Division of Labor Standards
Permit and Certificate Unit, Room 266A
State Office Campus, Building 12
Albany, NY 12240

Заявление на получение лицензии агентства по трудоустройству

Ответьте на все вопросы на обеих сторонах. При необходимости используйте дополнительные листы.

1A. Название, под которым агентство будет осуществлять деятельность	1B. Основные виды трудоустройства	1C. Федеральный идентификационный номер работодателя (FEIN)	2. Рабочий телефон (код региона и номер)

3. Адрес местонахождения агентства	Город, поселок, село	Округ	Почтовый индекс

4. Собственник
(выберите один вариант)
- ☐ Индивидуальный предприниматель
- ☐ Партнерство
- ☐ Корпорация

5. Предполагаемое общее количество сотрудников, которые будут осуществлять деятельность по трудоустройству: _____
(Лицо, которое в течение значительного периода времени проводит собеседования, консультирует или советуется с кандидатами на рабочие места с целью поиска работы или трудоустройства.)

6. Имя, фамилия и адрес собственника, если он является индивидуальным предпринимателем; имя, фамилия и адрес каждого партнера, если агентство учреждено в рамках партнерских отношений; имена и фамилии, адреса всех должностных лиц, если собственником агентства является корпорация; имя, фамилия и адрес каждого лица, владеющего не менее чем 10% акций, если акции компании не котируются на бирже.

Имя, фамилия и домашний адрес	Должность	Домашний телефон

7. Укажите все виды коммерческой деятельности, в которой принимали участие вышеуказанные лица в течение пяти лет до даты подачи заявления.

Имя и фамилия	Название и адрес фирмы	Вид деятельности	Дата начала	Дата окончания

8A. В отношении какого-либо лица, указанного в пункте 6, отклонялось ли заявление на получение лицензии, была ли какая-либо лицензия аннулирована, приостановлена, отозвана или сдана? ☐ Да ☐ Нет Если да, укажите подробную информацию и причины в пункте 8B.

8B. Подробная информация об отказе, аннулировании и т. д.

Имя и фамилия	Дата решения	Название и адрес предприятия (город, поселок, село, штат)	Характер коммерческой деятельности	Причины отказа и т. д.

9. Было ли какое-либо лицо, указанное в пункте 6, осуждено за совершение какого-либо правонарушения или уголовного преступления, кроме нарушения ПДД? ☐ Да ☐ Нет Если да, укажите подробную информацию и причины в пункте 8B.

Имя и фамилия	Правонарушение	Дата вынесения приговора	Город, поселок, село	Штрафные санкции

10A. Имя и фамилия лица, которое будет управлять и осуществлять деятельность агентства по трудоустройству.

Если это лицо не указано в пункте 6, необходимо запросить форму «Заявление на получение разрешения на управление агентством», пункт 10B (на обороте) заполнять не нужно.

(Заполните все поля на обороте.)

10B. Укажите каждого работодателя, для которого лицо, указанное в пункте 10A, осуществляло деятельность по трудоустройству, выполняло функции профессионального консультанта либо принимало участие в связанной деятельности. Необходимо включить информацию о самозанятости. Укажите период работы у каждого работодателя и выполнявшиеся обязанности. Первым укажите последнего работодателя.

Название/имя и адрес	Дата начала	Дата окончания	Обязанности: укажите подробную информацию, включая процент времени, затраченного на собеседования с кандидатами и их консультирование, поиск, отбор и трудоустройство кандидатов, продвижение и получение заказов, подготовку описания должностных обязанностей и т. д. Укажите количество времени, которое тратилось на обязанности, не связанные с деятельностью по трудоустройству. Укажите имя и фамилию, должность и номер телефона непосредственного руководителя.

11. Планирует ли заявитель трудоустраивать лиц, проживающих за пределами штата/страны, для работы на дому?

☐ Да ☐ Нет Если да, укажите информацию о каждом агенте по работе с эмигрантами. Представьте копии лицензии каждого лицензированного агента.

