

طلب ترخيص وكالة توظيف

استخدم هذا النموذج من أجل التقدم بطلب للحصول على رخصة وكالة توظيف. أجب عن جميع الأسئلة. أرفق أوراقًا إضافية، بحسب الحاجة.

• أرسل النموذج المُوقع بالبريد إلى العنوان الوارد أعلاه.

• احرص على كتابة جميع المعلومات المطلوبة والمستندات المدرجة في الصفحة 4.

• بمجرد الحصول على الرخصة، يجب الحصول على موافقة مسبقة من وزارة العمل على أي تغييرات تطرأ على اسم الوكالة، أو العنوان، أو المدير، أو ملكية الوكالة، أو الشركاء، أو المسؤولين عنها أو المساهمين وذلك من أجل استمرار سريان الرخصة.

1. الاسم الذي تمارس الوكالة عملها التجاري بموجبه: _____

2. موقع الوكالة: _____

المدينة، البلدة، القرية: _____ المقاطعة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

3. رقم هاتف الوكالة: (____) _____ - _____

4. رقم تعريف جهة العمل الفيدرالي (FEIN): _____ - _____

5. النوع الرئيسي من خدمات التوظيف: _____

6. عدد الموظفين المسؤولين عن تقديم خدمات التوظيف المتوقعة: _____ ملاحظة: (الموظفون المسؤولون عن تقديم خدمات التوظيف

هم الذين يقضون جانبًا كبيرًا من أوقاتهم في إجراء المقابلات مع المتقدمين للتوظيفة أو تقديم المشورة لهم أو إجراء مناقشات معهم بغرض تعيينهم في وظيفة ما أو جلب الوظائف لهم).

7. النوع الملكية (اختر واحدًا): مالك وحيد شركة تضامن شركة مساهمة

8. اكتب اسم، وعنوان، والمسمى الوظيفي، ورقم هاتف:

• المالك، في حالة المالك الوحيد

• كلا الشريكين، في حالة شركة التضامن

• جميع المسؤولين، في حالة شركة المساهمة، وكذلك جميع المساهمين الذين يملكون 10% أو أكثر من الأسهم، وذلك في حالة عدم تداول الشركة بشكل عام.

| اسم وعنوان مُقَدِّم الطلب: | المسمى الوظيفي | هاتف المنزل |
|----------------------------|----------------|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |

9. اكتب جميع الأنشطة التجارية التي يعمل بها أي شخص تم إدراجه في البند رقم 8، وذلك لمدة خمسة أعوام قبل تاريخ الطلب.

| اسم الشخص | اسم وعنوان الشركة: | النشاط التجاري | تاريخ البدء | تاريخ الإنهاء |
|-----------|--------------------|----------------|-------------|---------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

10. هل تم رفض، أو إلغاء، أو تعليق، أو إبطال أو تسليم رخصة مزاولة النشاط التجاري لأي شخص مدرج في البند رقم 8؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، فاكتب التفاصيل والأسباب

| اسم الشخص | تاريخ الإجراء | اسم وعنوان الشركة (المدينة، البلدة، القرية، الولاية) | طبيعة النشاط التجاري | أسباب الرفض، إلخ. |
|-----------|---------------|--|----------------------|-------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

11. هل تمت إدانة أي شخص مدرج في البند رقم 8 في جريمة أو مخالفة غير مخالفة السير؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، فاكتب التفاصيل والأسباب.

| اسم الشخص | المخالفة | تاريخ الإدانة | المدينة، البلدة، القرية | العقوبة |
|-----------|----------|---------------|-------------------------|---------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

12. اكتب اسم الشخص الذي سوف يدير أنشطة التوظيف في الوكالة ويقوم بتشغيلها:

ملاحظة: إذا لم يكن الشخص مدرجًا في البند رقم 8، فأرسل

"طلب تصريح مدير الوكالة"، LS 355.2 وتخطى البند رقم 13. حيث لا تحتاج إلى الإجابة عنه.

13. خبرات العمل السابقة: اكتب قائمة مفصلة بجميع جهات العمل التي عملت لديها موظفًا لخدمات التوظيف، أو مستشارًا مهنيًا، أو الأنشطة ذات الصلة بما في ذلك العمل الحر.

| اسم وعنوان جهة العمل (اكتب الاسم الأخير لجهة العمل أولاً). | تاريخ البدء | تاريخ الإنهاء | • مهام الوظيفة: اكتب النسبة المئوية (%) للوقت الذي قضيته في: a. إجراء مقابلات العمل وتقديم الاستشارات لمقدمي الطلبات b. فحص، واختيار وتوظيف مقدمي الطلبات c. التقديم والحصول على أوامر العمل d. تجهيز الوصف الوظيفي، إلخ. e. المهام التي لا تتعلق بالوظيفة • اكتب اسم ومنصب المشرف المباشر. |
|---|----------------|------------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

14. هل بنوي مُقدِّم الطلب توظيف أشخاص من خارج الولاية للعمل كعاملين في المنازل؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تقديم البيانات الخاصة بكل موظف مُغترب مُعتمد وإرسال نسخة مُصوِّرة من ترخيص كل موظف مُغترب مُعتمد.

