part de la prime d'assurance maladie dans les mêmes conditions qu'avant votre congé.

Absence de représailles. La loi interdit à l'employeur de faire preuve de discrimination ou de représailles à votre égard pour avoir usé d'un droit prévu par la loi sur les congés rémunérés pour raisons familiales et médicales. Tout salarié ou ancien salarié ayant fait l'objet de discrimination ou de représailles pour avoir exercé des droits prévus par la loi dispose de trois ans à compter de l'infraction pour intenter une action civile devant la cour supérieure.

III. Montants de la cotisation

Pour aider à financer les prestations pour congés rémunérés prévues par la loi sur les congés rémunérés pour raisons familiales et médicales, votre employeur peut verser une cotisation, financée en partie par une déduction de vos salaires, qui sera remise soit à la caisse centrale, soit au gestionnaire du régime privé de votre employeur. Un employeur qui cotise à la caisse centrale est tenu de cotiser selon les montants suivants :

Cotisation de congés pour raisons familiales	Cotisations de congés pour raisons médicales	Montant total des cotisations
0,18 % des revenus*	**0,70 % des revenus***	**0,88 % des revenus***

Votre employeur comptant au moins 25 travailleurs couverts, le montant total de la cotisation est 0,88 % des salaires.

Selon la loi, l'employeur est responsable d'au moins 60 % de la cotisation de congés pour raisons médicales (0,42 % du salaire), mais il est autorisé à déduire du salaire des salariés jusqu'à 40 % de la cotisation pour raisons médicales (0,28 % du salaire) et jusqu'à 100 % de la cotisation de congés pour raisons familiales (0,18 % du salaire) pour un total de 0,46 % du salaire. Votre employeur ne peut pas déduire plus que ces pourcentages de votre salaire, que votre employeur dispose d'un régime privé ou qu'il cotise à la caisse centrale de l'État.
Votre employeur a décidé d'allouer le montant de cotisation comme suit :

Congés pour raisons médicales	Cotisation totale exigée : 0,70 %*			
	Massachusetts Institute of Technology (Nom de l'employeur)	cotisera	100 %	de la cotisation de congés pour raisons médicales
		et le solde de	___%	sera déduit de vos salaires

Congés pour raisons familiales	Cotisation totale exigée : 0,18 %*			
	Massachusetts Institute of Technology (Nom de l'employeur)	cotisera	100 %	de la cotisation de congés pour raisons familiales
		et le solde de	___%	sera déduit de vos salaires

Veuillez parapher ici pour indiquer que vous comprenez que ce pourcentage de votre salaire gagné au cours d'une période de paie sera déduit de votre salaire à chaque période de paie : _____

* Les chiffres fournis sont valables jusqu'en 2024. Ces taux peuvent être ajustés sur une base annuelle, à compter du 1er janvier de chaque année civile.

IV. Aviser votre employeur

AVANT de prendre un congé ou de faire une demande de prestations, vous DEVEZ aviser votre employeur du fait que vous avez besoin d'un congé. Vous devez donner un préavis d'au moins 30 jours de votre besoin de congé. Si un préavis de 30 jours n'est pas possible en raison de circonstances indépendantes de votre volonté, vous devez fournir un préavis le plus rapidement possible et de toutes façons, avant de déposer votre demande de prestations.

Quand vous avisez votre employeur de votre besoin de congé, vous devez fournir les renseignements suivants :

1. La date anticipée de début du congé ;
2. La durée anticipée du congé ;
3. La date prévue de votre retour du congé ;
4. Si vous aurez besoin d'un congé intermittent (un congé pris en blocs séparés de deux ou plus) ou d'un congé réduit (un congé qui implique un programme réduit d'heures ou de jours de travail par semaine), et ;
5. Si vous avez besoin d'un congé intermittent ou d'un congé réduit, la fréquence anticipée de congés et la durée anticipée de chaque congé.

En cas de changement de l'un quelconque de ces renseignements, vous êtes tenu d'en informer le plus rapidement possible votre employeur.

V. Déposer une demande

Pour déposer une demande de prestations de congés rémunérés pour raisons familiales et médicales, vous aurez besoin des renseignements suivants relatifs à votre employeur :

Massachusetts Institute of Technology
(Nom de l'employeur)
77 Massachusetts Avenue, Bldg NE49-5000
(Adresse physique de votre employeur)

Cambridge, MA 02139
(Ville, État et code postal de votre employeur)
042103594
(Numéro fédéral d'identification de votre employeur) (FEIN)

Si votre employeur cotise à la caisse centrale, vous devez déposer une demande de prestations auprès du Département. Vous pouvez déposer cette demande selon deux options possibles :

1. Vous pouvez créer un compte pour faire une demande en ligne par le portail du demandeur du Département à paidleave.mass.gov/login/
2. Vous pouvez appeler le centre d'appels du département au (833) 344-7365 pour remplir une demande par téléphone.

Des formulaires et des consignes relatives aux demandes sont disponibles sur le site Web du Département à www.mass.gov/info-details/get-ready-to-apply-for-paid-family-and-medical-leave-pfml-benefits.

VI. Pour en savoir plus

Pour avoir des informations plus détaillées, veuillez consulter le site Web du Département : www.mass.gov/DFML. Vous pouvez contacter le Département des congés pour raisons familiales et médicales à :

The Massachusetts Department of Family and Medical Leave
PO Box 838
Lawrence, MA 01842
Coordonnées du centre : (833) 344-7365

ACCUSÉ DE RÉCEPTION

En apposant votre signature ci-dessous, vous confirmez avoir reçu les informations qui précèdent dans les 30 jours suivant votre entrée en fonction.

_____ _____

Signature **Date**

_____

Nom (en caractères d'imprimerie)

Votre accusé de réception signé sera conservé par votre employeur. Veuillez conserver une copie pour votre propre dossier.