NOTIFICAÇÃO DE LICENÇA MÉDICA E FAMILIAR REMUNERADA AOS EMPREGADOS (25 ou mais trabalhadores)

Leia esta notificação com atenção. Ele contém informações importantes sobre seus direitos, obrigações e elegibilidade de acordo com a lei de licença médica e familiar Remunerada de Massachusetts (PFML). Mantenha/Guarde esta notificação em seus registros.

A Lei de Licença Médica e Familiar Remunerada de Massachusetts (PFML) fornece à maioria dos funcionários de Massachusetts o direito a licença médica e familiar remunerada. Esses direitos são descritos mais abaixo e incluem (1) proteção do emprego quando o funcionário retornar ao trabalho e (2) benefícios de substituição parcial de salário enquanto o funcionário não estiver trabalhando. Os empregadores podem fornecer esses benefícios (1) ou participando do Fundo Fiduciário do PFML, operado pelo Departamento de Licença Médica e Familiar de Massachusetts (o Departamento), ou (2) fornecendo um plano privado isento que ofereça benefícios pelo menos tão generosos quanto os disponíveis através do Departamento.

Independentemente de seu empregador participar do fundo fiduciário do estado ou ter um plano privado, você terá direito a certos benefícios e proteções. Você pode ser exigido/obrigado a fazer contribuições para o Fundo Fiduciário ou para financiar o plano privado de seu empregador, mas apenas até determinado valor. Você também precisará informar ao seu empregador quando precisar tirar uma licença, e precisará aplicar/registrar uma solicitação de benefícios junto ao Departamento ou por meio do plano privado de seu empregador.

Um empregador pode solicitar uma isenção da contribuição para licença médica, contribuição para licença familiar ou ambas. Seu empregador deve fornecer informações sobre o plano privado e o processo de inscrição. Seu empregador disponibilizou essas informações:

- ☒ No quadro abaixo
- ☐ Como um arquivo/anexo junto a essa Notificação
- ☒ Outros: https://hr.mit.edu/employee-leaves
- ☐ N/A- Não Aplica (Empregador Contribui com o Fundo Fiduciário)

Massachusetts Institute of Technology
(Nome do Empregador)

PAID FAMILY AND MEDICAL LEAVE ACT (PFMLA) PLAN
(Nome do Plano Privado)

(617) 253 – 6151
(Telefone do Plano Privado)

MIT Human Resources, NE49-5000
Cambridge MA 02139
(Endereço do Plano Privado)

https://hr.mit.edu/employee-leaves
(Website/página de internet do Plano Privado)

- ☐ Não tem um plano privado aprovado e está fornecendo todos os benefícios de licença por intermédio do Departamento;
- ☒ Tem um plano privado aprovado de ambos, tanto para licença médica quanto para licença familiar;
- ☐ Tem um plano privado aprovado apenas para benefícios de licença familiar e está fornecendo benefícios de licença médica por intermédio do Departamento;
- ☐ Tem um plano privado aprovado apenas para benefícios de licença médica e está fornecendo benefícios de licença familiar por intermédio do Departamento.

I. Explicação dos Benefícios

Alocação de licenças. De acordo com a Lei PFML, você pode ter direito a até:

- 12 semanas de licença familiar remunerada em um ano de benefícios para o nascimento, adoção ou acolhimento de uma criança em um lar adotivo, para cuidar de um familiar com uma condição de saúde grave, ou por exigência qualificante decorrente do fato de um familiar estar em serviço ativo ou ter sido notificado de uma iminente convocação para serviço ativo nas Forças Armadas;
- 20 semanas de licença médica remunerada em um ano de benefícios, se tiver uma condição de saúde grave que o incapacite de trabalhar;
- 26 semanas de licença familiar remunerada em um ano de benefícios para cuidar de um familiar que seja um militar coberto recebendo tratamento médico ou lidando com as consequências de uma condição de saúde grave relacionada ao serviço militar do familiar;
- 26 semanas no total, agregadas, de licença médica e familiar remunerada em um único ano de benefícios.

Um "ano de benefícios" são os 12 meses anteriores ao domingo imediatamente anterior ao início de sua licença.

Outras licenças. Qualquer licença que você tirar – remunerada ou não – pelos mesmos motivos de elegibilidade/qualificação listados acima contará para o valor da licença daquele ano de benefício.

Elegibilidade/Qualificação. Você será elegível, e terá direito a benefícios de licença e substituição/reposição de salário se passar pela verificação (teste) de rendimentos. Você deve ter ganho pelo menos 30 vezes o valor esperado do benefício e atendeu ao requisito de rendimento mínimo estabelecido anualmente pelo Departamento de Assistência ao Desemprego (DUA) que é de US$ 6.300 para 2024, durante os últimos 4 trimestres completos. (Este é o valor calculado na seção "Pagamentos de substituição/reposição salarial" abaixo.)

