ОПЛАЧИВАЕМЫЙ ОТПУСК ПО СЕМЕЙНЫМ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМ И СОСТОЯНИЮ ЗДОРОВЬЯ, УВЕДОМЛЕНИЕ ДЛЯ РАБОТНИКОВ (25 или более работников)

Внимательно прочитайте это уведомление. В нём содержится важная информация о ваших правах, обязанностях и соответствии требованиям закона штата Массачусетс об оплачиваемом отпуске по семейным обстоятельствам и состоянию здоровья (PFML). Сохраните это уведомление для архивных целей.

Закон штата Массачусетс о PFML предоставляет большинству работников штата Массачусетс право на оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам и состоянию здоровья. Эти права описаны ниже и включают в себя как (1) сохранение рабочего места, когда работник возвращается на работу, так и (2) частичное возмещение заработной платы, пока работник находится без работы. Работодатели могут предоставлять эти пособия, либо (1) участвуя в Целевом фонде PFML, которым распоряжается Департамент штата Массачусетс по вопросам отпусков по семейным обстоятельствам и состоянию здоровья (Департамент), либо (2) предоставляя освобождённый частный план, предлагающий пособия, по крайней мере столь же щедрые, как и те, которые предлагаются Департаментом.

Независимо от того, участвует ли ваш работодатель в Целевом фонде штата или имеет частный план, вы будете иметь право на определённые пособия и средства защиты. Вас могут обязать делать взносы в Целевой фонд или финансировать частный план вашего работодателя, но только до определённой суммы. Кроме того, вы должны будете сообщить своему работодателю о том, что вам нужен отпуск, и подать заявление о получении пособия в Департамент или через частный план вашего работодателя.

Работодатель может подать заявление об освобождении от уплаты взноса в счёт отпуска по состоянию здоровья, по семейным обстоятельствам или обоих взносов. Ваш работодатель обязан предоставить вам информацию о частном плане и порядке подачи заявления. Ваш работодатель предоставил эту информацию:

- ☒ В отведённой ниже рамке
- ☐ В виде приложения к настоящему Уведомлению
- ☒ Другой вариант: https://hr.mit.edu/employee-leaves
- ☐ Н/Д (Работодатель делает взносы в Целевой фонд)

Massachusetts Institute of Technology
(Название работодателя)

PAID FAMILY AND MEDICAL LEAVE ACT (PFMLA) PLAN
(Название частного плана)

(617) 253 – 6151
(Номер телефона частного плана)

MIT Human Resources, NE49-5000
Cambridge MA 02139
(Адрес частного плана)

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

- ☐ 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;

(Веб-сайт частного плана)	☐ Имеет утвержденный частный план, предусматривающий только льготы в счёт отпуска по состоянию здоровья, и предоставляет льготы в счёт отпуска по семейным обстоятельствам через Департамент.

I. Объяснение пособия

Распределение отпусков. Согласно Закону о PFML, вы можете иметь право на:

- 12 недель оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам в год выплаты пособия в связи с рождением, усыновлением или приёмом патронатного ребёнка; для ухода за членом семьи, у которого имеется серьёзное заболевание; или по причине соответствующего обстоятельства, связанного с тем, что один из членов семьи находится на действительной воинской службе или был уведомлён о предстоящем призыве на действительную службу в Вооружённые силы;
- 20 недель оплачиваемого отпуска по состоянию здоровья в год выплаты пособия в случае серьёзного заболевания, лишающего трудоспособности;
- 26 недель оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам в год выплаты пособия для ухода за членом семьи, который является военнослужащим и проходит медицинское лечение или иным образом устраняет последствия серьёзного заболевания, связанного с воинской службой этого члена семьи;
- 26 общих недель оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам и состоянию здоровья в совокупности за один год выплаты пособия.

«Годом выплаты пособия» считаются 12 месяцев, предшествующие воскресенью непосредственно перед началом вашего отпуска.

Другие отпуска. Любой отпуск, который вы берёте – оплачиваемый или неоплачиваемый – по тем же самым квалифицирующим причинам, перечисленным выше, будет засчитываться в сумму вашего отпуска за этот год выплаты пособия.

Правомочность. Вы будете иметь право на отпуск и пособия в счёт заработной платы, если вы будете отвечать требованиям к заработку. Вы должны заработать не менее чем в 30 раз больше ожидаемой суммы пособия и соответствовать требованию к минимальной сумме заработка, ежегодно определяемой Департаментом помощи безработным (Department of Unemployment Assistance, DUA), которая в 2024 году составляет $6300, в течение четырёх полных календарных кварталов. (Эта сумма рассчитана в разделе «Выплаты в счёт заработной платы» ниже).

