AVISO PARA EMPLEADOS SOBRE EL PERMISO FAMILIAR Y MÉDICO PAGADO (veinticinco trabajadores o más)

Por favor, leer este aviso atentamente. Contiene información importante sobre sus derechos, obligaciones y elegibilidad según la Ley de Permiso Familiar y Médico Pagado (PFML, por sus siglas en inglés) de Massachusetts. Conserve este aviso para su referencia.

La Ley PFML de Massachusetts brinda este derecho a la mayoría de los empleados en Massachusetts. Estos derechos se describen con mayor detalle a continuación e incluyen tanto (1) protección laboral cuando el empleado regresa al trabajo como (2) beneficios de reemplazo salarial parcial mientras el empleado no esté trabajando. Los empleadores pueden ofrecer estos beneficios si (1) participan en el Fondo Fiduciario del PFML operado por el Departamento de Permiso Familiar y Médico de Massachusetts (el Departamento) o (2) si cuentan con un plan privado exento que otorgue beneficios que tengan, como mínimo, el mismo alcance que los que pone a disposición el Departamento.

Más allá de si su empleador participa o no en el Fondo Fiduciario estatal o si tiene un plan privado, a usted le corresponderán ciertos beneficios y protecciones. Es posible que usted tenga que realizar contribuciones al Fondo Fiduciario o que deba financiar el plan privado de su empleador, pero solo hasta cierto monto. También tendrá que indicarle a su empleador cuando necesite tomarse un permiso y deberá presentar una solicitud para los beneficios ante el Departamento o a través del plan privado de su empleador.

Un empleador puede solicitar la exención de la contribución para el permiso médico, para el permiso familiar o para ambos. Su empleador debe proporcionarle la información del plan privado y del proceso de solicitud. Su empleador puso esa información a su disposición de acuerdo con lo que se detalla en:

- ☒ El recuadro de abajo
- ☐ Un archivo adjunto a este Aviso
- ☒ Otro: https://hr.mit.edu/employee-leaves
- ☐ N/A (el Empleador aporta al Fondo Fiduciario)

Massachusetts Institute of Technology
(Nombre del empleador)

PAID FAMILY AND MEDICAL LEAVE ACT (PFMLA) PLAN
(Nombre del plan privado)

(617) 253 – 6151
(Número telefónico del plan privado)

MIT Human Resources, NE49-5000
Cambridge MA 02139
(Dirección del plan privado)

https://hr.mit.edu/employee-leaves
(Sitio web del plan privado)

- ☐ No cuenta con un plan privado aprobado y brinda todos los beneficios de permisos a través del Departamento
- ☒ Tiene un plan privado aprobado para beneficios de permisos tanto familiares como médicos
- ☐ Tiene un plan privado aprobado para beneficios de permisos familiares únicamente, y brinda beneficios de permisos médicos a través del Departamento
- ☐ Tiene un plan privado aprobado para beneficios de permisos médicos únicamente, y brinda beneficios de permisos familiares a través del Departamento

I. Explicación de los beneficios

Asignación de permisos. Según la Ley PFML, usted podría tener derecho, como máximo, a lo siguiente:

- 12 semanas de permiso familiar pagado, en un año de beneficios, por el nacimiento, la adopción o el recibimiento de un niño/a en un hogar de acogida; para atender a un pariente con una enfermedad grave; o debido a una exigencia admisible, por el hecho de que un pariente se encuentre en servicio activo o haya sido notificado de un llamado para prestar servicio activo de forma inminente en las Fuerzas Armadas.
- 20 semanas de permiso médico pagado, en un año de beneficios, si se trata de una enfermedad grave que implique incapacidad para trabajar.
- 26 semanas de permiso familiar pagado, en un año de beneficios, para atender a un pariente que sea un miembro de los servicios uniformados, con cobertura, que esté sometido a un tratamiento médico o que esté atravesando otro tipo de consecuencias de una enfermedad grave en relación con el servicio militar de ese pariente.
- 26 semanas totales entre el permiso médico y familiar pagado, en un único año de beneficios.

Un «año de beneficios» corresponde a los 12 meses previos al domingo inmediatamente anterior al comienzo de su permiso.

Otros permisos. Todo permiso que usted se tome –ya sea pagado o no– por las mismas razones admisibles que se mencionan arriba se computará en el cálculo del tiempo que le corresponda de permiso para ese año de beneficios.

Elegibilidad. Usted será elegible para beneficios de permiso y de reemplazo salarial si cumple con la prueba de ganancias. Debe haber ganado al menos treinta veces el monto potencial de beneficios y haber alcanzado al menos las ganancias requeridas que fija anualmente el Departamento de Asistencia al Desempleado (DUA, por sus siglas en inglés), que equivalen a $6.300 para 2024, en los últimos cuatro trimestres calendario completados. (Este monto se calcula abajo en la sección «Pagos de reemplazo salarial»).

