

Wniosek o licencję agencji zatrudnienia

Użyć tego formularza, aby ubiegać się o licencję agencji zatrudnienia. Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania. W razie potrzeby dołączyć dodatkowe arkusze.

- Podpisany wniosek wysłać pocztą na powyższy adres.
- Należy pamiętać o dołączeniu wszystkich wymaganych informacji i dokumentów wymienionych na stronie 4.
- Po uzyskaniu licencji każda zmiana nazwy agencji, adresu, menedżera, własności, partnerów, członków zarządu lub udziałowców wymaga wcześniejszego zatwierdzenia przez Departament Pracy, aby licencja zachowała ważność.

1. Nazwa, pod którą agencja będzie prowadzić działalność: _____
2. Lokalizacja agencji: _____
Miasto, Miejscowość, Wieś: _____ Hrabstwo: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____
3. Numer telefonu: (____) _____ - _____
4. Federalny Numer Identyfikacyjny Pracodawcy (FEIN): _____ - _____
5. Główny rodzaj stażu: _____
6. Przewidywana liczba doradców zawodowych: _____ (Uwaga: Doradcy zawodowi to osoby, które spędzają dużą część swojego czasu na rozmowach kwalifikacyjnych, doradzaniu lub naradach z kandydatami do pracy w celu znalezienia lub uzyskania zatrudnienia.)
7. Rodzaj właściciela (zaznaczyć jedną opcję):
Jednoosobowa działalność gospodarcza Spółka cywilna Korporacja
8. Podać nazwisko, adres, stanowisko i numer telefonu:
 - Właściciela, jeśli jednoosobowa działalność gospodarcza
 - Każdego wspólnika, jeśli spółka cywilna
 - Wszystkich członków zarządu, jeżeli jest to spółka oraz każdego akcjonariusza posiadającego 10% lub więcej akcji, jeżeli nie są one w obrocie publicznym

Imię i nazwisko oraz adres domowy wnioskodawcy	Stanowisko	Telefon domowy

9. Dla każdej osoby z pozycji 8 należy wymienić wszystkie rodzaje działalności gospodarczej, którą prowadziła w okresie pięciu lat przed dniem złożenia niniejszego wniosku.

Imię i nazwisko osoby	Nazwa i adres firmy	Działalność	Data rozpoczęcia	Data zakończenia

10. Czy komukolwiek z wymienionych w punkcie 8 odmówiono wydania, unieważniono, zawieszono, cofnięto lub zwrócono licencję na prowadzenie działalności gospodarczej? Tak Nie
Jeśli „tak”, proszę podać szczegóły oraz powody.

Imię i nazwisko osoby	Data sprawy	Nazwa i adres firmy (Miasto, Miejscowość, Wieś)	Charakter działalności	Powód odmowy itp.

11. Czy którakolwiek z osób wymienionych w punkcie 8 została skazana za jakiegokolwiek przestępstwo lub wykroczenie inne niż wykroczenie drogowe? Tak Nie
Jeśli „tak”, proszę podać szczegóły oraz powody.

Imię i nazwisko osoby	Przestępstwo	Data skazania	Miasto, Miejscowość, Wieś	Kara

12. Podać nazwisko osoby, która będzie kierować i prowadzić działalność w zakresie pośrednictwa pracy w agencji: _____ Uwaga: Jeśli osoba ta nie jest wymieniona w punkcie 8, należy złożyć „Wniosek o zezwolenie dla menedżera agencji”, LS 355.2 i pominąć punkt 13. Nie trzeba odpowiadać na pytania w tym punkcie.

13. Doświadczenie zawodowe: Podaj szczegółową listę wszystkich pracodawców, u których pracowałeś jako pracownik działu pośrednictwa pracy, doradca zawodowy lub w pokrewnych dziedzinach; uwzględnij samozatrudnienie.

Nazwa i adres pracodawcy (Wymienić najpierw ostatniego pracodawcę.)	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	<ul style="list-style-type: none"> • Obowiązki służbowe: Lista procentowa (%) czasu poświęconego na: <ul style="list-style-type: none"> a. prowadzenie rozmów i doradzanie kandydatom b. sprawdzanie, wybór i znajdowanie pracy dla kandydatów c. pozyskiwanie i otrzymywanie zleceń na pracę d. przygotowanie opisów stanowisk pracy itp. e. obowiązki niepowiązane • Podać nazwisko i stanowisko bezpośredniego przełożonego.

14. Czy wnioskodawca będzie rekrutować osoby spoza stanu w celu zatrudnienia w charakterze pracowników domowych? Tak Nie Jeśli „tak”, podać szczegóły dotyczące każdego agenta ds. emigracyjnych **oraz** przedłożyć kserokopię licencji każdego licencjonowanego agenta ds. emigracyjnych.

