직원용 유급 가족의료휴가/병가 통지서 (25 명 이상 직원)

이 통지서를 주의 깊게 읽으십시오. 이 문서에는 매사추세츠 유급 가족의료휴가/ 병가(PFML) 법에 따른 귀하의 권리, 의무 및 자격에 대한 중요한 정보가 포함되어 있습니다. 기록을 위해 이 통지서를 보관하십시오.

매사추세츠 주의 가족의료휴가/병가(PFML)법은 대부분의 매사추세츠 근로자들에게 가족의료휴가/병가의 권리를 제공합니다. 이러한 권리는 아래에 더 자세히 설명되어 있으며, (1) 근로자가 복직할 때의 일자리 보호와 (2) 근로자가 직장에서 떠나있는 중일 때의 일부 소득대체 혜택을 모두 포함합니다. 고용주는 (1) 매사추세츠 가족의료휴가/병가부서 (본 부서)가 운영하는 가족의료휴가/병가(PFML) 신탁 기금에 참여하거나, (2) 본 부서를 통해 제공되는 혜택만큼이라도 혜택을 제공하는 면제 민간 보험을 제공함으로써 이러한 혜택을 제공할 수 있습니다.

고용주가 주 신탁기금에 참여하든, 민간 보험이 있든 상관없이, 귀하는 일정한 혜택과 보호를 받을 자격이 주어집니다. 귀하가 신탁 기금을 불입하거나 고용주의 민간 보험에 연출금을 납부할 수도 있지만, 단지 어느 정도 일정 금액까지만에 한정합니다. 귀하는 또한 귀하가 휴가/병가를 필요로 할 때 귀하의 고용주에게 말하셔야 하고, 귀하는 본 부서나 귀하의 고용주의 민간 보험을 통해 혜택에 대한 신청서를 제출해야 할 수도 있습니다.

고용주는 의료병가 출연금, 가족휴가 출연금 또는 둘 다에 대한 면제를 신청할 수 있습니다. 귀하의 고용주는 민간 보험에 대한 정보 또한 신청 절차를 귀하께 알려드려야 합니다. 귀하의 고용주는 그 정보를 다음에서 볼 수 있도록 했습니다.

- ☒ 아래에 있는 박스 안에
- ☐ 본 통지서의 첨부서류로
- ☒ 그 밖의: https://hr.mit.edu/employee-leaves
- ☐ 해당 없음 (고용주가 신탁기금에 기금 납부)

Massachusetts Institute of Technology

(고용주 명)

PAID FAMILY AND MEDICAL LEAVE ACT (PFMLA) PLAN

(민간 보험 명)

(617) 253 – 6151

(민간 보험 전화번호)

MIT Human Resources, NE49-5000
Cambridge MA 02139

(민간 보험 주소)

https://hr.mit.edu/employee-leaves

(민간 보험 웹사이트)

- ☐ 승인 받은 민간 보험이 없으며 본 부서를 통해 모든 휴가 혜택을 제공하고 있습니다.
- ☒ 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 있으며, 본 부서를 통해 가족휴가 혜택을 제공합니다.

I. 혜택의 설명

휴가 배당. 유급 가족의료휴가/병가(PFML)법에 따라, 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 12 주의 유급 가족휴가.
- 심각한 건강 상태가 심각하여 일을 할 수 없는 경우, 1 혜택년에 20 주의 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 26 주.
- 한(1) 혜택년에, 합계해서, 총 26 주의 유급 가족의료휴가/병가.

"혜택 연도"는 휴가 시작 바로 전인 일요일 이전의 12 개월을 말합니다.

그 밖의 휴가. 위에 나열된 자격 요건과 동일한 이유로 유급이든 무급이든 휴가를 낸 경우 해당 연도의 휴가 일자에 반영됩니다.

자격. 귀하가 소득 검증을 통과하면 휴가와 소득대체 혜택을 받을 수 있습니다. 귀하는 혜택 신청 전 지난 완료된 4분기 동안 예상 혜택 액수의 30배 이상을 벌었거나 실업지원부서(DUA)에서 설정한 연간 최소 소득 요건(2024년 기준 6,300달러)을 충족해야 합니다. (이것은 아래 "소득대체수당" 섹션에서 계산한 금액입니다.)

소득대체수당. 위에 나열한 사유 중 어느 하나에 해당하는 사유로 휴가를 낸 경우, 본 부서 또는 고용주의 민간 보험에 소득대체수당을 신청할 수 있습니다. 이 혜택들은 귀하의 주당 평균 수입의 비례가 될 것입니다. 귀하의 최대 잠재적 혜택 금액은 다음과 같습니다.

- 주 평균 주급의 50%까지 수입의 80%
- 주 평균 주급 이상인 경우 수입의 50%
- 어떤 경우에도 최대 금액을 넘지 못합니다. 2024 년 이 최대 혜택 금액은 1,149.90 달러입니다. 이 금액은 주 평균 주급 인상분을 기준으로 매년 조정됩니다.

