



Por favor, recuerde: estos documentos se brindan en formato Word para su comodidad -para facilitarle completar los campos rellenable, realizar pequeños cambios de formato (tales como añadir el logotipo de la empresa) o agregar información sobre políticas específicas de la empresa. Los empleadores son los responsables de las modificaciones, revisiones, agregados o eliminaciones que realicen en estos formularios. El departamento no se hace responsable por las modificaciones efectuadas en estos formularios y no puede garantizar que un formulario que haya sido modificado a partir de esta versión original cumpla con la normativa.

Aviso para 25 o más empleados - Instrucciones de uso

Como empleador de Massachusetts, usted debe informarles a sus empleados y trabajadores contratados de Massachusetts sobre sus derechos y obligaciones en virtud de la ley de Licencia Familiar y Médica Con Goce de Sueldo de Massachusetts (PFML, por sus siglas en inglés). Para ello, puede facilitar este formulario a sus empleados y trabajadores contratados. También puede crear o utilizar un aviso diferente que sea de su elección, siempre que el aviso que utilice proporcione la misma información que exige la ley.

Este formulario está destinado a las empresas que tienen 25 o más empleados y trabajadores contratados en Massachusetts. Si tiene menos de 25 empleados y trabajadores contratados en Massachusetts, por favor utilice el formulario *Aviso del empleador para una plantilla con menos de 25 personas contratadas*. Asimismo, si trabaja con individuos autónomos que *no* son trabajadores contratados, puede brindarles el formulario de *Aviso del empleador para individuos autónomos de una plantilla con menos de 25 personas contratadas* para informarles sobre la posibilidad que tienen para elegir su propia cobertura.

Para utilizar este formulario, primero complete:

1. El cuadro de la página 2 para indicar si posee un plan privado autorizado;
2. El cuadro de la página 5 para indicar qué porcentaje de la contribución del empleado se deducirá del salario del empleado y qué porcentaje (si corresponde) pagará usted;
3. El cuadro de información del empleador de la página 6;
4. Las casillas de la página 6 que indican dónde pueden encontrar los empleados información sobre su plan privado, si corresponde. (Marque N/a si participa en el Fondo Fiduciario estatal).

Una vez cumplimentadas estas secciones, entregue las páginas 2-6 de este formulario a sus empleados y trabajadores contratados para que lo revisen y firmen.

AVISO PARA EMPLEADOS SOBRE LA LICENCIA FAMILIAR Y MÉDICA CON GOCE DE SUELDO (25 o más empleados)

Nombre del empleador: Universidad de Boston

Número de Identificación del Empleador (EIN, por sus siglas en inglés): 04-2103547

Por favor, lea este aviso atentamente. Contiene información importante sobre sus derechos, obligaciones y elegibilidad según la ley de Licencia Familiar y Médica Con Goce de Sueldo de Massachusetts. Conserve este aviso para futuras consultas.

La ley de Licencia Familiar y Médica Con Goce de Sueldo de Massachusetts (PFML, por sus siglas en inglés) brinda el derecho a licencia familiar y médica con goce de sueldo a la mayoría de los empleados de Massachusetts. Estos derechos se describen a continuación e incluyen tanto (1) la protección del puesto de trabajo cuando el empleado regresa al trabajo, así como (2) los beneficios de reemplazo parcial del salario mientras el empleado está de licencia. Los empleadores pueden brindar estos beneficios si (1) participan en el Fondo Fiduciario PFML gestionado por el Departamento de Permisos Familiares y Médicos de Massachusetts (DFML, por sus siglas en inglés), o (2) si cuentan con un plan privado exento que ofrezca beneficios al menos tan onerosos como los disponibles a través del Departamento.