Pagamentos de Substituição/Reposição de Salário. Quando você tirar licença por qualquer um dos motivos descritos acima, você terá direito a solicitar ao Departamento ou ao plano privado de seu empregador para benefícios de reposição de salário. Esses benefícios serão uma proporção de seus rendimentos semanais médios. O valor máximo do benefício potencial será o seguinte:

- 80% dos rendimentos até 50% dos Rendimentos Médios Semanais do Estado
- 50% dos rendimentos acima dos Rendimentos Médios Semanais do Estado
- Em nenhum caso, será mais do que o valor máximo. Para 2024, esse valor máximo de benefícios é de $1149.90. Esse valor será reajustado anualmente com base nos reajustes dos Rendimentos Médios Semanais do Estado.

Os planos privados podem optar por fornecer benefícios mais altos, mas não podem fornecer valores inferiores aos que o Departamento pagaria.

Pagamentos de Benefícios Simultâneos. Se você receber benefícios de outras fontes enquanto também estiver recebendo benefícios do Departamento, os benefícios que você recebe do Departamento podem ser reduzidos. Certos tipos de outros benefícios causarão uma redução de um para um nos benefícios que você recebe do Departamento. Isso significa que para cada dólar que você recebe desses benefícios, seu benefício do Departamento diminuirá em um dólar. Os benefícios que terão este efeito incluem:

- Compensação ao trabalhador (por acidentes de trabalho)

- Seguro-desemprego
- Políticas ou Programas de Invalidez Permanente
- Licença do banco de licenças por doença estendida

Outras formas de benefícios não reduzirão os benefícios que você recebe do Departamento, a menos que você esteja recebendo mais do que seu salário semanal médio em benefícios totais. Os benefícios que terão este efeito incluem:

- Políticas ou Programas de Invalidez Temporária (incluindo ambas, Invalidez de Curto Prazo e Invalidez de Longo Prazo)
- Políticas ou programas de licença médica e/ou familiar administrados pelo empregador

Complementação de pagamentos de benefícios PFML. Para aplicações apresentadas em ou após 1º de novembro de 2023, os trabalhadores/empregados que recebem benefícios do PFML podem complementar (ou "completar") seus benefícios do PFML com qualquer licença remunerada acumulada disponível (licença médica, férias, Folga remunerada, dia livre/pessoal, etc.). Para os empregados que optem por complementar os seus benefícios do PFML desta forma, a soma semanal combinada dos benefícios do PFML e dos benefícios de licença remunerada fornecidos pelo empregador não pode exceder o valor do empregado Salário semanal médio individual (Individual Average Weekly Wage (IAWW)). Os empregadores serão responsáveis por monitorar e garantir que a soma semanal combinada dos benefícios de licença remunerada fornecidos pelo empregador e dos benefícios do PFML não exceda o IAWW do funcionário. Os empregadores também são responsáveis por gerenciar quaisquer pagamentos feitos a um funcionário que excedam o IAWW do funcionário. O Departamento não está envolvido no processo de reembolso de excedentes de recarga. Este processo é de responsabilidade exclusiva do empregador e do empregado.

Se a aplicação for apresentada em ou após 1º de novembro de 2023, as aplicações/solicitações apresentadas retroativamente para férias iniciadas antes de 1º de novembro de 2023 serão elegíveis para complemento.

II. Direitos e proteções dos empregados

Proteção de emprego. Geralmente, se você tirar licença familiar ou médica, ao retornar ao trabalho, eu empregador deve recolocá-lo no seu cargo anterior ou em um cargo equivalente, com o mesmo status, remuneração, benefícios trabalhistas, crédito por tempo de serviço e antiguidade. a partir da data em que você iniciou sua licença. Isto pode não se aplicar se o seu cargo tiver sido eliminado devido a razões económicas não relacionadas com o uso da licença.

Continuação do Seguro de Saúde. O seu empregador deve continuar a fornecer e contribuir para os seus benefícios de seguro de saúde relacionados com o emprego, se existirem/houver, no nível e sob as condições que a cobertura teria sido fornecida se você tivesse continuado a trabalhar durante essa licença. Seu empregador pode exigir que você continue a pagar sua parte do prêmio do seguro saúde nos mesmos termos e condições de antes de sua licença.

***É proibido a retaliação*.** É ilegal para qualquer empregador discriminar ou retaliar contra você por exercer qualquer direito ao qual você tenha direito de acordo com a lei de licença médica e familiar remunerada. Um empregado ou ex-funcionário que sofrer retaliação por exercer seus direitos previstos em lei poderá, no prazo máximo de três anos após a ocorrência da infração, ajuizar uma ação civil no tribunal superior.

