NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. Department of Labor

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

☐ Certyfikat rejestracji pośredników pracy dla gospodarstw rolnych – **udzielić odpowiedzi na wszystkie pytania.** Wysłać oddzielny wniosek dla każdego hodowcy lub przetwórcy, na rzecz którego ma być wykonywana praca.

☐ Wniosek o pozwolenie na prowadzenie kantyny w obozie dla pracowników rolnych - **udzielić odpowiedzi na pytania 1, 2, 9, 11, 12, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32 i 33.**

1 kwietnia 20___ do 31 marca 20___

Pisać drukowanymi literami długopisem lub użyć maszyny do pisania.

1. Pełne imię i nazwisko | Stały adres zameldowania | Miejscowość | Stan | Kod pocztowy | Kraj | Nr telefonu ( )

2. Na jaki adres ma zostać wysłany certyfikat lub pozwolenie?

3. Umieścić znak „X" w polu obok każdej usługi, dla której zostanie podana opłata

☐ Pracownicy rekrutowani ☐ Pracownicy zajmujący się transportem ☐ Pracownicy zajmujący się dostawami ☐ Pracownicy najemni ☐ Pracownicy nadzorowani

4. Nazwa farmy/zakładu | Ulica | Miejscowość | Stan | Kod pocztowy | Kraj | Nr telefonu ( )

5. Liczba migrantów	5a. Liczba niemigrantów	6. Stan(y) lub kraj(e) miejsca zamieszkania	6a. Główny(-e) język(i)	Przybliżone daty zatrudnienia	
				7. Data rozpoczęcia pracy	8. Data zakończenia pracy

9. Miejsce zamieszkania pracowników | Ulica | Miejscowość | Stan | Kod pocztowy | Kraj

Obóz ☐

Poza terenem ☐

10. Czy pośrednik, hodowca lub przetwórca zapewnia zakwaterowanie? ☐ Tak ☐ Nie Jeśli tak, należy wypełnić następujące informacje w celu opisania miejsca zakwaterowania:

Liczba i typ budynków _____ Liczba łazienek _____

Liczba sypialni _____ Liczba kuchni _____ Liczba jadalni _____ Inne pokoje (liczba i rodzaj) _____

11. Czy w tej lokalizacji będzie znajdować się kantyna sprzedająca żywność lub towary? ☐ Tak ☐ Nie

Jakiego rodzaju towary będą sprzedawane lub wynajmowane w kantynie? ☐ Posiłki ☐ Artykuły spożywcze ☐ Inne (określić)

12. Nazwisko osoby, która będzie obsługiwać kantynę oraz adres dp kontaktu

13. Lista głównych zbiorów, zakres prac oraz stawki wynagrodzenia, które zostanie wypłacone pracownikom za każdy rodzaj pracy przy każdym zbiorze.

13a. Główne zbiory	13b. Zakres pracy	13c. Stawka wg skrzyni, kosza, godziny itd. (Określić pojemność skrzyń, koszy itd.).

14. Kiedy będzie wypłacane wynagrodzenie?

☐ Codzien-nie ☐ Co tydzień

☐ Co dwa tygodnie

15. W jakim dniu tygodnia są wypłacane wynagrodzenia?

16. Imię i nazwisko oraz tytuł osoby odpowiedzialnej za wypłatę wynagrodzeń

17. Liczba godzin standardowego dnia pracy

18. Liczba godzin standardowego tygodnia pracy

19. Inne zaplanowane godziny (tj. niepełen etat)

20. Czy za nadgodziny będzie wypłacana premia? ☐ Tak ☐ Nie Jeśli tak, proszę opisać wymagania dot. nadgodzin (np. po 8 godzinach dni dziennie, 40 godzin tygodniowo, itd.)

Należy wypełnić i podpisać formularz na odwrocie.

21. Określić wszelkie umowy zawarte z pracownikami na dodatkowe wynagrodzenia (tj. premia – opisać, w jaki sposób można otrzymać premię, jej kwotę oraz kiedy zostanie wypłacona)	22. Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby odpowiedzialnej za wypłatę wynagrodzeń

23. Lista zasiłków zapewnianych przez pracodawcę (tj. urlop chorobowy, urlop z przyczyn osobistych, wakacje, ubezpieczenie zdrowotne, itd.)

