Division of Labor Standards
Permit and Certificate Unit
1220 Washington Ave.
Building 12, Room 185B
Albany, NY 12226

NEW YORK STATE | Department of Labor
WORKING FOR YOU

এমপ্লয়মেন্ট এজেন্সি লাইসেন্সের জন্য আবেদনা

এমপ্লয়মেন্ট এজেন্সির লাইসেন্সের জন্য আবেদন করতে এই ফর্মটি ব্যবহার করুন। সব প্রশ্নের উত্তর দিন। প্রয়োজ হলে অতিরিক্ত পাতা যোগ করুন।

- সাক্ষরিত আবেদনটি উপরের ঠিকানায় ডাকযোগে পাঠান।
- পৃষ্ঠা 4-এ তালিকাবদ্ধ সমস্ত আবশ্যক তথ্য এবং ডকুমেন্ট অন্তর্ভুক্ত করুন।
- তালিকাবদ্ধ করা হয়ে গেলে, এজেন্সির নাম, ঠিকানা, ব্যবস্থাপক, মালিকানা, পার্টনার, আধিকারিক বা স্টকহোল্ডারের ক্ষেত্রে কোনও পরিবর্তন করতে হলে শ্রম বিভাগের আগাম অনুমোদন প্রয়োজন হবে যাতে লাইসেন্সটি বৈধ থাকে।

1. যে নাম অনুযায়ী এজেন্সি ব্যবসা করবে: ____________________
2. এজেন্সির অবস্থান: রাস্তার নম্বর ও নাম: ____________________

   শহর, শহরতলী, গ্রাম: ______________ কাউন্টি: ______________ স্টেট: ______ জিপ কোড: ______
3. এজেন্সির ফোন নম্বর: (_____) _____ - _______
4. ফেডারেল নিয়োগকর্তা শনাক্তকরণ নম্বর (FEIN): __ __ - __ __ __ __ __ __ __
5. প্লেসমেন্টের মূল ধরন: ____________________
6. প্রত্যাশিত প্লেসমেন্ট কর্মীর সংখ্যা: ______________ (দ্রষ্টব্য: প্লেসমেন্ট কর্মীরা হলেন সেই ব্যক্তিরা যারা প্লেসমেন্ট দেওয়ার জন্য বা কাজ জোগাড় করার উদ্দেশে কর্মপ্রার্থীদের ইন্টারভিউ নেওয়া, কাউন্সেলিং করা বা তাদের সাথে কথা বলার জন্য নিজের বেশিরভাগ সময় অতিবাহিত করেন।)
7. মালিকের প্রকার (একটিতে টিক দিন): ☐ একজন মালিক ☐ পার্টনারশিপ ☐ কর্পোরেশন
8. নিম্নলিখিতদের নাম, ঠিকানা, পদ এবং ফোন নম্বর তালিকাবদ্ধ করুন:
   - মালিক, যদি একজন মালিক হন
   - প্রত্যেক পার্টনারের নাম, যদি পার্টনারশিপ হয়
   - যদি কর্পোরেশন হয় তাহলে সমস্ত আধিকারিক এবং যদি সর্বজনীনভাবে ট্রেডেড না হয় তাহলে 10% বা তার বেশি স্টক ধারণকারী সমস্ত স্টক-হোল্ডার

আবেদনকারীর নাম এবং বাড়ির ঠিকানা	পদ	বাড়ির ফোন নম্বর:

9. আইটেম 8-এ উল্লেখ করা প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য, এই আবেদন করার তারিখের পাঁচ বছর আগে পর্যন্ত তারা যে সমস্ত ব্যবসায়িক কার্যকলাপে যুক্ত তার প্রতিটি তালিকাবদ্ধ করুন।

ব্যক্তির নাম	ফার্মের নাম ও ঠিকানা	কার্যকলাপ	শুরু হওয়ার তারিখ	শেষ হওয়ার তারিখ

10. আইটেম 8-এ তালিকাবদ্ধ থাকা কোনও ব্যক্তির কি প্রত্যাখ্যান, বাতিল, বিলম্বিত, খারিজ বা ব্যবসা চালানোর জন্য লাইসেন্স দেওয়া হয়েছিল? ☐ হ্যাঁ ☐ না যদি "হ্যাঁ" হয়, বিবরণ এবং কারণ প্রদান করুন।

ব্যক্তির নাম	ব্যবস্থা নেওয়ার তারিখ	ব্যবসার নাম ও ঠিকানা (শহর, শহরতলী, গ্রাম, স্টেট)	ব্যবসার প্রকৃতি	প্রত্যাখ্যানের কারণ ইত্যাদি

11. আইটেম 8-এ উল্লেখ করা কোনও ব্যক্তি কি কখনও ট্র্যাফিক লঙ্ঘন ব্যতীত অন্য কোনও অপরাধ বা অপরাধে দোষী সাব্যস্ত হয়েছেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না যদি "হ্যাঁ" হয়, বিবরণ এবং কারণ প্রদান করুন।