Nazwisko i adres agenta ds. emigracyjnych Podać kraj, jeśli nie działa w Stanach Zjednoczonych	Numer licencji	Data wygaśnięcia	Nazwisko, adres i stanowisko urzędnika wydającego licencję

15. Czy wnioskodawca zamierza zapewnić lub zorganizować zakwaterowanie dla kandydatów do pracy lub dla osób prowadzących interesy z agencją?

Tak Nie Jeśli „tak”, proszę podać szczegóły dotyczące każdej lokalizacji.

Nazwa i adres lokalu, w którym będzie zapewnione zakwaterowanie	Telefon	Nazwisko osoby odpowiedzialnej

16. Czy wnioskodawca zapewnia ubezpieczenie szpitalne dla zagranicznych pracowników domowych?

Tak Nie Jeśli „tak”, proszę podać nazwę firmy ubezpieczeniowej i numer polisy.

Nazwa firmy ubezpieczeniowej: _____ Numer polisy: _____

17. Pod karą krzywoprzysięstwa **przysięgam**, że oświadczenia złożone w niniejszym wniosku są prawdziwe i dokładne.

Jeśli jednoosobowa działalność gospodarcza, podpis właściciela.

W przypadku korporacji, podpisy prezesa i skarbnika.

W przypadku spółki cywilnej, podpisy wszystkich partnerów. W razie potrzeby dołączyć dodatkowe arkusze.

Podpis(-y) wnioskodawców	Stanowisko	Data

Wszystkie przekazane informacje i materiały podlegają kontroli tego Departamentu.

Należy pamiętać o dołączeniu do wniosku następujących informacji i dokumentów. Brakujące informacje lub dokumenty mogą spowodować opóźnienia lub odrzucenie wniosku.

1. **Poręczenie**, w którym jako wierzyciela wymienia się „społeczeństwo Stanu Nowy Jork”. Kwota karna wynosi 5 000 USD, chyba że agencja jest agencją modelek lub agencją zajmującą się rekrutacją pracowników domowych spoza kontynentalnych Stanów Zjednoczonych, wtedy wymagana jest kwota w wysokości 10 000 USD.
2. **Dwa oświadczenia o charakterze** (LS 361) dla każdej osoby wymienionej w punkcie 8.
3. **Opłata**: Czek lub przekaz pieniężny na wymaganą kwotę, płatny na rzecz Komisarza Pracy. (informacje o opłatach LS 355.3).
4. Po jednej próbkce:
 - **Kontraktu wnioskodawcy**
 - **Regulaminu**
 - **Potwierdzenia oraz**
 - **Każdego formularza**, do którego wypełnienia zobowiązany jest kandydat do pracy
5. **Uwierzytelnionej kopii zaświadczenia o prowadzeniu działalności gospodarczej** złożonej u urzędnika hrabstwa w przypadku jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej, lub **Kserokopii potwierdzenia złożenia dokumentów** w Sekretariacie Stanu, jeśli korporacja
6. Od swojego ubezpieczyciela wypełnione formularze:
 - **C-105.2** poświadczający fakt zawarcia ubezpieczenia w zakresie odszkodowań pracowniczych **oraz**
 - **DB-120.1** poświadczający fakt zawarcia ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa (Inne akceptowalne formy dowodu: U-26.3 z SIF; w przypadku samo-ubezpieczenia, formularze SI-12 lub GSI-105.2 potwierdzające ubezpieczenie w zakresie odszkodowań dla pracowników oraz formularz DB-155 potwierdzający ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa).

Lub, w przypadku braku odpowiedzialności za ubezpieczenie w zakresie odszkodowań dla pracowników, wypełniony:

 - **Formularz CE-200**. Formularz jest dostępny na stronie www.wcb.ny.gov. Kliknąć „Wyłączenia WC/DB”, a następnie „Wniosek o wyłączenie WC/DB”. Można również kontaktować się z Radą ds. Odszkodowań Pracowniczych pod numerem 866-298-7830 w celu uzyskania pomocy w uzyskaniu tego formularza. Dzwoniąc należy czekać do momentu zgłoszenia się operatora, który udzieli stosownego wsparcia.
7. **Potwierdzenie odbioru odcisków palców**: Kopia potwierdzenia z Morpho Trust USA za wymagane raporty z przeszukania i weryfikacji odcisków palców każdej osoby wymienionej w punkcie 8 niniejszego wniosku.
 - Uwaga: Rzeczywiste raporty muszą być dostarczone do tego biura przez Morpho Trust USA w celu uzupełnienia wniosku. Instrukcje, w tym informacje o opłatach, znajdują się w załączonym arkuszu „odciski palców”, LS-358.

Ważne: Każda zmiana nazwy agencji, adresu, menedżera, własności, partnerów, członków zarządu lub udziałowców wymaga wcześniejszego zatwierdzenia przez Departament Pracy, aby licencja zachowała ważność.