24. Czy pracownicy będą obciążani kosztami dowolnych usług? ☐ Tak ☐ Nie Jeśli „tak”, wypełnić pozycje 25 i 26 poniżej.

25. Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby odpowiedzialnej za pobranie każdej opłaty

26. Lista opłat, kwota opłat oraz innych planowanych potrąceń od wynagrodzeń, a także poza ekonomiczne warunki zatrudnienia (dostępność transportu, opieka medyczna, opieka nad dzieckiem, edukacja itd.)

Potrącenia od wynagrodzenia inne niż ubezpieczenie społeczne oraz podatki (opisać)	
Inne opłaty (opisać)	
Poza ekonomiczne warunki (opisać)	

27. Dane osobowe

27a. Data urodzenia (miesiąc-dzień-rok)	27b. Miejsce urodzenia (stan lub kraj)	27c. Numer ubezpieczenia społecznego	27d. Wzrost W stopach W calach	27e. Waga
		27f. Płeć ☐ Męż-czyzna ☐ Kobieta	27g. Kolor włosów	27h. Kolor oczu

28. Czy był/-aPan/-i skazany/-a za przestępstwo lub wykroczenie inne niż naruszenie przepisów drogowych? ☐ Tak ☐ Nie

W przypadku odpowiedzi „tak”, należy odpowiedzieć na poniższe pytania (w razie konieczności skorzystać z dodatkowych arkuszy). Ta pozycja musi zostać wypełniona.

Data skazania	Miejsce skazania	Charakter przestępstwa lub wykroczenia	Wydany wyrok

29. Nie zostanie wydane żadne pozwolenie ani certyfikat do czasu otrzymania wymaganych dokumentów (patrz poniżej) (zarówno dla pośrednika, jak i hodowcy) oraz podpisania poniższych poświadczeń.

Od firmy ubezpieczeniowej należy uzyskać wypełniony formularz C-105.2 potwierdzający objęcie ubezpieczeniem obejmującym odszkodowanie pracownicze (Workers' Compensation Insurance) oraz wypełniony formularz DB-120.1 potwierdzający objęcie ubezpieczeniem na wypadek niezdolności do pracy. Obydwa formularze muszą być przedstawione w biurze. Inne akceptowalne formularze potwierdzające:

- U-26.3 z Funduszu ubezpieczeń społecznych
- W przypadku samoubezpieczenia, SI-12 lub GSI-105.2 dla ubezpieczenia obejmującego odszkodowanie pracownicze WC i DB-155 dla ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy.

W przypadku ubezpieczenia w ramach Funduszu Ubezpieczeniowego stanu Nowy Jork (NY State Insurance Fund) można zadzwonić pod bezpłatną infolinię 888-875-5790 w celu poproszenia o formularz U-26.3 i nr 866-697-4332 w celu poproszenia o formularz DB-120.1. W przypadku **braku** uprawnienia do WC i/lub odszkodowania na wypadek niezdolności do pracy, przedstawić w biurze wypełniony formularz CE-200. Formularz ten można pobrać online pod adresem www.wcb.ny.gov. Na stronie głównej kliknąć zakładkę „WC/DB Exemptions”, a następnie ikonę „Request for WC/DB Exemption”. Można skontaktować się z komisją ds. odszkodowania pracowniczego pod nr 866-298-7830 w celu otrzymania pomocy w uzyskaniu tego formularza. W przypadku nawiązania połączenia zaczekać aż do zakończenia odczytywania menu na połączenie z osobą, która udzieli pomocy.

30. Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby odpowiedzialnej za opłacenie polis(y) _____

Niniejszym potwierdzam, że wszystkie informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą i dokładne.

31. Podpis pośrednika lub operatora kantyny	32. FEIN	33. Data złożenia podpisu

Do kontrasygnaty przez hodowcę – przetwórcę.

Informacje zawarta w powyższym wniosku o rejestrację certyfikatu pośrednika pracy w gospodarstwach rolnych są zgodne z prawdą i dokładne. Kontrasygnując ten wniosek będący wnioskiem o certyfikat upoważniający do zaangażowania pośrednika pracy rolników gospodarstwach rolnych, potwierdzam mój obowiązek zapewnienia odszkodowania pracowniczego, w przypadkach wymaganych na podstawie odpowiednich postanowień ustawy o odszkodowaniach pracowniczych (Workers' Compensation Law) dla wszystkich pracowników zatrudnionych na mojej/moich farmie(-ach) lub w moim/moich zakładzie(-ach) przetwórczym(-ych).

34.	35.	36.
Podpis ☐ Hodowcy ☐ Przetwórcy	Federalny nr identyfikacyjny pracodawcy (FEIN)	Data złożenia podpisu