Pagos de reemplazo salarial. Cuando se tome un permiso por cualquiera de las razones que se describen arriba, usted será elegible para solicitar al Departamento o al plan privado de su empleador los beneficios de reemplazo salarial. Estos beneficios serán un porcentaje de sus ganancias semanales promedio. Su monto potencial máximo de beneficios será el siguiente:

- 80 % de las ganancias que representen hasta el 50 % del Salario Semanal Promedio Estatal
- 50 % de las ganancias que superen el Salario Semanal Promedio Estatal
- En ningún caso será superior al monto máximo. Para 2024, este monto máximo de beneficios es $1.149,90. Este monto se ajustará cada año en función de los aumentos en el Salario Semanal Promedio Estatal.

Los planes privados podrían decidir ofrecer beneficios mayores, pero no pueden brindar montos menores a los que pagaría el Departamento.

Pagos de beneficios concurrentes. Si usted recibe beneficios de otras fuentes mientras también recibe beneficios del Departamento, estos últimos podrían reducirse. Ciertos tipos de beneficios adicionales darán lugar a una reducción uno-por-uno en lo que reciba del Departamento. Esto significa que, por cada dólar que reciba de esos

beneficios, disminuirá en un dólar lo que reciba del Departamento. Los beneficios que tendrán este efecto incluyen los siguientes:

- Seguro de accidentes de trabajo
- Seguro de desempleo
- Políticas o programas por discapacidad permanente
- Cupo para permisos extendidos por enfermedad

Otras formas de beneficios no reducirán lo que usted reciba del Departamento, a menos que esté recibiendo más que su salario semanal promedio en beneficios totales. Los beneficios que tendrán este efecto incluyen los siguientes:

- Políticas o programas por discapacidad temporal (discapacidad de corto plazo y de largo plazo)
- Políticas o programas de permiso familiar y/o médico a cargo del empleador

Complemento de pagos de los beneficios del PFML. En el caso de las solicitudes presentadas el 1.° de noviembre de 2023 o después, los empleados que reciban beneficios del PFML podrán complementar (o «completar») sus beneficios del PFML al devengar beneficios de un permiso pagado que tengan disponible (días por enfermedad, vacaciones, PTO, tiempo personal, etc.). Para los empleados que elijan complementar sus beneficios del PFML de esta manera, el monto semanal combinado de beneficios del PFML y beneficios por permisos pagados que ofrezca el empleador no puede exceder el Salario Semanal Promedio Individual (IAWW, por sus siglas en inglés) del empleado. Los empleadores serán responsables de supervisar y asegurarse de que el monto semanal combinado de los beneficios por permisos pagados que ofrece el empleador y los beneficios del PFML no excedan el IAWW de un empleado. Los empleadores también son responsables de administrar los pagos que excedan el IAWW de los empleados. El departamento no se involucra en el proceso de reembolso por pagos excedentes del complemento. Este proceso es responsabilidad únicamente del empleador y del empleado.

Las solicitudes que se presenten de manera retroactiva el 1.° de noviembre de 2023 o después de ese día para permisos que hayan comenzado antes de esa fecha son elegibles para la modalidad de complemento de pagos.

II. Derechos y protecciones de los empleados

Protección laboral. En general, si usted se toma un permiso familiar o médico, cuando regrese al trabajo, su empleador debe restituirle su puesto anterior o un puesto equivalente, con la misma categoría, pago, beneficios laborales, crédito por período de servicios prestados y antigüedad según corresponda a la fecha en la que comenzó su permiso. Esto tal vez no sea aplicable si su puesto se eliminó por motivos económicos no relacionados con su permiso.

Continuación del seguro de salud. Su empleador debe mantener y seguir aportando a sus beneficios del seguro de salud relacionado con el empleo, de corresponder, al mismo nivel y bajo las mismas condiciones de cobertura como si usted continuara trabajando, mientras dure un permiso determinado. Su empleador podría requerirle que usted siga pagando su parte de la prima del seguro de salud bajo los mismos términos y condiciones que antes de su permiso.

Protección contra represalias. Es ilegal que un empleador cometa actos de discriminación o tome represalias contra usted por ejercer cualquiera de los derechos que a usted le corresponden según la Ley de Permiso Familiar y Médico Pagado. Un empleado o exempleado que haya sufrido represalias por ejercer derechos contemplados en la ley podría, en un plazo máximo de tres años luego de la infracción, presentar una acción civil ante el Tribunal Superior.