| اسم وعنوان الموظف المُغترب اكتب البلد وذلك في حالة عمله خارج الولايات المتحدة | رقم الرخصة | تاريخ انتهاء الصالحية | اسم مسؤول إصدار التراخيص وعنوانه ومسماه الوظيفي |
|--|------------|--------------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

15. هل بنوي مقدم الطلب توفير السكن أو عمل الترتيبات الخاصة بالسكن للمتقدمين للعمل أو لشخص يتعامل مع الوكالة؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، فاكتب التفاصيل الخاصة بكل موقع.

| اسم وعنوان المبنى الذي سيؤثث فيه السكن | الهاتف | اسم الشخص المسؤول |
|--|--------|-------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

16. هل يوفر مُقدّم الطلب تأمين العلاج في المستشفيات للعاملين في المنازل بالخارج؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، فاذكر اسم شركة التأمين ورقم وثيقة التأمين.

اسم شركة التأمين: _____ رقم وثيقة التأمين: _____

17. أقسم أن البيانات التي قدمتها في هذا الطلب صحيحة ودقيقة بموجب عقوبات الحنث باليمين.

توقيع المالك إذا كان المالك الوحيد.

توقيع الرئيس وأمين الصندوق إذا كانت شركة مساهمة.

توقيع جميع الشركاء إذا كانت شراكة تضامن. أرفق أوراقًا إضافية، بحسب الحاجة.

| التاريخ | المسمى الوظيفي | توقيع (توقيعات) مُقدّم الطلب |
|---------|----------------|------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

جميع المعلومات والمواد المقدمة تخضع للتحقيق من قبل هذه الوزارة.

احرص على إرفاق المعلومات والمستندات التالية مع طلبك. قد يؤدي عدم إرفاق المعلومات أو المستندات إلى تأخير أو رفض طلبك.

1. **سند الضمان** الذي يُعيّن "سكان ولاية نيويورك" بصفتهم الدائن. مبلغ جزائي قدره 5.000 دولار، باستثناء وكالات عرض الأزياء أو الوكالات العاملة في مجال استقدام العاملين في المنازل من خارج البر الرئيسي للولايات المتحدة، وفي هذه الحالة يكون المبلغ الجزائي قدره 10000 دولار.
 2. **بيانان يصفان الشخصية (LS 361)** لكل شخص مُدرج في البند رقم 8.
 3. **الرسوم:** شيك أو حوالة بريدية بالرسوم المطلوبة تُدفع لمندوب وزارة العمل (راجع النموذج LS 355.3 لمعرفة الرسوم).
 4. **عينة واحدة لكل من:**
 - عقد مُقدّم الطلب
 - الشروط والأحكام
 - الاستلام، و
 - كل نموذج يُطلب من مُقدّم طلب التوظيف تقديمه
 5. **سُخّة مُعتمّدة من شهادة مزاولة المهنة** قام بكتابتها موظف المقاطعة، وذلك إذا كانت شركة ذات مالك واحد أو شركة تضامن، أو نسخة مُصوّرة من إيصال تسليم المؤسسة مُقدم لدى وزير الخارجية، وذلك إذا كانت مؤسسة
 6. **الحصول على ما يلي من شركة التأمين الخاصة بك:**
 - نموذج **C-105.2**، الذي يثبت تغطية تأمين تعويض العمال، و
 - ونموذج **DB-120.1**، الذي يثبت تغطية التأمين ضد الإعاقة (تتضمن نماذج الإثبات المقبولة الأخرى ما يلي: نموذج U-26.3 من صندوق التأمينات بولاية نيويورك؛ في حالة التأمين الذاتي، يتم استخدام النموذج SI-12 أو النموذج GSI-105.2 لتأمين تعويض العمال والنموذج DB-155 للتأمين ضد الإعاقة).
- أو، إذا لم تكن مسؤولاً عن تعويض العمال و/أو تأمين الإعاقة، يتم استكمال وتقديم ما يلي:
- نموذج **CE-200**. يتوفر هذا النموذج عبر الموقع الإلكتروني www.wcb.ny.gov انقر فوق "WC/DB Exemptions"، ثم انقر فوق "Request for WC/DB Exemption". يمكنك الاتصال بمجلس تعويض العمال عبر الرقم 866-298-7830 للمساعدة في الحصول على هذا النموذج. عند الاتصال، انتظر حتى انتهاء القائمة وسوف يقوم شخص ما بتقديم المساعدة لك.
7. **استالم بصمة الأصبع:** نسخة من إيصال استالمك للتقارير التي تطلبها Morpho Trust USA بشأن البحث والتحقق من بصمات أصابع جميع الأشخاص المُدرجين في البند رقم 8 من هذا الطلب.
- ملاحظة: يجب أن تقوم Morpho Trust USA بتقديم النسخة الأصلية من التقارير إلى هذا المكتب وذلك من أجل استكمال طلبك. راجع ورقة "أخذ بصمات الأصابع" المرفقة، ونموذج LS-358، لمعرفة التعليمات وكذلك الرسوم.
- مهم:** يجب الحصول على موافقة مسبقة من وزارة العمل على أي تغييرات تطرأ على اسم الوكالة، أو العنوان، أو ملكية المدير، أو الشركاء، أو المسؤولين عنها أو المساهمين وذلك من أجل استمرار سريان الرخصة.