Un empleador puede solicitar la exención de la contribución para la licencia médica, la licencia familiar o ambas. Su empleador ha optado por brindarle los siguientes beneficios:

Plan de Licencia Familiar y Médica con Goce de Sueldo de la Universidad de Boston
(Nombre del Plan Privado)

leaves@bu.edu
(Datos de Contacto del Plan Privado)

- No cuenta con un plan privado aprobado y brinda todos los beneficios de licencia a través del DFML;
- Tiene un plan privado aprobado tanto para los beneficios de licencia familiar como médica;
- Tiene un plan privado aprobado solo para los beneficios de licencia familiar y brinda beneficios de licencia médica a través del DFML;
- Tiene un plan privado aprobado solo para los beneficios de licencia médica, y brinda beneficios de licencia familiar a través del Departamento.

Independientemente de si su empleador participa o no en el Fondo Fiduciario estatal o si tiene un

plan privado, usted tendrá derecho a determinados beneficios y protecciones. Es posible que usted tenga que realizar aportes al Fondo Fiduciario o a financiar el plan privado de su empleador, pero solo hasta un importe determinado. También tendrá que comunicarle a su empleador cuando necesite una licencia y tendrá que presentar una solicitud para los beneficios ante el Departamento o a través del plan privado de su empleador.

I. Explicación de los beneficios

Asignación de Licencias. En virtud de la Ley PFML, usted puede tener derecho, como máximo, hasta:

- 12 semanas de permiso familiar con goce de sueldo en un año de beneficios por nacimiento, adopción o recibimiento en un hogar de acogida de un niño; para cuidar a un miembro de la familia que padezca un estado de salud grave; o debido a una situación apremiante que reúna los requisitos necesarios en función de que un miembro de la familia se encuentre en servicio activo o haya sido notificado de una inminente llamada al servicio activo en las Fuerzas Armadas;
- 20 semanas de licencia médica con goce de sueldo en un año de beneficios si padecen un estado de salud grave que los incapacita para el trabajo;
- 26 semanas de licencia médica por familiar a cargo con goce de sueldo en un año de beneficios para cuidar de un familiar que sea miembro del servicio militar cubierto y esté sometido a tratamiento médico o sufra de otro modo las consecuencias de un estado de salud grave relacionado con el servicio militar del familiar;
- 26 semanas totales, sumando las anteriores, con goce de sueldo en un solo año de beneficios.

Un "año de beneficios" son los 12 meses anteriores al domingo inmediatamente anterior al inicio de su licencia.

Otras Licencias. Cualquier licencia que tome, con goce de sueldo o no, por los mismos motivos enumerados anteriormente, se tendrá en cuenta a efectos de las licencias de ese año de beneficios.

Elegibilidad. Usted será elegible para beneficios de licencia y de reemplazo salarial si cumple la prueba de ganancias. Debe haber ganado al menos \$6,300 de salario en Massachusetts en los cuatro trimestres completados anteriores a la solicitud de los beneficios. En el mismo período, también debe haber ganado al menos 30 veces el monto potencial máximo de beneficios. (Este monto se calcula abajo en la sección "Pagos de reemplazo salarial")

Pagos de Reemplazo del Salario. Cuando se tome una licencia por alguno de los motivos descritos anteriormente, tendrá derecho a solicitar al Departamento o al plan privado de su empleador los beneficios de reemplazo del salario. Estos beneficios serán proporcionales a sus ingresos semanales promedio. Su monto potencial máximo de beneficios será el siguiente:

- El 80 % de las ganancias que representen hasta el 50 % del Salario Semanal Promedio Estatal.
- El 50 % de las ganancias por encima del Salario Semanal Promedio Estatal.
- En ningún caso será superior al monto máximo. Para 2024, este monto máximo de beneficios es de \$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 inferiores a lo que pagaría el Departamento.

Pagos de beneficios concurrentes. Si usted recibe beneficios de otras fuentes al mismo tiempo que recibe los beneficios del Departamento, estos últimos podrían verse reducidos. Ciertos tipos de beneficios de otro tipo provocarán una reducción de uno por uno en los beneficios que reciba del Departamento. Esto significa que por cada dólar que reciba de estos beneficios, los del Departamento disminuirán en un dólar. Los beneficios que tendrán este efecto incluyen los siguientes:

- Seguro de accidentes de trabajo.
- Seguro de desempleo.
- Políticas o programas por discapacidad permanente.
- Licencia del banco extendida por enfermedad.

