

Richiesta di licenza per agenzia di collocamento

Può utilizzare il presente modulo per inoltrare la richiesta di licenza per agenzia di collocamento. Risponda a tutte le domande. Se necessario, aggiunga anche altre pagine.

- Invii la richiesta firmata all'indirizzo indicato qui sopra.
- Verifichi che nella richiesta siano presenti tutte le informazioni e tutti i documenti elencati a pag. 4.
- Una volta ottenuta la licenza, qualsiasi modifica di nome, indirizzo, responsabile, titolare, partner, funzionari o azionisti dell'agenzia deve essere approvata preventivamente dal Dipartimento del lavoro (Department of Labor) affinché continui a essere valida.

1. Nome con cui opera l'agenzia: _____

2. Sede dell'agenzia: _____

Città o paese: _____ Contea: _____ Stato: _____ CAP: _____

3. Numero di telefono dell'agenzia: (____) ____ - _____

4. Numero di identificazione federale del datore di lavoro (FEIN): ____ - _____

5. Tipo principale di collocamento: _____

6. Numero di addetti al collocamento previsto: _____ (Nota: gli addetti al collocamento sono quelli che dedicano la maggior parte del loro tempo a effettuare colloqui, offrire consulenza o parlare con i candidati per aiutarli a trovare un posto di lavoro.)

7. Tipo di titolare (spunti una casella): Impresa individuale Società di persone Società di capitali

8. Indichi il nome, l'indirizzo, la qualifica e il numero di telefono dei seguenti soggetti:

- Titolare, in caso di impresa individuale
- Tutti i soci, in caso di società di persone
- Tutti i funzionari, in caso di società di capitali, e tutti gli azionisti con almeno il 10% di quote azionarie, se la società non è quotata in borsa

Nome e indirizzo di casa del richiedente	Qualifica	Telefono di casa

9. Per tutti i soggetti elencati alla voce 8, indichi tutte le attività commerciali che svolgevano nei cinque anni precedenti la data della presente richiesta.

Nome della persona	Nome e indirizzo dell'azienda	Attività	Data di inizio	Data di fine

10. Le singole persone elencate alla voce 8 si sono mai viste rifiutare, annullare, sospendere, revocare o interrompere una licenza per la gestione di un esercizio commerciale? Sì No
Se "Sì", indichi dettagli e motivazioni.

Nome della persona	Data del provvedimento	Nome e indirizzo dell'esercizio commerciale (Città/paese e Stato)	Natura delle attività commerciali	Motivazione per il rifiuto, ecc.

11. Le singole persone elencate alla voce 8 hanno mai subito condanne per aver commesso reati o illeciti, escluse le infrazioni stradali? Sì No Se "Sì", indichi dettagli e motivazioni.

Nome della persona	Illecito	Data della condanna	Città o paese	Sanzione

12. Indichi il nome della persona che dirigerà le attività di collocamento dell'agenzia:

_____ **Nota:** Se questa persona non è elencata alla voce 8, inoltri una "Richiesta di permesso per responsabile di agenzia" LS 355.2 e ignori la voce 13. Non è necessario rispondere a questa domanda.

13. Esperienza lavorativa: Indichi tutti i datori di lavoro di cui è stato alle dipendenze in qualità di addetto al collocamento, consulente per la riabilitazione professionale o in altri ruoli simili, anche in veste di lavoratore autonomo.

Nome e indirizzo del datore di lavoro (iniziando dal più recente)	Data di inizio	Data di fine	<ul style="list-style-type: none"> • Mansioni: Indichi la percentuale (%) di tempo dedicata a: <ol style="list-style-type: none"> a. effettuare colloqui e offrire consulenza ai candidati b. valutare le candidature, selezionare i candidati e trovare loro una collocazione c. richiedere e ottenere lavori d. preparare le descrizioni delle mansioni, ecc. e. altre mansioni accessorie • Indichi il nome e la qualifica del suo diretto responsabile.

14. Il richiedente assumerà persone non residenti nello Stato con le mansioni di collaboratori domestici?

Sì No Se "Sì", indichi dettagli su ogni datore di lavoro di migranti e invii una fotocopia della licenza di ogni datore di lavoro di migranti autorizzato.