III. Valores da Contribuição

Para ajudar a financiar os benefícios de licença remunerada disponíveis sob a lei PFML, seu empregador pode fazer uma contribuição, financiada em parte por uma dedução de seus rendimentos, que será enviada ao Fundo Fiduciário ou ao operador do plano privado de seu empregador. Um empregador que contribua para o Fundo Fiduciário é obrigado a contribuir com os seguintes valores:

Contribuição para a Licença Familiar	**Contribuição para a Licença Médica**	**Valor Total da Contribuição**
0.18% dos rendimentos*	**0.70% dos rendimentos***	**0.88% dos rendimentos***

Como seu empregador tem 25 ou mais trabalhadores cobertos, o valor total da contribuição é de 0,88% dos rendimentos.

De acordo com a lei, os empregadores são responsáveis por um mínimo de 60% da contribuição para licença médica (0,42% dos salários), mas são permitidos a deduzir dos salários dos funcionários até 40% da contribuição para licença médica (0,28% dos salários) e até 100% da contribuição para licença familiar (0,18% do salário), o que representa um total de 0,46% dos rendimentos. Tanto faz, se seu empregador tem um plano privado ou participa do fundo fiduciário estadual, seu empregador não pode deduzir mais do que as porcentagens de seus rendimentos.

Seu empregador optou por alocar o valor da contribuição da seguinte forma:

Licença Médica	Contribuição Total Exigida: .70%*		
	Massachusetts Institute of Technology (Nome do Empregador) contribuirá com	100 %	da contribuição para a licença médica
	e os restantes	___%	serão descontados dos seus rendimentos

Licença Familiar	Contribuição Total Exigida: .18%*		
	Massachusetts Institute of Technology (Nome do Empregador) contribuirá com	100%	da contribuição para a licença familiar
	e os restantes	___%	serão descontados dos seus rendimentos

Por favor, ponha suas iniciais aqui para indicar que você entende que esta porcentagem de seus rendimentos ganhos em um período de pagamento será deduzida de seu pagamento em cada período de pagamento: _____

* Os números fornecidos cobrem até 2024. Essas alíquotas podem ser reajustadas anualmente, a partir de 1º de janeiro de cada ano.

IV. Notificando seu empregador

ANTES DE você tirar uma licença ou solicitar benefícios, você DEVE notificar seu empregador de que precisa tirar uma licença. Você é obrigado a fornecer pelo menos 30 dias de aviso-prévio de que precisar tirar uma licença. Se o

aviso prévio de 30 dias não for possível devido a circunstâncias fora de seu controle, você deverá fazer a notificação assim que possível e, em todos os casos, antes de fazer qualquer aplicação/solicitação de benefícios.

Quando você notificar seu empregador de que precisa tirar uma licença, você deve fornecer as seguintes informações:

1. A data prevista de início da licença;
2. A duração prevista da licença;
3. A previsão de uma data para retorno da licença;
4. Tanto faz, se vai precisar de uma licença intermitente (licença blocos, em dois ou mais blocos separados) ou licença reduzida (licença que envolve um horário de trabalho reduzido de menos horas ou dias por semana), e;
5. Se precisar de uma licença intermitente ou de horário, a frequência esperada de licença e a duração prevista de cada período de licença

Se alguma dessas informações mudar, você deve informar ao seu empregador assim que souber da mudança.

I. Enviando/Apresentando uma aplicação /solicitação

Para aplicar/solicitar benefícios do PFML, você precisará das seguintes informações sobre seu empregado:

Massachusetts Institute of Technology
(Nome do Empregador)
77 Massachusetts Avenue, Bldg NE49-5000
(Endereço do Empregador)
Cambridge, MA 02139
(Cidade, Estado, Código Postal (CEP) do Empregador)
042103594
(Federal Employer ID Number) (FEIN) {Número Federal de Identificação do Empregador}

Se o seu empregador contribuir para o Fundo Fiduciário, você deve enviar uma aplicação/solicitação de benefícios junto ao Departamento. Você pode fazer essa solicitação de duas maneiras:

1. Você pode criar uma conta e inscrever-se online pelo Portal dos Requerentes do Departamento em paidleave.mass.gov/login/
2. Você pode ligar para a central de atendimento do Departamento pelo número (833) 344-7365 para fazer a solicitação/aplicação por telefone.

Formulários e instruções para fazer a solicitação estão disponíveis no site do departamento em www.mass.gov/info-details/get-ready-to-apply-for-paid-family-and-medical-leave-pfml-benefits.

II. Para obter mais informações

Para obter informações mais detalhadas, acesse o site do departamento em: www.mass.gov/DFML. Você pode entrar em contato com o Departamento de Licença Médica e Familiar em:

The Massachusetts Department of Family and Medical Leave
PO Box 838
Lawrence, MA 01842
Centro de Contato: (833) 344-7365

CONFIRMAÇÃO

Sua assinatura abaixo confirma o recebimento das informações acima dentro de 30 dias a partir da data de início de seu emprego/contrato de trabalho.

_____ _____

Assinatura **Data**

_____

Nome (Por escrito em letra de forma)

Sua confirmação assinada, será retida pelo seu empregador. Por favor, guarde uma cópia para sua própria referência