Otras formas de beneficios no reducirán los que recibe del Departamento a menos que esté recibiendo más de su salario semanal medio 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

ADVERTENCIA: TOMAR TIEMPO LIBRE CON GOCE DE SUELDO Y PFML. El Tiempo Libre con Goce de Sueldo (PTO, por sus siglas en inglés) incluye la licencia por enfermedad, los días de vacaciones o los días de ausencia por motivos personales (o cualquier otra forma similar de tiempo libre pagado que no se mencione en la sección de arriba y que a usted le corresponda a lo largo del tiempo o en un momento puntual, como al inicio de cada año calendario). Usted *solamente* puede tomarse un PTO mientras se encuentre cursando un permiso familiar o médico pagado en situaciones específicas:

- Durante la semana de espera, cuando no se abonan beneficios.
- En un periodo de tiempo ininterrumpido inmediatamente después de la semana de espera.
- Después del permiso PFML.

Si usted hace uso del PTO en cualquier otro momento mientras percibe beneficios de PFML, se anularán sus beneficios.

II. Derechos y protecciones de los empleados

Protección del empleo. Por lo general, si se toma una licencia médica o familiar, una vez que

se reincorpora al trabajo, el empleador debe restituirle a su puesto anterior o a un puesto equivalente, con la misma categoría, salario, beneficios laborales, créditos por antigüedad en el puesto, y antigüedad que tenía en la fecha de inicio de la licencia. Esto puede no aplicarse si su puesto ha sido eliminado por motivos económicos no relacionados con el goce de su licencia.

Continuación del seguro de salud. Su empleador debe seguir proporcionando, contribuyendo, o de lo contrario, manteniendo sus beneficios de seguro médico relacionados con el empleo, si los hubiera, al nivel y en las condiciones en que se habría proporcionado la cobertura si usted hubiera seguido trabajando de manera continua durante su licencia. El empleador puede exigirle que siga pagando su parte de la prima del seguro de salud en las mismas condiciones que antes de la licencia.

Protección contra Represalias. Es ilegal que un empleador discrimine o tome represalias contra usted por ejercer cualquier derecho que le corresponda en virtud de la ley de licencias familiares y médicas con goce de sueldo. Un empleado o antiguo empleado que sufra represalias por ejercer los derechos que le confiere la ley podrá, en un plazo no superior a tres años desde que se produzca la infracción, interponer una demanda civil ante el tribunal superior.

II. Montos de las contribuciones

Para contribuir a la financiación de los beneficios de licencia con goce de sueldo previstos por la ley PFML, su empleador puede realizar una aportación, financiada en parte mediante una deducción de su salario, que se remitirá al Fondo Fiduciario o al operador del plan privado de su empresa. El empleador que contribuya al Fondo Fiduciario deberá aportar los siguientes montos:

Contribución a la licencia familiar	Contribución a la licencia médica	Monto total de la contribución
0.18 % de las ganancias*	0.70 % de las ganancias*	0.88 % de las ganancias*

Dado que su empleador tiene 25 trabajadores cubiertos o más, el importe total de la cotización asciende al 00.88 % del salario.

En virtud de la ley, los empleadores son responsables de un mínimo del 70 % de la contribución por licencia médica (el 0.42% del salario), pero pueden deducir de los salarios de los empleados hasta el 40 % de la contribución por licencia médica (el 0.28 % del salario) y hasta el 100 % de la contribución por licencia familiar (el 0.18 % del salario), lo que supone un total del 0.46 % del salario. Ya sea que su empleador tenga un plan privado o participe del Fondo Fiduciario estatal, su empleador no puede deducir más que estos porcentajes de su salario.