ব্যক্তির নাম	অপরাধ	দোষী সাব্যস্ত হওয়ার তারিখ	শহর, নগর, গ্রাম	দণ্ড

12. যে এজেন্সির প্লেসমেন্ট সংক্রান্ত কার্যকলাপ পরিচালনা করবেন বা নির্দেশাবলী দেবেন তার নাম প্রদান করুন।:

____ **দ্রষ্টব্য:** এই ব্যক্তি যদি আইটেম 8-এ তালিকাবদ্ধ না থাকেন, তাহলে "এজেন্সি ম্যানেজার পারমিটের জন্য আবেদন" LS355.2 জমা করুন এবং আইটেম 13 এড়িয়ে যান। এটির উত্তর দেওয়ার প্রয়োজন নেই।

13. কাজের ইতিহাস: আপনি যে যে নিয়োগকর্তাদের হয়ে প্লেসমেন্ট কর্মী, ভোকেশনাল কাউন্সেলর বা সেই সম্পর্ক কার্যকলাপে যুক্ত হিসেবে কাজ করেছেন তাদের প্রত্যেকের বিস্তারিত তালিকা প্রদান করুন; স্বনিযুক্তিও যোগ করুন।

নিয়োগকারীর নাম এবং ঠিকানা (সর্বশেষ নিয়োগকারীর নাম প্রথমে লিখুন।)	শুরু হওয়ার তারিখ	শেষ হওয়ার তারিখ	• দায়িত্বসমূহ: অতিবাহিত করা সময়ের শতকরা হার (%) লিখুন: a. আবেদনকারীর ইন্টারভিউ এবং কাউন্সেলিং করা b. আবেদনকারী স্ক্রিনিং, বাছাই এবং প্লেস করা c. কাজের অর্ডার চাওয়া এবং অর্জন করা d. কাজের বিবরণ প্রস্তুত করা, ইত্যাদি। e. সম্পর্কযুক্ত নয় এমন দায়িত্বসম্পূহ • আপনার এখনকার সুপারভাইজারের নাম ও পদমর্যাদা লিখুন।

14. গৃহস্থালী বা বাড়ির কাজের লোক হিসেবে নিযুক্ত করার জন্য আবেদনকারীরা কি স্টেটের বাইরে থেকে ব্যক্তিদের নিয়োগ করতে চাইবেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না "হ্যাঁ" হলে, প্রত্যেক অভিবাসী এজেন্টের বিবরণ দিন এবং প্রত্যেক লাইসেন্সপ্রাপ্ত অভিবাসী এজেন্টের লাইসেন্সের ফটোকপি জমা করুন।

অভিবাসী এজেন্টের নাম ও ঠিকানা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে কাজ না করলে, দেশ যোগ করুন	লাইসেন্স নম্বর	মেয়াদ শেষ হওয়ার তারিখ	ইস্যু করা আধিকারিকের নাম, ঠিকানা এবং পদ

15. কর্মপ্রার্থীদের জন্য বা এজেন্সির সাথে ব্যবসা করা যেকোনও ব্যক্তির জন্য আবেদনকারী কি থাকার জায়গা প্রদান করেন?

☐ হ্যাঁ ☐ না যদি "হ্যাঁ" হয়, তাহলে প্রতিটি অবস্থানের বিবরণ প্রদান করুন।

যেখানে থাকার জায়গা প্রদান করা হবে সেখানকার নাম এবং ঠিকানা প্রদান করুন	ফোন	দায়িত্বপ্রাপ্ত ব্যক্তির নাম

16. বিদেশ থেকে আসা বাড়ির কাজের লোকের জন্য কি আবেদনকারী হাসপাতাল সংক্রান্ত বিমা প্রদান করেন?

☐ হ্যাঁ ☐ না "হ্যাঁ" হলে, বিমা কোম্পানির নাম এবং পলিসি নম্বর প্রদান করুন।

বিমা কোম্পানির নাম: ______________________ পলিসি নম্বর: ______________

17. **আমি এতদ্বারা প্রত্যয়িত করছি** যে মিথ্যা সাক্ষ্যের দণ্ডের অধীনে এই আবেদনে প্রদান করা বিবৃতি সঠিক এবং নির্ভুল।

মালিকের স্বাক্ষর যদি একমালিকানা হয়।

কর্পোরেশন হলে, সভাপতি এবং হিসাবরক্ষককে অবশ্যই সাইন করতে হবে।

পার্টনারশিপ হলে, সকল পার্টনারকে স্বাক্ষর করতে হবে। প্রয়োজন হলে অতিরিক্ত পাতা যোগ করুন।

