



Personal Care Attendant Quality  
Home Care Workforce Council  
1 Ashburton Place, 11<sup>th</sup> Floor  
Boston, Massachusetts 02108

CHARLES D. BAKER  
Governor

KARYN E. POLITO  
Lieutenant Governor

MARYLOU SUDDERS  
Secretary

Tel: (617) 573-1712  
[www.mass.gov/pca](http://www.mass.gov/pca)  
Email: [pcacouncil@state.ma.us](mailto:pcacouncil@state.ma.us)  
Facebook:  
[www.facebook.com/MassPCA](http://www.facebook.com/MassPCA)

Septiembre 23, 2019

Estimado/estimada Asistente de Cuidados Personales (PCA):

Usted recibe este aviso debido a que presta servicios de Asistente de Cuidados Personales (PCA) a un afiliado de MassHealth que es su consumidor-empleador. **En el presente aviso le ofrecemos información sobre el beneficio y otros temas afines de la Ley de Licencia Familiar y Médica del estado de Massachusetts.** El Consejo para la Calidad de la Fuerza Laboral de Asistencia en el Hogar de PCA (*PCA Quality Home Care Workforce Council*) (FEIN: 81-0783359) le envía este aviso según dicha ley M.G.L. c. 175M.

**Aviso del empleador al empleado**

**Derechos y obligaciones conforme a la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA), M.G.L. c. 175M**  
**INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA TODOS LOS ASISTENTES DE CUIDADOS PERSONALES (PCA)**

**Explicación de los beneficios**

**A partir del 1.º de octubre del 2019:** A partir del 1.º de octubre del 2019, comenzarán las contribuciones al Fondo Fiduciario de Seguridad Laboral y Familiar del Departamento de Licencias Familiares y Médicas (DFML). Esto significa que, a partir de esa fecha, usted empezará a ver nuevas deducciones en su cheque de pago.

**A partir del 1.º de enero del 2021:**

- Los empleados tienen derecho a recibir hasta 12 semanas de licencia familiar pagada por año del beneficio debido al nacimiento o a la adopción de un niño o por recibir a un niño en cuidado de crianza.
- Los empleados tienen derecho a usar hasta 12 semanas de licencia familiar pagada por año del beneficio debido a que un familiar esté prestando servicio activo o que haya sido notificado de un llamado inminente para prestar servicio activo en las Fuerzas Armadas.
- Los empleados tienen derecho a usar hasta 20 semanas de licencia médica pagada por año del beneficio si padecieran una enfermedad grave que les impidiera trabajar.
- Los empleados tienen derecho a usar hasta 26 semanas de licencia médica pagada por año del beneficio para cuidar a un familiar que sea un miembro de servicio cubierto por el beneficio y que esté en tratamiento médico o que padezca una enfermedad grave relacionada con su servicio militar.

**A partir del 1.º de julio del 2021:**

- Los empleados tienen derecho a usar hasta 12 semanas de licencia familiar pagada por año del beneficio para cuidar a un familiar que padezca una enfermedad grave.
- Los empleados podrán usar hasta 26 semanas de licencia familiar y médica pagada, en total, en un mismo año del beneficio.
- El monto del beneficio semanal que recibirá el empleado dependerá de los ingresos del empleado, considerando un beneficio máximo de \$850 por semana.



## **Contribuciones del empleador y del empleado al Fondo Fiduciario de Seguridad Laboral y Familiar del DFML**

A la fecha, la contribución total es del 0.75% de su salario. De ese aporte total del 0.75%, el 0.13% es la contribución para la licencia familiar y el 0.62% es la contribución para la licencia médica. Los empleadores y los empleados participan en la contribución que darán para financiar este beneficio. Los empleados contribuirán con el 100% del beneficio de licencia familiar mediante deducciones de la nómina. Los empleados contribuirán con el 40% de la licencia médica mediante deducciones de la nómina y los empleadores contribuirán el 60% (00.372% de ese salario) restante. Esto significa que si usted se gana \$100, se le descontarán \$0.38 de su cheque de pago. Esto representa una contribución de \$0.13 para la licencia familiar y de \$0.25 para su contribución para la licencia médica. El monto de estas deducciones se determina según el total de su salario. Esto significa que si usted percibió \$95 en pago por horas corrientes y \$5 por horas extra, la deducción se basaría en ese total de \$100 de salario.

## **Cómo presentar una solicitud del beneficio**

Para acceder a los beneficios de la Licencia Familiar y Médica Pagada, los empleados tienen que presentar la solicitud al DFML, usando los formularios del DFML. Los formularios y las instrucciones de cómo presentar la solicitud estarán disponibles antes de enero del 2021 en el sitio web del Departamento: [www.mass.gov/DFML](http://www.mass.gov/DFML).

Los empleados tienen la obligación de notificar a su empleador, con por lo menos 30 días de antelación, la fecha estimada de licencia, la duración prevista de la licencia y la fecha prevista para su regreso al trabajo. El empleado que no pueda dar los 30 días de aviso previo debido a circunstancias más allá de su control, debe notificarle a su empleador tan pronto como le sea práctico hacerlo.

## **Información de contacto del Departamento de Licencias Familiares y Médicas (DFML)**

The Massachusetts Department of Family and Medical Leave  
Charles F. Hurley Building  
19 Staniford Street, 1<sup>st</sup> Floor  
Boston, MA 02114  
(617)626-6565 / [www.mass.gov/DFML](http://www.mass.gov/DFML)

## **Pago por licencias concurrentes**

Toda licencia pagada que se otorgue según un contrato de negociación colectiva o según las normas internas del empleador y que se pague a la misma tasa o mayor que la licencia pagada disponible según la presente ley, deberá contarse como parte de los beneficios de licencia disponibles conforme a lo que se estipula en esta ley.

## **¿Tiene preguntas?**

Si usted tiene preguntas acerca de la ley, por favor comuníquese con el Departamento de Licencias Familiares y Médicas, llamando al (617) 626-6565 o visite su sitio web [www.mass.gov/DFML](http://www.mass.gov/DFML).

## **ACUSE DE RECIBO**

Con su firma consignada a continuación, usted reconoce haber recibido la información que se detalla anteriormente. Sírvase guardar una copia para su referencia. Si se niega a firmar este acuse de recibo, por favor presente una declaración firmada en la que indica que se niega a firmarlo.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Enviar a: Tempus Unlimited, Inc.  
600 Technology Center Dr.  
Stoughton, MA 02072  
Or Fax to: 1-800-359-2884