

### 가족 구성원을 돌보기 위해 시간이 필요한 경우 유급 가족 휴가를 받을 수 있습니다.

유급 가족 휴가는 근로자 부담 보험으로, 자격이 되는 근로자는 일자리가 보장된 유급 휴가를 받아 다음을 할 수 있습니다.

- 신생아, 입양아 또는 위탁아동과 함께 **유대감 형성**
- 심각한 건강 질환을 가진 가족 구성원을 **돌봄**(자격이 되는 가족 구성원에 대해서는 [paidfamilyleave.ny.gov](https://paidfamilyleave.ny.gov)를 참조하세요), 또는
- 배우자, 동거인, 자녀 또는 부모가 현역 군복무로 해외에 파병될 때 나머지 가족 **지원**

본인 또는 미성년 부양 자녀가 COVID-19 때문에 격리/분리 명령을 받은 상황에서도 유급 가족 휴가를 이용할 수 있습니다. 자세한 내용은 [PaidFamilyLeave.ny.gov/COVID19](https://PaidFamilyLeave.ny.gov/COVID19)를 참조하세요.

#### 자격:

- 정기적으로 주당 20시간 이상을 근무하는 사람은 직장에서 연속 26주 동안 근무한 후 자격이 됩니다.
- 정규 근무 시간이 주당 20시간 미만인 경우, 175일 근무한 후부터 자격을 갖게 되며 이때 근무일이 연속적일 필요는 없습니다. 시민권이나 이민 신분은 자격 요건이 아닙니다.

#### 혜택:

근로자는 최대 12주의 유급 가족 휴가를 가질 수 있으며, 뉴욕주 평균 주급의 67% 한도 내에서 본인 평균 주급의 67%를 받을 수 있습니다. 일반적으로 근로자 본인의 평균 주급은 유급 가족 휴가를 시작하기 직전 8주간 급여의 평균입니다. 한꺼번에 혹은 띄엄띄엄 휴가를 가질 수 있지만 하루 단위로 해야 합니다.

#### 권리 및 보호:

- **일자리 보장:** 휴가 후에 동일하거나 비슷한 일자리로 복귀합니다.
- 휴가 중에도 **건강 보험**을 유지합니다(해당하는 경우 본인 몫의 보험료를 계속 지불해야 할 수 있음).
- 유급 가족 휴가를 요청하거나 이용하는 것을 이유로 고용주가 근로자를 **차별하거나 보복하는 것은 금지됩니다.**

#### 분쟁:

유급 가족 휴가 청구가 거부된 경우, 중립적인 중재자가 거부를 검토하도록 요청할 수 있습니다. 아래에 나열된 보험회사가 중재 요청에 관한 정보를 근로자에게 제공할 것입니다.

#### 차별 민원:

유급 가족 휴가를 요청하거나 이용하는 것을 이유로 고용주가 근로자를 해고하거나, 급여 또는 혜택을 삭감하거나, 어떤 방식으로든 징계하는 경우, 근로자는 다음과 같은 조치를 통해 복직을 요청할 수 있습니다.

1. **유급 가족 휴가 관련 공식 복직 요청(Formal Request for Reinstatement Regarding Paid Family Leave)(양식 PFL-DC-119)**을 작성합니다.
2. 작성한 양식을 고용주에게 보내고 사본을 다음 주소로 보냅니다.  
Paid Family Leave, P.O. Box 9030, Endicott, NY 13761-9030
3. 고용주가 30일 내에 근로자를 복직시키지 않거나 시정 조치를 취하지 않는 경우, 근로자는 **유급 가족 휴가 차별/보복 민원(Paid Family Leave Discrimination/Retaliation Complaint)(양식 PFL-DC-120)**을 통해 Workers' Compensation Board에 차별 민원을 제기할 수 있습니다. Workers' Compensation Board는 해당 사건을 취합해서 심리 일정을 잡을 것입니다.
4. 차별로부터 근로자를 보호하는 다른 주 및 연방 법도 있습니다. 추가 정보는 [PaidFamilyLeave.ny.gov](https://PaidFamilyLeave.ny.gov)에서 확인하세요.

### 유급 가족 휴가 요청 절차:

1. 예상할 수 있는 경우 휴가 시작일로부터 최소 30일 이전에, 또는 최대한 빨리 고용주에게 알려야 합니다.
2. **유급 가족 휴가 요청서(Request for Paid Family Leave)(양식 PFL-1)**를 작성하여 고용주에게 제출합니다.
3. 혜택을 상실하지 않으려면 작성한 요청 패키지를 휴가 시작일로부터 30일 내에 고용주의 보험회사에게 보내야 합니다.
4. 대부분의 경우, 보험회사는 작성한 요청을 접수한 날과 휴가의 첫 날 중 더 나중에 도래하는 날로부터 달력상 18일 내에 혜택을 지급하거나 거부해야 합니다.

근로자는 고용주, 아래 명시된 고용주의 보험회사 또는 온라인([PaidFamilyLeave.ny.gov/Forms](https://PaidFamilyLeave.ny.gov/Forms))에서 모든 양식을 얻을 수 있습니다.

추가 정보, 양식 및 지침은 [PaidFamilyLeave.ny.gov](https://PaidFamilyLeave.ny.gov)를 방문하거나, 또는 PFL 헬프라인에 (844)-337-6303으로 전화하세요

본 정보는 장애 및 유급 가족 휴가 급여법(Disability and Paid Family Leave Benefits Law) 229조에서 요구하는 근로자의 권리를 간단히 설명한 것입니다. 귀하 고용주의 유급 가족 휴가 혜택 보험회사는 다음과 같습니다.

WORKERS' COMPENSATION BOARD  
위원장 규정  
NYS Paid Family Leave  
PO Box 9030, Endicott NY 13761