



Solicitud del certificado de registro para contratistas de trabajo agrícola - Responda todas las preguntas.
Presente una solicitud por separado para cada productor o procesador para el que desee trabajar.

Solicitud de permiso para despensa de campamento de trabajo agrícola - Responda las preguntas 1, 2, 9, 11, 12, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32 y 33.

1 de abril de 20__ al 31 de marzo de 20__

Escriba en letra de molde con tinta o use máquina de escribir.

1. Nombre completo Dirección de residencia permanente Ciudad - pueblo - aldea Estado Código postal Condado N.º de teléfono ()

2. ¿A qué dirección debe enviarse el certificado o permiso?

3. Coloque una "X" en el casillero de cada servicio que proporcionará a cambio de una tarifa.

Reclutar trabajadores Transportar trabajadores Proporcionar trabajadores Contratar trabajadores Supervisar trabajadores

4. Nombre de la granja/planta N.º de ruta - camino Ciudad - pueblo - aldea Estado Código postal Condado N.º de teléfono ()

Table with 5 columns: 5. Cant. de inmigrantes, 5a. Cant. de no inmigrantes, 6. Estado(s) o país(es) de origen, 6a. Idioma(s) principal(es), and a sub-table for 7. Fecha de inicio del trabajo and 8. Fecha de finalización del trabajo.

9. Ubicación del alojamiento de los trabajadores N.º de ruta - camino Ciudad - pueblo - aldea Estado Código postal Condado
Campamento
Fuera del sitio

10. ¿El contratista, productor o procesador proporcionan vivienda? Sí No En caso afirmativo, complete la información siguiente para describir la vivienda:
Cant. y tipo de edificios Cant. de baños
Cant. de habitaciones Cant. de cocinas Cant. de comedores Otras salas (N.º y tipo)

11. ¿Habrá una despensa que venda alimentos u otros productos en este sitio? Sí No
¿Qué tipo de productos se venderán o arrendarán en esta despensa? Comidas Artículos de almacén Otros (Especificar)

12. Nombre de la persona que operará la despensa y dirección de contacto

13. Enumere los principales cultivos, el trabajo que se debe realizar y la tarifa que recibirán los trabajadores por cada tipo de trabajo realizado en cada cultivo.

Table with 3 columns: 13a. Principales cultivos, 13b. Trabajo que se debe realizar, 13c. Tarifa por caja, por contenedor, por hora, etc. (Especifique la capacidad de las cajas, contenedores, etc.)

14. ¿Cuándo se pagará la remuneración? Por día Por semana Cada dos semanas
15. ¿Qué día de la semana se paga la remuneración?
16. Nombre y cargo de la persona responsable de pagar la remuneración

17. Cantidad de horas en un día de trabajo estándar
18. Cantidad de horas en una semana de trabajo estándar
19. Otros horarios programados (p. ej., medio tiempo)

20. ¿Se pagará una prima por horas extras? Sí No Si su respuesta es sí, explique los requisitos para horas extras (p. ej., después de 8 horas diarias, después de 40 horas semanales, etc.)

21. Especifique los acuerdos celebrados con el trabajador sobre remuneración adicional (p. ej., bonificación. Explique cómo se ganará la bonificación, monto y cuándo se pagará).	22. Nombre y cargo de la persona responsable de pagar la remuneración adicional
---	---

23. Enumere los beneficios proporcionados por el empleador (p. ej., licencia por enfermedad, licencia personal, días festivos, seguro de salud, etc.).

24. ¿Se les cobrará algún punto a los trabajadores? Sí No Si su respuesta es sí, complete los puntos 25 y 26 a continuación.

25. Nombre y puesto de la persona que aplicará cada cargo _____

26. Enumere los cargos, el monto de los cargos y toda otra deducción planificada de la nómina, así como los términos y condiciones no económicos del empleo (disponibilidad del transporte, servicio médico, cuidado infantil, educación, etc.)

Deducciones de la nómina además del Seguro Social e impuestos (explicar)	
Otros cargos (explicar)	
Términos y condiciones no económicos (explicar)	

27. Datos personales

27a. ¿Cuándo nació? (Mes-Día-Año)	27b. ¿Dónde nació? (Estado o país)	27c. N.º de Seguro Social	27d. Estatura Pies In	27e. Peso
		27f. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	27g. Color del cabello	27h. Color de ojos

28. ¿Alguna vez ha sido condenado por un delito o infracción además de infracciones de tránsito? Sí No
Si su respuesta es sí, responda lo siguiente (use hojas adicionales de ser necesario). Este punto debe completarse.

Fecha de la condena	Lugar de la condena	Naturaleza del delito o infracción	Sentencia aplicada

29. No se podrá emitir ningún permiso o certificado, a menos que se reciban los documentos requeridos (ver más abajo) (del contratista y del productor) y que usted firme la certificación a continuación.

Su compañía de seguros deberá proporcionarle un formulario C-105.2 completo que certifique su cobertura del Seguro de compensación del trabajador (Workers' Compensation Insurance) y un formulario DB-120.1 completo que certifique la cobertura del Seguro por discapacidad. Los dos formularios deben entregarse a esta oficina. Otros formularios de certificación aceptables son:

- Formulario U-26.3 SIF
- Si es autoasegurado, SI-12 o GSI-105.2 para WC y DB-155 para discapacidad.

Si cuenta con un seguro a través del Fondo de Seguro (Insurance Fund) del estado de Nueva York, puede comunicarse con la línea gratuita 888-875-5790 para solicitar el formulario U-26.3 y al 866-697-4332 para solicitar el formulario DB-120.1. Si **no** es responsable del seguro de WC o por Discapacidad, presente un formulario CE-200 completo ante esta oficina. Puede obtener este formulario en línea en www.wcb.ny.gov. En la página de inicio, haga clic en "WC/DB Exemptions" luego haga clic en "Request for WC/DB Exemption". Puede comunicarse con la Junta de Compensación del Trabajador (Workers' Compensation Board) al 866-298-7830 para recibir ayuda sobre cómo obtener este formulario. Al llamar, espere hasta que termine el menú para recibir ayuda de un operador.

30. Nombre y cargo de la persona que pagará la(s) póliza(s) _____

Por el presente certifico que toda la información incluida en esta solicitud es fiel y precisa.

31. Firma del contratista o del operador de la despesa	32. FEIN	33. Fecha de firma
--	----------	--------------------

Para ser refrendado por el productor-procesador.

La información incluida en la solicitud anterior de un Certificado de registro para contratistas de trabajo agrícola es fiel y precisa. Al refrendar esta solicitud y convertirla de ese modo en mi solicitud de un certificado que me autorice a contratar a un contratista de trabajo agrícola, acepto mi obligación de garantizar que se proporcione el Seguro de compensación del trabajador, donde sea requerido por los artículos relevantes de la Ley de Compensación del Trabajador (Workers' Compensation Law), para todos los trabajadores empleados en mi(s) granja(s) o en mi(s) planta(s) de procesamiento.

34. _____	35. _____	36. _____
Firma del <input type="checkbox"/> Productor <input type="checkbox"/> Procesador	N.º de Identificación Federal del Empleador (FEIN)	Fecha de firma