Выплаты в счёт заработной платы. Если вы берёте отпуск по любой из вышеописанных причин, вы имеете право обратиться в Департамент или в частный план вашего работодателя за получением пособия в счёт заработной платы. Эти пособия будут составлять часть вашего среднего недельного заработка. Ваша максимальная потенциальная сумма пособия будет следующей:

- 80% от заработка и вплоть до 50% от средней недельной заработной платы по штату

- 50% от заработка выше средней недельной заработной платы по штату
- Ни при каких обстоятельствах не более максимальной суммы. В 2024 году максимальный размер пособия составляет $1149,90. Эта сумма будет ежегодно корректироваться в зависимости от увеличения средней недельной заработной платы по штату.

Частные планы могут предоставлять более высокие льготы, но не могут предоставлять суммы меньше тех, которые будет выплачивать Департамент.

Параллельные выплаты пособий. Если вы получаете пособия из других источников одновременно с пособиями от Департамента, то те пособия, которые вы получаете от Департамента, могут быть уменьшены. Определённые виды других пособий будут приводить к уменьшению пособий, получаемых вами от Департамента, в пропорции один к одному. Это означает, что на каждый доллар, полученный вами в виде этих пособий, ваше пособие от Департамента уменьшится на доллар. К числу пособий, которые будут иметь такой эффект, относятся следующие:

- Компенсация работников
- Страхование на случай безработицы
- Правила или программы в области постоянной нетрудоспособности
- Продлённый отпуск по болезни Банковский отпуск

Другие виды пособий не уменьшат размера пособий, получаемых вами от Департамента, кроме случаев, когда общая сумма получаемых вами пособий превышает вашу среднюю недельную заработную плату. К числу пособий, которые будут иметь такой эффект, относятся следующие:

- Правила или программы в области временной нетрудоспособности (включая краткосрочную и долгосрочную нетрудоспособность)
- Правила или программы отпусков по семейным обстоятельствам и (или) состоянию здоровья, осуществляемые работодателями

Пополнение выплат пособий по PFML. В отношении заявлений, поданных 1 ноября 2023 года или после этой даты, работники, получающие пособия по PFML, могут дополнить (или «пополнить») свои пособия по PFML любым доступным накопленным оплачиваемым отпуском (больничными, отпускными, оплачиваемым нерабочим временем, личным временем и т. д.). Для работников, которые решили дополнить свои пособия PFML таким образом, совокупная еженедельная сумма пособий по PFML и пособий по оплачиваемому отпуску, предоставляемых работодателем, не может превышать индивидуальную среднюю еженедельную заработную плату работника (IAWW). Работодатели будут нести ответственность за мониторинг и обеспечение того, чтобы совокупная еженедельная сумма предоставляемых работодателем пособий в связи с оплачиваемым отпуском и пособий по PFML не превышала IAWW работника. Работодатели также несут ответственность за контроль всех платежей, производимых работнику и превышающих IAWW работника. Департамент не участвует в процессе погашения излишков. Ответственность за этот процесс несут исключительно работодатель и работник.

В случае подачи заявления 1 ноября 2023 года или после этой даты на те заявления, которые поданы задним числом в отношении отпусков, начавшихся до 1 ноября 2023 года, распространяется положение о пополнении выплат.

II. Права и средства защиты работников

Сохранение рабочего места. Как правило, если вы уходите в отпуск по семейным обстоятельствам или состоянию здоровья, то после возвращения на работу работодатель обязан восстановить вас в прежней или

равнозначной должности с тем же статусом, оплатой, трудовыми льготами, зачётом выслуги лет и стажем на дату начала отпуска. Это правило может не применяться, если ваша должность была ликвидирована по экономическим причинам, не связанным с использованием отпуска.

Продолжение медицинского страхования. Ваш работодатель обязан по-прежнему обеспечивать и делать взносы в ваше медицинское страхование, связанное с работой (если таковое имеется), на том же уровне и на тех же условиях, на которых оно обеспечивалось бы, если бы вы продолжали работать в течение всего срока такого отпуска. Ваш работодатель может потребовать, чтобы вы продолжали оплачивать свою часть взносов по медицинскому страхованию на тех же условиях, что и до вашего отпуска.

Недопущение ответных мер. Работодатель не имеет права допускать дискриминацию или преследовать вас за использование прав, которые вы имеете в соответствии с законом об оплачиваемом отпуске по семейным обстоятельствам и состоянию здоровья. Работник или бывший работник, подвергшийся преследованию за осуществление прав, предусмотренных законом, может не более чем через три года после данного нарушения подать гражданский иск в суд высшей инстанции.

III. Суммы взносов

Для финансирования оплачиваемого отпуска, предоставляемого в соответствии с законом о PFML, ваш работодатель может сделать взнос, частично финансируемый за счёт вычетов из вашей заработной платы, который будет перечисляться либо в Целевой фонд, либо оператору частного плана вашего работодателя. Работодатель, вносящий взносы в Целевой фонд, обязан вносить следующие суммы:

Взнос в счёт отпуска по семейным обстоятельствам	**Взнос в счёт отпуска по состоянию здоровья**	**Общая сумма взноса**
0,18% заработка*	**0,70% заработка***	**0,88% заработка***

Поскольку у вашего работодателя 25 или более застрахованных работников, общая сумма взносов составляет 0,88% заработной платы.