민간 보험은 더 높은 혜택을 제공하는 것을 선택할 수 있지만 본 부서가 지불할 금액보다 낮은 금액을 제공하지는 않을 수도 있습니다.

동시 혜택 수당. 본 부서에서 혜택을 받는 동시에 다른 출처에서에서도 혜택을 받는 경우 본 부서에서 받는 혜택이 줄어들 수 있습니다. 특정 유형의 다른 혜택은 본 부서로부터 받는 혜택을 일대일로 감소시킵니다. 즉, 이러한 혜택으로부터 1 달러를 받을 때마다 본 부서의 혜택은 1 달러씩 감소합니다. 다음과 같은 혜택이 여기에 해당합니다.

- 직장 상해
- 실업 수당
- 영구 장애 보험이나 프로그램
- 연장된 질병 리브 뱅크(Leave Bank) 병가

귀하가 총 혜택에서 평균 주급 이상의 혜택을 받지 않는 한, 다른 형태의 혜택은 본 부서로부터 받는 혜택을 감소시키지 않을 것입니다. 다음과 같은 혜택이 여기에 해당합니다.

- 일시적 장애 보험이나 프로그램 (단기 장애 및 장기 장애 보험 다 포함)
- 고용주 운영 가족 또는 의료휴가/병가보험이나 프로그램

유급 가족의료휴가/ 병가(PFML) 지급액 총괄 합산. 2023 년 11 월 1 일 또는 그 이후에 제출된 신청에 대해, 유급 가족의료휴가/병가(PFML)혜택을 받는 직원은 사용 가능한 적립 유급 휴가(병가, 휴가, PTO, 개인 시간 등)로 가족의료휴가/병가(PFML) 혜택을 보충(또는 "총괄 합산")할 수 있습니다. 이러한 방식으로 가족의료휴가/병가(PFML) 혜택을 보충하기로 선택한 직원의 경우, 가족의료휴가/병가(PFML) 혜택과 고용주가 제공하는 유급 휴가 급여의 주간 합계가 직원의 개인 평균 주급(IAWW)을 초과할 수 없습니다. 고용주는 고용주가 제공하는 유급 휴가 급여와 가족의료휴가/병가(PFML) 혜택의 주당 합계가 고용주의 개인 평균 주급(IAWW)을 초과하지 않도록 감시하고 보장할 책임이 있습니다. 고용주는 직원에게 지급된 모든 지급액이 직원의 개인 평균 주급(IAWW)을 초과하는 경우에도 관리할 책임이 있습니다. 본 부서는 초과분에 대한 상환 과정에 관여하지 않습니다. 이 과정은 전적으로 고용주와 직원의 책임입니다.

2023 년 11 월 1 일 혹은 그 이후에 제출된 신청에 대해, 2023 년 11 월 1 일 이전에 시작된 휴가를 소급하여 신청하는 경우에는 총괄 합산을 할 수 있습니다.

II. 직원의 권리와 보호

직장 보호. 일반적으로 가족휴가 또는 의료병가를 낸 경우, 귀하가 일단 직장에 복직하면 고용주는 휴가 시작일과 동일한 지위, 급여, 고용 혜택, 근속 기간, 연공서열로 이전 직위 또는 동등한 직위로 복직시켜야 합니다. 자신의 휴가 사용과는 무관한 경제적 이유로 직위가 박탈된 경우에는 이것이 적용되지 않을 수도 있습니다.

건강 보험 지속. 고용주는 귀하가 휴가 기간 동안 계속 근무했다면 보장받을 수 있는 수준 및 조건에 따라 고용 관련 건강보험 혜택(있는 경우)을 계속 제공하고 불입해야 합니다. 고용주는 귀하에게 휴가 전과 동일한 조건으로 건강보험료 일부를 계속 불입하도록 요구할 수도 있습니다.

보복 금지. 유급 가족의료휴가/병가법에 따라 귀하가 권리를 행사한 것에 대해 고용주가 귀하를 차별하거나 보복하는 것은 불법입니다. 법에 따른 권리행사로 보복을 당한 직원 또는 전직 직원은 위반행위가 발생한 후 3 년 이내에 상급법원에 민사소송을 제기할 수 있습니다.

III. 출연금

유급 가족의료휴가/병가(PFML)법에 따라 이용할 수 있는 유급 휴가 혜택을 지원하기 위해, 귀하의 고용주는 부분적으로 귀하의 임금에서 공제된 금액을 출연금으로 불입할 수 있으며, 이것은 신탁 기금 또는 귀하 고용주의 민간 보험 담당자에게 송금될 것입이다. 신탁기금에 불입하는 사용자는 다음의 금액을 출연금으로 불입하여야 합니다.

