

# Aviso de 2024 del empleador para los empleados cubiertos

## Información sobre el plan privado PFML de Massachusetts

United of Omaha Life Insurance Company

3300 Mutual of Omaha Plaza

Omaha, Nebraska 68175

Línea gratuita: 1-833-928-2179

[www.mutualofomaha.com](http://www.mutualofomaha.com)

Mutual of Omaha Life Insurance Company administrará nuestro plan PFML de Massachusetts. Este plan ofrece los mismos derechos, protecciones y beneficios que el plan del estado.

### Derechos y obligaciones en virtud de la Ley de Licencia Familiar y Médica Remunerada de Massachusetts (PFML), M.G.L., capítulo 175M.

(Employer Name)

(Employer Street Address)

(Employer City, State, Zip)

(Federal Employer ID Number) (FEIN)

#### Explicación de los beneficios

- Puede tener derecho a hasta:
  - 12 semanas de licencia familiar remunerada en un año de beneficios por nacimiento, adopción o colocación en un hogar de acogida de un niño; para cuidar a un miembro de la familia con un problema de salud grave; o debido a una situación de urgencia calificada derivada de que un miembro de la familia se encuentre en servicio activo o haya sido notificado de un inminente llamado al servicio activo en las Fuerzas Armadas;
  - 20 semanas de licencia médica remunerada en un año de beneficios si tienen un problema de salud grave que los incapacite para trabajar;
  - 26 semanas de licencia familiar remunerada en un año de beneficios para cuidar a un miembro de la familia que sea miembro cubierto del servicio que esté recibiendo tratamiento médico o que esté abordando de otro modo las consecuencias de un problema de salud grave relacionado con el servicio militar del miembro de la familia;
  - 26 semanas completas, en total, de licencia familiar y médica remunerada en un solo año de beneficios.

Un «año de beneficios» se compone de los 12 meses anteriores al domingo inmediatamente anterior al inicio de su licencia.

- El monto de su beneficio semanal** will be based on your average weekly earnings, with a maximum benefit of \$1,149.90 per week.

#### Elegibilidad

Tendrá derecho a recibir beneficios de licencia y de reemplazo de salario si cumple con los requisitos de ingresos. Debe haber ganado al menos USD 6300 en salarios en Massachusetts durante los cuatro trimestres completos antes de solicitar los beneficios. En el mismo período, también debe haber ganado al menos 30 veces el monto máximo de su beneficio potencial.

#### Protección laboral, continuación del seguro médico, sin represalias

- Protección laboral:** Por lo general, si se toma una licencia familiar o médica en virtud de la ley, debe reincorporarse a su puesto anterior o a un puesto equivalente, con la misma situación, salario, beneficios laborales, crédito por antigüedad en el servicio y antigüedad a la fecha de la licencia.
- Continuación del seguro médico:** Su empleador debe seguir proporcionando y contribuyendo a sus beneficios de seguro médico relacionados con el empleo, si los hubiera, al nivel y en las condiciones que se le habría proporcionado la cobertura si hubiera seguido trabajando de forma continua durante dicha licencia.
- Sin represalias:** Es ilegal que cualquier empleador lo discrimine o tome represalias en su contra por ejercer cualquiera de sus derechos en virtud de la ley de licencias familiares y médicas remuneradas. Un empleado o ex empleado que sea objeto de discriminación o represalias por ejercer sus derechos en virtud de la ley puede iniciar una acción civil ante el tribunal superior, no más de tres años después de que se haya producido la violación de la ley.

#### Cómo presentar una solicitud

Los empleados deben presentar solicitudes de beneficios de licencia familiar y médica remunerada ante Mutual of Omaha. Los formularios están disponibles en línea en [www.mutualofomaha.com/support/forms](http://www.mutualofomaha.com/support/forms). Los formularios de solicitud se pueden enviar en línea, por fax al 402-997-1878 o por correo electrónico a [submitgroupPFML@mutualofomaha.com](mailto:submitgroupPFML@mutualofomaha.com).

Los empleados deben avisar a su empleador con al menos 30 días de anticipación sobre la fecha prevista de inicio de cualquier licencia, la duración prevista de la misma y la fecha prevista de regreso. El empleado que no pueda avisar con 30 días de anticipación debido a circunstancias ajenas a su control, debe hacerlo lo antes posible.

#### Pago por licencia concurrente

Cualquier licencia remunerada concedida en virtud de un acuerdo de negociación colectiva o de una política del empleador por las mismas razones de calificación y remunerada a una tasa igual o superior a la licencia remunerada disponible en virtud de esta ley se deducirá de la asignación de los beneficios de licencia disponibles en virtud de esta ley.

#### Exención del plan privado

Un empleador que ofrezca licencias remuneradas con beneficios que sean al menos tan generosos como los previstos en la ley puede solicitar una exención del pago de la contribución al Fondo Fiduciario de Seguridad Familiar y Laboral del Departamento de Licencia Familiar y Médica. El empleador puede solicitar una exención de la contribución a la licencia médica, a la licencia familiar o a ambas. El empleador debe proporcionar a los empleados los detalles de cualquier plan privado al mismo tiempo que este Aviso. Los empleados tienen derecho a una licencia con protección laboral y a no sufrir discriminación y represalias en virtud de la ley, incluso si se aprueba que su empleador conceda beneficios de licencia a través de un plan privado.

\_\_\_\_\_  
(Nombre del empleador)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del plan privado)

Tiene un plan privado aprobado para licencias familiares y médicas

Tiene un plan privado aprobado únicamente para la licencia familiar

Tiene un plan privado aprobado únicamente para la licencia médica

#### Hay más información disponible

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

### CERTIFICACIÓN

Su firma a continuación certifica que ha recibido la información anterior en un plazo de 30 días a partir de la fecha de inicio de su empleo, lo que ocurra más tarde.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra impresa)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Su empleador conservará su certificación firmada. Conserve una copia para su propia referencia.

#### Tarifas efectivas: 2024

Contribución a la licencia familiar: \_\_\_\_\_%

Según la ley, los empleados no pueden contribuir más con un plan privado que con el plan del estado.

Contribución a la licencia familiar: . \_\_\_\_\_%

Contribución a la licencia médica: . \_\_\_\_\_%

Contribución total a la licencia: . \_\_\_\_\_%

Licencia médica		Contribución total requerida: . _____%	
	contribuirá con el _____%	de la contribución a la licencia médica	
	(Nombre del empleador) y el restante _____%	se deducirá de tus ganancias	

Licencia familiar		Contribución total requerida: . _____%	
	contribuirá con el _____%	de la contribución a la licencia médica	
	(Nombre del empleador) y el restante _____%	se deducirá de tus ganancias	

Inicial \_\_\_\_\_