আবেদনকারী(দের)-এর স্বাক্ষর:	পদ	তারিখ

জমা দেওয়া সমস্ত তথ্য এবং উপাদান শ্রম বিভাগের দ্বারা তদন্ত সাপেক্ষ।

আপনার আবেদনের সাথে নিম্নলিখিত তথ্য এবং ডকুমেন্ট যোগ করতে ভুলবেন না। তথ্য বা ডকুমেন্ট না থাকলে, আপনার আবেদন বিলম্বিত বা প্রত্যাখ্যাত হতে পারে।

1. "পিপল অফ দা স্টেট অফ নিউ ইয়র্ক" নামের **জামিন বন্ড**। জরিমানা $5,000 ধার্য হবে, যদি এজেন্সিটি একটি মডেলিং এজেন্সি হয় বা এমন কোনও এজেন্সি হয় যারা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের বাইরে বিদেশ থেকে বাড়ির কাজের লোক নিয়োগ করে, তাহলে জরিমানা $10,000 হবে।
2. আইটেম 8-এ তালিকাবদ্ধ প্রত্যেক ব্যক্তির **চরিত্রের ব্যাপারে দুটি সার্টিফিকেট** (LS361)।
3. **ফি:** প্রয়োজনীয় ফি-এর জন্য চেক বা মানি অর্ডারের প্রদেয় হবে শ্রম কমিশনার (ফি-এর জন্য LS 355.3 দেখুন)।
4. প্রত্যেকটির একটি করে নমুনা:
   - **আবেদনকারীর চুক্তিতি**
   - **শর্তাবলী**
   - **রসিদ এবং**
   - কর্মসংস্থানের প্রক্রিয়া নির্বাহ করার জন্য আবেদনকারীর **যে যে ফর্ম** প্রয়োজন
5. **কাউন্ট ক্লার্কের দ্বারা পূরণ করা ব্যবসা করার সার্টিফিকেটের প্রত্যয়িত কপি,** যদি একমালিকানা বা পার্টনারশিপ হয়। **স্টেটের সেক্রেটরি দ্বারা পূরণ করা কর্পোরেট ফাইলিংয়ের** রসিদের ফটোকপি, যদি কর্পোরেশন হয়
6. আপনার বিমা কোম্পানি থেকে:
   - **C-105.2,** যা শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণের বিমা কভারেজের **প্রমাণ**
   - **DB-120.1,** প্রতিবন্ধকতার বিমা কভারেজ প্রমাণ করবে
     (অন্যান্য গ্রহণযোগ্য প্রমাণের ধরন: SIF থেকে U-26.3; যদি স্ব-বিমাকৃত হন, তাহলে WC এর জন্য SI-12 বা GSI-105.2 এবং প্রতিবন্ধীকতার জন্য DB-155।)

   অথবা আপনি যদি শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ এবং/অথবা অক্ষমতা বিমার জন্য দায়বদ্ধ না হন, তবে পূরণ করা:

   - **CE-200** ফর্ম। এই ফর্ম পাওয়া যাবে এখানে www.wcb.ny.gov। "WC/DB ছাড়"-এ ক্লিক করে তারপর "WC/DB ছাড়ের জন্য অনুরোধ করুন"-এ ক্লিক করুন।" এই ফর্মটি পাওয়ার জন্য আপনি 866-298-7830 -এ শ্রমিক ক্ষতিপূরণ বোর্ড-এর সাথে যোগাযোগ করতে পারেন। ফোন করলে, অপেক্ষা করুন যতক্ষণ না মেনু শেষ হয়ে আপনাকে সহায়তার জন্য কারোর কাছে পাঠানো হয়।
7. **আঙুলের ছাপের রসিদ:** আঙুলের ছাপ খোঁজা এবং এই আবেদনের আইটেম 8-এ তালিকাবদ্ধ প্রত্যেক ব্যক্তির যাচাইকরণের উপর প্রয়োজনীয় রিপোর্টের জন্য Morpho Trust USA থেকে আপনার রসিদের একটি কপি।
   - দ্রষ্টব্য: আপনার আবেদন সম্পূর্ণ করার জন্য Morpho Trust USA-এর তরফ থেকে এই অফিসে আসল রিপোর্ট জমা দিতে হবে। ফি সহ নির্দেশাবলীর জন্য সঙ্গে দেওয়া "আঙুলের ছাপ" পৃষ্ঠাটি, LS-358 দেখুন।

গুরুত্বপূর্ণ: এজেন্সির নাম, ঠিকানা, ব্যবস্থাপক, মালিকানা, পার্টনার, আধিকারিক বা স্টকহোল্ডারের ক্ষেত্রে কোনও পরিবর্তন করতে হলে শ্রম বিভাগের আগাম অনুমোদন প্রয়োজন হবে যাতে লাইসেন্সটি বৈধ থাকে।