Имя и адрес агента по работе с эмигрантами	Штат (страна, если не США), в котором осуществляется деятельность	Номер лицензии	Срок действия лицензии	Имя, адрес, должность лица, выдавшего лицензию

12. Планирует ли заявитель обеспечивать жилье для кандидатов на трудоустройство либо для лиц, выполняющих какую-либо работу для агентства? ☐ Да ☐ Нет Если да, укажите информацию о каждом жилье.

Название и адрес объекта, предназначенного для проживания	Номер телефона	Имя и фамилия ответственного лица

13. Предоставляет ли заявитель страхование на случай госпитализации для иностранных граждан, работающих на дому?
☐ Да ☐ Нет Если да, укажите название.

Название страховой компании	Номер договора страхования

При подаче каждого заявления необходимо представить:

(a) страховую гарантию в отношении жителей штата Нью-Йорк, со штрафной неустойкой в размере 5000 долларов, кроме штрафной неустойки в размере 10 000 долларов, которая требуется для модельных агентств и агентств, занимающихся поиском и трудоустройством работников на дому за пределами континентальной территории США;

(b) две характеристики на каждое лицо, указанное в пункте 6 настоящего заявления;

(c) чек или платежное поручение на сумму обязательного сбора на имя Commissioner of Labor;

(d) два образца контрактов, заключаемых с кандидатами, с указанием условий; платежный документ и все формы, которые подписывает кандидат на трудоустройство;

(e) копии лицензии каждого лицензированного агента по работе с эмигрантами;

(f) в отношении единственного владельца или партнерства — заверенную копию свидетельства об осуществлении деятельности, поданного в администрацию округа. В отношении корпорации — документ, подтверждающий принятие корпоративных документов, поданных в администрацию штата;

(g) **в страховой компании** необходимо получить заполненную форму C-105.2, подтверждающую страховое покрытие, обеспечивающее компенсационные выплаты работникам, и заполненную форму DB-120.1, подтверждающую страховое покрытие на случай потери трудоспособности. Документы необходимо представить в данный офис. Другие приемлемые формы подтверждающих документов: U-26.3 от Фонда страхования штата; для самозастрахованных работодателей формы SI-12 или GSI-105.2 (для страхования, обеспечивающего выплаты компенсации), DB-155 (для страхования на случай потери трудоспособности).

- В случае если вы **не** обязаны обеспечивать страхование, гарантирующее выплаты компенсации работникам, и (или) страхование на случай потери трудоспособности, необходимо представить заполненную форму CE-200. Форма доступна на сайте www.wcb.ny.gov. Перейдите в раздел «Исключения из требования об обеспечении страхования, гарантирующего выплату компенсации работникам / страхования на случай потери трудоспособности» (WC/DB Exemptions), затем перейдите в раздел «Запросить исключение из требования об обеспечении страхования, гарантирующего выплату компенсации работникам / страхования на случай потери трудоспособности» (Request for WC/DB Exemption).
  Если вам необходима помощь с получением формы, вы можете связаться с Советом по компенсации работникам по номеру 866-298-7830.
  Вы сможете поговорить со специалистом после окончания текста, озвученного автоответчиком;

(h) в отношении корпорации — надлежащую копию корпоративного протокола об избрании должностных лиц;

(i) копию документа, подтверждающего получение в компании L1 Enrollment Services необходимых отчетов о поиске отпечатков пальцев и результатов проверки каждого лица, указанного в пункте 6 настоящего заявления. (Для обработки вашего заявления компания L1 Enrollment Services должна представить отчеты в данный офис. Инструкции, а также информацию о взимаемых сборах см. в прилагаемом разделе об отпечатках пальцев LS-358.)

Внимание! В случае изменения названия, адреса, руководителя, собственников, партнеров, должностных лиц или акционеров необходимо незамедлительно сообщить об этом. Требуется предварительное одобрение.

Под страхом наказания за представление ложных сведений своей подписью я подтверждаю, что информация, указанная в настоящем заявлении, является достоверной.

14. Подпись собственника. В случае корпорации подписи президента и казначея. В случае партнерства подписи всех партнеров.

Подписи лиц, подающих заявления	Должность	Дата

ВСЕ ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ МАТЕРИАЛЫ И ИНФОРМАЦИЯ ПОДЛЕЖАТ ПРОВЕРКЕ НАСТОЯЩИМ ДЕПАРТАМЕНТОМ.