

## 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 de Massachusetts. Conserve este aviso para su referencia.*

La **Ley de Permiso Familiar y Médico Pagado** (PFML, por sus siglas en inglés) **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.

Un empleador puede solicitar la exención de la contribución para el permiso médico, para el permiso familiar o para ambos. Su empleador ha elegido brindar beneficios de acuerdo con lo siguiente:

Northeastern University  
(Nombre del empleador)

- ☐ 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.

**Northeastern cuenta con aprobación para ofrecer los beneficios de permiso familiar y médico proporcionados en virtud de esta ley a través de un plan privado. Esta aprobación es válida por un año, y la exención actual de Northeastern cuenta con aprobación hasta el 30 de septiembre de 2024. Northeastern podría cambiar la forma en que ofrece estos beneficios a los empleados elegibles en el futuro, lo que incluye dejar de ofrecer su plan privado.**

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 aportes al Fondo Fiduciario o que deba financiar el plan privado de su empleador, pero solo hasta cierta suma. También tendrá que indicarle a su empleador cuando necesite un permiso 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 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 en un hogar de acogida de un niño/a; para atender a un pariente con una enfermedad grave; o debido a una exigencia estipulada, 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 del servicio militar, 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 dicho 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 estipuladas 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:

- 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 \$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

**ADVERTENCIA: TOMARSE TIEMPO LIBRE PAGADO Y PFML.** El Tiempo Libre Pagado (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 PTO mientras se encuentre cursando un permiso familiar o médico pagado, en situaciones específicas:

- Durante su semana de espera, cuando no se paga ningún beneficio.
- En un bloque único y continuo de tiempo inmediatamente después de su semana de espera.
- Luego de tomarse su permiso PFML.

**Si usted se toma PTO en cualquier otro momento mientras está recibiendo beneficios de PFML, sus beneficios se cancelarán.**

## II. Derechos y protecciones de los empleados

**Protección laboral.** En general, si 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 sus beneficios del seguro de salud relacionados con el empleo y seguir realizando contribuciones para dichos beneficios, 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 ex empleado que sufra represalias por ejercer derechos contemplados en la ley podría, en un plazo máximo de tres años luego de que suceda la infracción, presentar una acción civil ante el Tribunal Superior.

## II. Montos de las contribuciones

Para colaborar con el financiamiento de los beneficios de 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 realiza 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.

Northeastern está exenta de pagar aportaciones al Fondo Fiduciario de Seguridad en el Empleo del Departamento de Permiso Familiar y Médico (Department of Family and Medical Leave, DFML) hasta el 30 de septiembre de 2024 porque recibió la aprobación para ofrecer los beneficios proporcionados en virtud de esta ley a los empleados elegibles a través de un plan privado. Incluso en virtud de un plan privado, los empleadores tienen permitido compartir el costo de estos beneficios con sus empleados por un monto menor o igual al monto permitido para las aportaciones de los empleados. Sin embargo, en virtud de su plan privado actualmente aprobado, Northeastern no cobrará a los empleados. Northeastern podría cambiar la forma en que ofrece estos beneficios a los empleados elegibles en el futuro, lo que incluye pedirles a los empleados que cubran una parte legalmente permitida del costo.

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

Permiso médico	Contribución total requerida: 0,52 %*		
	_____	aportará	==% de la contribución para permisos médicos
	(Nombre del empleador)		
		y el	==% restante se deducirá de sus ganancias
Permiso familiar	Contribución total requerida: 0,11 %*		
	_____	aportará	==% de la contribución para permisos familiares
	(Nombre del empleador)		
		y el	==% restante se deducirá de sus ganancias

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

### III. Notificar a su empleador

**ANTES** de tomarse un permiso o de solicitar beneficios, usted DEBE notificarle a su empleador que necesita tomarse un permiso 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, antes de presentar una solicitud por los beneficios.

Cuando notifique a su empleador que necesita 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 va a necesitar un permiso intermitente (permiso que se toma en bloques separados de dos o más) o 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 de 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, usted debe avisarle a su empleador tan pronto como lo sepa.

#### IV. Presentar una solicitud

Para solicitar beneficios del Permiso Familiar y Médico Pagado, usted necesitará la siguiente información de su empleador:

Northeastern University
(Employer Name)
360 Huntington Avenue
(Employer Street Address)
Boston, MA 02115
(Employer City, State, Zip)
041679980
(Federal Employer ID Number) (FEIN)

Si su empleador tiene un plan privado exento, usted debe presentar una solicitud de beneficios ante el proveedor de ese plan. Su empleador debe proporcionarle la información del plan privado y del proceso de solicitud. Su empleador puso esa información a disposición de la siguiente manera:

- ☐ Como un archivo adjunto a este Aviso
- ☒ Disponible en [Política sobre permisos pagados](#)
- ☐ Otra: \_\_\_\_\_
- ☐ N/A (el Empleador contribuye al Fondo Fiduciario)

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

1. Puede crear una cuenta para realizar una solicitud en línea a través del Portal para Solicitantes del Departamento en <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](http://www.mass.gov/info-details/get-ready-to-apply-for-paid-family-and-medical-leave-pfml-benefits).

## **V. Más información**

Para acceder a información más detallada, por favor, consulte el sitio web del Departamento: [www.mass.gov/DFML](http://www.mass.gov/DFML).

Puede contactar al Departamento de Permiso Familiar y Médico en esta dirección:

Departamento de Permiso Familiar y Médico  
PO Box 838  
Lawrence, MA 01842  
Centro de contacto: (833) 344-7365  
[www.mass.gov/DFML](http://www.mass.gov/DFML)

### **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.