III. Montos de las contribuciones

Para colaborar con el financiamiento de los beneficios por permisos pagados disponibles según la ley PFML, su empleador podría realizar una contribución, financiada en parte por una deducción de su salario, que se remitirá al Fondo Fiduciario o al operador del plan privado de su empleador. Un empleador que realice contribuciones al Fondo Fiduciario deberá aportar los siguientes montos:

Contribución para permisos familiares	**Contribución para permisos médicos**	**Monto total de contribuciones**
0,18 % de las ganancias*	**0,70 % de las ganancias***	**0,88 % de las ganancias***

Dado que su empleador tiene veinticinco trabajadores con cobertura o más, el monto total de las contribuciones es el 0,88 % de los salarios.

De acuerdo con la ley, los empleadores son responsables por un mínimo del 60 % de la contribución para permisos médicos (el 0,42 % de los salarios), pero tienen permitido deducir de los salarios de los empleados hasta un 40 % de la contribución para permisos médicos (el 0,28 % de los salarios) y hasta un 100 % de la contribución para permisos familiares (el 0,18 % de los salarios), hasta llegar a un total del 0,46 % de los salarios. Ya sea que su empleador tenga un plan privado o que participe del Fondo Fiduciario estatal, su empleador no puede deducir de su salario porcentajes mayores a los indicados.

Su empleador ha elegido distribuir el monto de las contribuciones del siguiente modo:

Permiso médico

Contribución total requerida: 0,70 %*

Massachusetts Institute of Technology (Nombre del empleador)	aportará	100 %	de la contribución para permisos médicos
	y el	___%	restante se deducirá de sus ganancias

Permiso familiar

Contribución total requerida: 0,18 %*

Massachusetts Institute of Technology (Nombre del empleador)	aportará	100 %	de la contribución por permiso familiar
	y el	___%	restante se deducirá de sus ganancias

Por favor, coloque aquí sus iniciales para indicar que entiende que en cada período de pago se le descontará este porcentaje del salario que gane: _____

* Los números indicados son válidos para 2024. Estos índices podrían ajustarse de manera anual a partir del 1.° de enero de cada año calendario.

IV. Notificar a su empleador

ANTES de tomarse un permiso o de solicitar beneficios, usted DEBE notificarle a su empleador que necesita tomarse un permiso. Debe avisar con al menos 30 días de antelación. Si no es posible avisar con 30 días de anticipación debido a circunstancias fuera de su control, debe avisar tan pronto como sea posible y, en cualquier caso, debe hacerlo antes de presentar una solicitud por los beneficios.

Cuando notifique a su empleador que necesita tomarse un permiso, usted deberá proporcionar la siguiente información:

1. La fecha prevista de inicio del permiso
2. La duración prevista del permiso
3. La fecha esperada de regreso
4. Si el permiso que va a necesitar será intermitente (permiso que se toma en bloques separados de dos o más) o si será un permiso reducido (permiso que implica un cronograma reducido con menos horas o días a la semana)
5. En caso de necesitar un permiso intermitente o un cronograma para un permiso reducido, la frecuencia esperada para el permiso y la duración prevista para cada instancia del permiso

Si alguna parte de esta información se modifica, debe avisarle a su empleador tan pronto como lo sepa.

V. Presentar una solicitud

Para solicitar beneficios del PFML, usted necesitará la siguiente información de su empleador:

Massachusetts Institute of Technology
(Nombre del empleador)

77 Massachusetts Avenue, Bldg NE49-5000
(Domicilio del empleador)

Cambridge, MA 02139
(Ciudad, estado, código postal del empleador)

042103594
(Número de identificación federal del empleador; FEIN, por sus siglas en inglés)

Si su empleador contribuye al Fondo Fiduciario, usted debe presentar una solicitud de beneficios ante el Departamento. Puede presentar esa solicitud en alguna de estas dos formas:

1. Puede crear una cuenta para realizar una solicitud en línea a través del sitio web para solicitudes del Departamento: https://paidleave.mass.gov/login/
2. Puede comunicarse con el centro de llamadas del Departamento al (833) 344-7365 para completar una solicitud por vía telefónica.

Encontrará los formularios y las instrucciones para las solicitudes en el sitio web del Departamento: www.mass.gov/info-details/get-ready-to-apply-for-paid-family-and-medical-leave-pfml-benefits.

VI. Más información

Para acceder a información más detallada, por favor, consulte el sitio web del Departamento: www.mass.gov/DFML. Puede contactar al Departamento de Permiso Familiar y Médico en esta dirección:

The Massachusetts Department of Family and Medical Leave
[Departamento de Permiso Familiar y Médico de Massachusetts]
PO Box 838
Lawrence, MA 01842
Centro de contacto: (833) 344-7365

ACEPTACIÓN

Su firma abajo indica que usted acepta haber recibido la información que aparece arriba dentro de los 30 días a partir de la fecha de inicio de su empleo.

_____ _____

Firma **Fecha**

_____

Aclaración de la firma

Su aceptación firmada será retenida por su empleador. Por favor, conserve una copia para su propia referencia.