NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. Department of Labor

Division of Labor Standards
Permit and Certificate Unit
Harriman State Office Campus
Building 12, Rm. 185B
Albany, NY 12240
www.labor.ny.gov

Modulo supplementare per fornitori registrati che lavoreranno non più di 5 giorni

- **Far compilare in duplice copia dal fornitore**
- **Far firmare sia dal fornitore sia dal coltivatore o trasformatore di prodotti agricoli**
- **Presentare una copia all'indirizzo summenzionato entro 24 ore dall'inizio dell'attività lavorativa**
- **Il mancato rispetto delle presenti istruzioni costituisce un illecito punibile con una condanna ad una ammenda o alla reclusione (o ad entrambi)**
- **I salari corrisposti non devono essere inferiori a quelli promessi al momento dell'assunzione**
- **Gli oneri addebitati non devono essere superiori a quelli previsti al momento dell'assunzione**

1. Nome completo e indirizzo di residenza permanente del fornitore

2. Nome e indirizzo dell'azienda agricola o dell'impianto di trasformazione

3. Data in cui i lavoratori hanno iniziato a lavorare per l'azienda agricola/impianto di trasformazione

4. Elencare le colture principali, le attività da svolgere e i salari da versare ai lavoratori per i vari lavori sulle varie colture.

A. Colture principali	B. Attività da svolgere	C. Tariffe per i lavoratori per ogni bushel, ora, ecc.

Se sono presenti ulteriori colture, utilizzare l'altro lato.

5. Chi sarà responsabile del pagamento dei salari?
☐ Coltivatore o trasformatore di prodotti agricoli ☐ Fornitore

6. Quando saranno pagati i salari?

7. I lavoratori verranno trasferiti in un luogo di lavoro diverso per svolgere le mansioni per questa azienda agricola/impianto di trasformazione? ☐ Sì ☐ No
Se "Sì", rispondere alle domande dalla 8 alla 11.

8. Nome e indirizzo del nuovo luogo di lavoro

9. Se sono previsti oneri presso questo luogo di lavoro, elencarli qui sotto.

Articolo	Importo e frequenza degli oneri.	Nome e mansione della persona che addebiterà i vari oneri

10 A. È prevista la presenza di un punto vendita in loco?
☐ Sì ☐ No

10 B. Se "Sì", indicare nome e indirizzo del responsabile del punto vendita:

11 A. I dipendenti saranno coperti da una polizza contro gli infortuni sul lavoro?
☐ Sì ☐ No

11 B. I dipendenti saranno coperti dalla Farmer's Liability Insurance (Assicurazione per la responsabilità civile dell'imprenditore agricolo)? ☐ Sì ☐ No

12. Chi si farà carico dei costi dell'assicurazione? ☐ Coltivatore o trasformatore di prodotti agricoli ☐ Fornitore

13. Chi si farà carico della quota di previdenza sociale del datore di lavoro? ☐ Coltivatore o trasformatore di prodotti agricoli ☐ Fornitore

Data: _____ Firma: _____ , Fornitore

N. registrazione fornitore lavoratori agricoli: _____

Le informazioni che precedono sono veritiere ed esatte per quanto di mia conoscenza.

Data: _____ Firma: _____ , Coltivatore o trasformatore di prodotti agricoli

Il presente modulo va affisso in modo da risultare ben visibile e ben leggibile per tutti gli operatori dell'azienda agricola.

L'approvazione concessa alla presente richiesta non vi autorizza a non rispettare le leggi sul salario minimo.