Su empleador ha optado por distribuir el importe de la contribución del siguiente modo:

Contribución total requerida: 0.70 %*				
Licencia médica	Universidad de Boston	aportará	_100_ %	de la contribución para licencias médicas
	(Nombre del empleador)			
		y el	_0_ %	restante se deducirá de sus ganancias

Contribución total requerida: 0.18 %*				
Licencia familiar	Universidad de Boston	aportará	_100_ %	de la contribución por licencia familiar
	(Nombre del empleador)			
		y el	_0_ %	restante se deducirá de sus ganancias

Por favor, coloque aquí sus iniciales para indicar que entiende que este porcentaje de su salario ganado en un período de pago se deducirá de lo que cobre en cada período de pago:

* Las cifras indicadas son válidas durante 2023. Estas tarifas pueden ajustarse anualmente, con efecto a partir del 1 de enero de cada año calendario.

III. Notificar a su empleador

ANTES de tomar una licencia o solicitar beneficios, usted DEBE notificar a su empleador que necesita tomar una licencia. Debe notificar su necesidad de licencia con un mínimo de 30 días de antelación. Si no es posible notificarlo con 30 días de antelación por circunstancias ajenas a su voluntad, debe hacerlo tan pronto como sea posible y, en cualquier caso, antes de presentar cualquier solicitud de beneficios.

Cuando notifique a su empleador la necesidad de una licencia, usted deberá facilitar la siguiente información:

1. La fecha prevista de inicio de la licencia.
2. Duración prevista de la licencia.
3. Fecha prevista de regreso de la licencia.
4. Si necesitará una licencia intermitente (permiso que se toma en bloques separados de dos o más) o una licencia reducida (permiso que implica un horario reducido de menos horas o días por semana), y;
5. si necesitará una licencia intermitente o una licencia reducida, la frecuencia esperada para el permiso y la duración prevista para cada instancia del permiso.

Si cambia alguno de estos datos, debe comunicárselo a su empleador en cuanto tenga conocimiento del cambio.

IV. Presentar una solicitud

Para solicitar los beneficios de la licencia familiar y médica con goce de sueldo, necesitará la siguiente información sobre su empleador:

Universidad de Boston Recursos Humanos _____ (Nombre del empleador) 25 Buick Street _____ (Dirección del empleador)

Boston, MA 02215 (Ciudad, Estado, Código postal del empleador)
04-2103457 (Número de identificación fiscal del empleador) (FEIN)

Si su empleador tiene un plan privado exento, usted debe presentar una solicitud de beneficios ante proveedor de dicho plan. Su empleador debe facilitarle información sobre el plan privado y el proceso de solicitud. Su empleador ha puesto a su disposición dicha información:

- Como anexo al presente Aviso
- Disponible en <https://www.bu.edu/hr/policies/federal-and-state-laws/massachusetts-paid-family-and-medical-leave/>
- Otros: _____
- N/a (El empleador contribuye al Fondo Fiduciario)

Si su empleador contribuye al Fondo Fiduciario, usted debe presentar una solicitud de beneficios al Departamento. Puede presentar esta solicitud de dos maneras:

1. Puede crear una cuenta para presentar su solicitud en línea a través del Portal del Solicitante del Departamento en <https://paidleave.mass.gov/login/>
2. Puede llamar al centro de llamadas del Departamento al (833) 344-7365 para completar una solicitud por teléfono.

Los formularios y las instrucciones de solicitud están disponibles en el sitio web del Departamento en <https://www.mass.gov/info-details/documents-needed-to-complete-your-paid-family-and-medical-leave-pfml-application>.

V. Más información x

Para obtener información más detallada, consulte el sitio web del departamento: www.mass.gov/DFML.

Puede ponerse en contacto con el Departamento de Licencias Familiares y Médicas en:

Departamento de Licencias Familiares y Médicas de Massachusetts
PO Box 838
Lawrence, MA 01842
Centro de contacto: (833) 344-7365
www.mass.gov/DFML

ACUSE DE RECIBO

Con su firma acusa recibo de la información anterior en un plazo de 30 días a partir de la fecha de inicio de su empleo.

Firma

Fecha

Aclaración (en letra de imprenta)

Su empleador conservará el acuse de recibo firmado. Conserve una copia como referencia.