가족휴가 출연금	의료병가 출연금	총 출연금 금액
소득의 0.18%*	**소득의 0.70%***	**소득의 0.88%***

귀하의 고용주는 보험 적용 대상 근로자가 25 명 이상이기 때문에 총 출연금액은 임금의 0.88%입니다.

법에 의거해 고용주는 의료병가 출연금의 최소 60%(임금의 0.42%)를 부담하되, 총 임금의 0.46%에 대해 직원 임금에서 의료병가 출연금의 최대 40%(임금의 0.28%)와 가족휴가 출연금 100%(임금의 0.18%)까지를 공제하도록 허용되어

있습니다. 고용주가 민간 보험을 가지고 있든 주 신탁 기금에 참여하든 간에 고용주는 임금에서 이 비율 이상은 공제할 수 없습니다.

귀하의 고용주는 다음과 같이 출연금액을 배분하기로 채택했습니다.

의료병가	총 요구되는 출연금: 0.70%*			
	Massachusetts Institute of Technology (고용주 명)	다음의 출연금을 불입할 것임	100%	의료병가 출연금 비율
		나머지 금액	___%	귀하의 소득에서 공제

가족휴가	총 요구되는 출연금: 0.18%*			
	Massachusetts Institute of Technology (고용주 명)	다음의 출연금을 불입할 것임	100%	가족휴가 출연금 비율
		나머지 금액	___%	귀하의 소득에서 공제

귀하가 급여 기간에 벌어들인 소득 중 이러한 비율로 각 급여 기간에서 공제된다는 것을 이해하시면 여기에 귀하의 이니셜(이름의 첫번째 영어철자)을 기입하십시오. _____

* 제공된 숫자는 2024 년까지입니다. 이 요율은 매년 1 월 1 일부터 1 년 단위로 조정될 수 있습니다.

III. 고용주에게 통지하기

휴가를 내거나 혜택을 신청하기 ***전에는*** 반드시 고용주에게 휴가가 필요하다고 통지해야 합니다. 적어도 30 일 전에 휴가가 필요하다는 통지를 해야 합니다. 어쩔 수 없는 사정으로 30 일 사전통지가 불가능한 경우, 할 수 있는 한 빨리, 그리고 반드시 혜택을 신청하기 전에 통지해야 합니다.

고용주에게 휴가가 필요하다고 알릴 때는 다음의 정보를 제공해야 합니다.:

1. 예상되는 휴가 시작일
2. 예상되는 휴가 기간
3. 휴가에서 복직 예정일
4. 간헐적 휴가(2 개 이상의 기간으로 분리된 휴가) 또는 단축된 휴가(주당 시간 또는 일수 단축을 수반하는 휴가)가 필요한지 여부
5. 간헐적 또는 단축된 휴가 일정이 필요한 경우, 각 휴가 때 마다의 예상 휴가 빈도 및 예상 기간

이러한 정보가 변경되면 변경 사실을 알게 되는 즉시 고용주에게 알려야 합니다.

IV. 신청서 제출

유급 가족의료휴가/병가(PFML) 혜택을 신청하려면 다음과 같은 고용주에 정보가 필요합니다.

Massachusetts Institute of Technology
(고용주 명)
77 Massachusetts Avenue, Bldg NE49-5000
(고용주 주소)
Cambridge, MA 02139
(고용주 시, 주, 짚코드)
042103594
(연방 고용주 ID 번호) (FEIN)

만약 귀하의 고용주가 신탁기금에 출연금을 불입한다면, 귀하는 본 부서에 혜택 신청서를 제출해야 합니다. 귀하는 다음의 두 가지 방법 중 하나로 이러한 신청을 할 수 있습니다.

1. 본 부서의 신청 웹사이트를 통해 온라인으로 신청할 계정을 만들 수 있습니다. paidleave.mass.gov/login/
2. 본 부서 연락 센터 (833) 344-7365 로 전화를 걸어 전화로 신청서를 작성할 수 있습니다.

서식 및 신청 설명서는 다음과 같은 본 부서의 웹사이트에서 접속할 수 있습니다.
www.mass.gov/info-details/get-ready-to-apply-for-paid-family-and-medical-leave-pfml-benefits.

V. 더 자세한 정보

더 자세한 내용은 본 부서 웹사이트(www.mass.gov/DFML)를 참조하십시오. 가족의료휴가/병가부서에 문의할 수도 있습니다.

매사추세츠 가족의료휴가/병가부서(The Massachusetts Department of Family and Medical Leave)
PO Box 838
Lawrence, MA 01842
연락 센터: (833) 344-7365

인정

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

_____ _____

서명 **날짜**

_____

이름 (인쇄체)

귀하가 서명한 인정서는 귀하의 고용주가 보관합니다. 귀하 자신의 참고용으로 사본을 보관하십시오.