Nome e indirizzo del datore di lavoro Indichi il Paese, se non opera negli Stati Uniti	Numero di licenza	Data di scadenza	Nome, indirizzo e qualifica dell'addetto al rilascio

15. Il richiedente intende mettere a disposizione o trovare un alloggio per i candidati o per le persone che collaborano con l'agenzia? Sì No Se "Sì", indichi i dettagli per ciascuna sede.

Nome e indirizzo della sede in cui verrà offerto l'alloggio	Telefono	Nome dell'incaricato:

16. Il richiedente mette a disposizione un'assicurazione ospedaliera per i collaboratori domestici provenienti dall'estero? Sì No Se "Sì", indichi il nome della compagnia assicurativa e il numero di polizza.

Nome della compagnia assicurativa: _____ Numero di polizza: _____

17. **Dichiaro**, sotto giuramento e consapevole delle pene previste per il reato di falsa testimonianza, che le dichiarazioni contenute nella presente richiesta sono veritiere e corrette.

Per le imprese individuali, firma del titolare.

Per le società di capitali, firme del presidente e del tesoriere.

Per le società di persone, firme di tutti i soci. Se necessario, aggiunga altre pagine.

Firma del richiedente	Qualifica	Data

Tutte le informazioni e tutti i materiali presentati sono sottoposti a verifica ad opera del Dipartimento.

Nella richiesta devono essere inclusi tutti i documenti e tutte le informazioni seguenti. La mancanza dei documenti o delle informazioni necessarie potrebbe dare luogo a ritardi o alla mancata approvazione della sua richiesta.

1. **Fideiussione** indicante come obbligatario “Cittadinanza dello Stato di New York”. La penale ammonta a \$5.000, a meno che l’agenzia non sia un’agenzia di modelle o un’agenzia di reclutamento di collaboratori domestici o familiari provenienti da Paesi diversi dagli Stati Uniti continentali: in tal caso, la penale richiesta ammonta a \$10.000.
2. **Due dichiarazioni di integrità morale** (LS 361) per ogni persona elencata alla voce 8.
3. **Commissione:** assegno o vaglia per la commissione richiesta, da versare al Commissario del lavoro (vedere LS 355.3 per le commissioni).
4. Un campione ciascuno di:
 - **Contratto del richiedente**
 - **Termini e condizioni**
 - **Ricevuta e**
 - **Ogni modulo** che un candidato è tenuto a sottoscrivere
5. **Copia autenticata del certificato di regolare operatività** registrato presso la cancelleria della contea, in caso di impresa individuale, oppure **Fotocopia della ricevuta di iscrizione della società** registrata presso la Segreteria di Stato, in caso di società di capitali
6. La sua compagnia assicurativa dovrà inviare i seguenti documenti compilati:
 - **Modulo C-105.2**, che attesta la copertura assicurativa contro gli infortuni sul lavoro, e
 - **Modulo DB-120.1**, che attesta la copertura assicurativa contro le invalidità (Altre forme di prova accettabili: Modulo U-26.3 da SIF; in caso di assicurazione autonoma, modulo SI-12 o GSI-105.2 per infortuni sul lavoro e modulo DB-155 per invalidità.)Oppure, se non è idoneo a ricevere una copertura assicurativa contro gli infortuni sul lavoro e/o le invalidità, dovrà compilare e inviare
 - il modulo **CE-200**. Questo modulo è disponibile sul sito wcb.ny.gov. Faccia clic su “WC/DB Exemptions” e poi su “Request for WC/DB Exemption”. Per ricevere assistenza su come procurarsi il modulo, contatti il Comitato infortuni sul lavoro al numero 866-298-7830. Al momento della chiamata, attenda che vengano elencate tutte le voci del menu per poter parlare con un operatore.
7. **Ricevuta delle impronte digitali:** Una copia della ricevuta rilasciata da Morpho Trust USA per i rapporti obbligatori di verifica e ricerca delle impronte digitali di ciascuna persona elencata alla voce 8 della presente richiesta.
 - Nota: I rapporti veri e propri devono essere inviati a questo ufficio da Morpho Trust USA affinché sia possibile elaborare la richiesta. Per le commissioni e le relative istruzioni, può consultare l’allegato LS-358 “Impronte digitali”.

Importante: qualsiasi modifica di nome, indirizzo, responsabile, titolare, partner, funzionari o azionisti dell’agenzia deve essere approvata preventivamente dal Dipartimento del lavoro affinché continui a essere valida.