Согласно закону, работодатели несут ответственность за выплату минимум 60% отчислений в счёт отпуска по состоянию здоровья (0,42% заработной платы), но при этом им разрешено вычитать из заработной платы работников до 40% отчислений в счёт отпуска по состоянию здоровья (0,28% заработной платы) и до 100% отчислений в счёт отпуска по семейным обстоятельствам (0,18% заработной платы), что в общей сложности составляет 0,46% от заработной платы. Независимо от того, имеет ли ваш работодатель частный план или участвует в Целевом фонде штата, ваш работодатель не может вычитать из вашей заработной платы больше, чем эти проценты.

Ваш работодатель решил предоставить следующие пособия:

Отпуск по состоянию	Общий требуемый взнос: 0,70%*		
	Massachusetts Institute of Technology (Название работодателя) будет внесено	100%	взноса в счёт отпуска по состоянию здоровья
	а остальные	___%	будут вычитаться из вашего заработка

Отпуск по семейным	Общий требуемый взнос: 0,18%*			
	Massachusetts Institute of Technology (Название работодателя)	будет внесено а остальные	100**%** **___%**	взноса в счёт отпуска по семейным обстоятельствам будут вычитаться из вашего заработка

Поставьте здесь свои инициалы, чтобы указать, что вы понимаете, что этот процент вашей заработной платы, полученной за расчётный период, будет вычитаться из вашей зарплаты каждый расчётный период: _____

* Приведённые цифры рассчитаны до 2024 года включительно. Эти тарифы могут корректироваться на ежегодной основе с 1 января каждого календарного года

IV. Уведомление работодателя

ДО ТОГО, КАК вы возьмёте отпуск или подадите заявление о получении пособия, вы ОБЯЗАНЫ уведомить своего работодателя о том, что вам необходимо взять отпуск. Вы обязаны уведомить о своём желании уйти в отпуск не менее чем за 30 дней. Если уведомление за 30 дней невозможно по не зависящим от вас обстоятельствам, вы должны уведомить об этом как можно скорее и в любом случае до подачи заявления о получении пособия.

Уведомляя своего работодателя о том, что вам нужен отпуск, вы должны предоставить следующую информацию:

1. Предполагаемая дата начала отпуска;
2. Предполагаемая продолжительность отпуска;
3. Ожидаемая дата возвращения из отпуска;
4. Нужен ли вам отпуск с перерывами (отпуск, предоставляемый отдельными периодами по два дня или более) или сокращённый отпуск (отпуск, предполагающий сокращённый график с меньшим количеством часов или дней в неделю); а также
5. Если вам нужен отпуск с перерывами или сокращённый отпуск – ожидаемая частота отпусков и ожидаемая продолжительность каждого случая отпуска.

Если какая-либо часть этих сведений изменится, вы должны сообщить об этом своему работодателю, как только вам станет известно о таком изменении.

V. Подача заявления

Чтобы подать заявление о получении пособия по PFML, вам потребуется следующая информация о вашем работодателе:

Massachusetts Institute of Technology
(Название работодателя)
77 Massachusetts Avenue, Bldg NE49-5000
(Дом и улица работодателя)

Cambridge, MA 02139
(Город, штат, почтовый индекс работодателя)
042103594
(Федеральный идентификационный номер работодателя) (FEIN)

Если ваш работодатель делает взносы в Целевой фонд, вы должны подать в Департамент заявление о получении пособия. Это заявление можно подать одним из двух способов:

1. Создать учётную запись для подачи заявления онлайн на «Веб-сайте заявлений» (Application Website) Департамента по адресу paidleave.mass.gov/login/
2. Позвонить в информационный центр Департамента по телефону (833) 344-7365 и заполнить заявление по телефону.

Формы и инструкции по подаче заявлений доступны на веб-сайте Департамента по адресу www.mass.gov/info-details/get-ready-to-apply-for-paid-family-and-medical-leave-pfml-benefits.

VI. Дополнительная информация

Более подробную информацию можно найти на веб-сайте Департамента по адресу www.mass.gov/DFML. С Департаментом по вопросам отпусков по семейным обстоятельствам и состоянию здоровья можно связаться по адресу:

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

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ

Ваша подпись ниже подтверждает, что вы получили вышеуказанную информацию в течение 30 дней с даты начала работы.

_____ _____

Подпись **Дата**

_____

Имя (печатными буквами)

Подписанное вами подтверждение будет храниться у вашего работодателя. Сохраните копию для архивных целей.