

## 职业介绍所执照申请表

使用此表格申请职业介绍所执照。请回答所有问题。必要时可添加附页。

- 将签名的申请表寄送至以上地址。
- 请务必随附第 4 页所列的所有必需信息和文件。
- 取得执照后，对机构名称、地址、经理、所有权、合伙人、管理层或股东所做的任何变更都需事先征得劳工署 (Department of Labor) 的事先批准才能继续生效。

1. 介绍所执业名称: \_\_\_\_\_
2. 介绍所地址: \_\_\_\_\_  
市、镇、村: \_\_\_\_\_ 县: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮编: \_\_\_\_\_
3. 介绍所联系电话: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
4. 联邦雇主识别号码 (FEIN): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
5. 主要安置职位类型: \_\_\_\_\_
6. 预期招聘工作人员人数: \_\_\_\_\_ (注意: 招聘工作人员是指为以安置或获得工作为目的的就业申请人花费大量的时间进行面试、咨询或谈话的人员。)
7. 所有人类型 (请勾选一项): 独资企业 合伙企业 法人团体
8. 请列出以下人员的姓名、地址、职务和联系电话:
  - 所有人 (若为独资企业)
  - 每名合伙人 (若为合伙企业)
  - 所有管理层 (若为法人团体), 以及持股达到 10% 或以上的每名股东 (若未上市)

申请人姓名及家庭地址	职务	住宅电话

9. 第 8 项所有指定人员均需列出在该申请日期之前五年内从事的所有商业活动。

成员姓名	公司名称和地址	活动	开始日期	结束日期

10. 第 8 项所列任何人的营业执照是否曾经被拒绝、取消、吊扣、撤销或缴回？ 是 否

如果“是”，请填写详细信息和原因。

成员姓名	行动日期	业务名称和地址 (州、市、镇、村)	业务性质	被拒绝等情形的原因

11. 第 8 项中的任何人员是否曾因违法或犯罪行为（违反交通规则除外）而被定罪？ 是 否

如果“是”，请填写详细信息和原因。

成员姓名	犯罪行为	定罪日期	市、镇、村	处罚

12. 请填写指导和开展机构就业安置活动的人员的姓名：

\_\_\_\_\_ 注：如果该人员未列入第 8 项，请提交一份“机构经理许可申请表” LS 355.2 并跳过第 13 项。无需回答该项。

13. 工作经历: 请详细列出您作为其招聘工作人员、职业顾问或参加其相关活动的每位雇主(包括自主创业)。

雇主名称和地址 (首先列出上一个雇主。)	开始日期	结束日期	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 职责: 列出职责所占用的时间百分比 (%):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>a. 面试和咨询申请人</li> <li>b. 筛选、选择和安置申请人</li> <li>c. 申请和获取工作单</li> <li>d. 准备职位描述等</li> <li>e. 不相关职责</li> </ul> </li> <li>• 请填写直属上司的姓名和职位。</li> </ul>

14. 申请人是否会从国外招聘人员作为家庭务工人员或家佣? 是 否

如果“是”，请提供每个移民机构的详细信息并提交每个持照移民机构的执照复印件。

移民机构的名称和地址 (如果不在美国运营，还需填写国家)	执照编号	到期日期	签发官员的姓名、地址和职位

15. 申请人是否为求职人员或与机构有业务往来的人员提供或安排住宿？ 是 否

如果“是”，请提供每个住处的详细信息。

提供住宿的场所名称和地址	电话	负责人姓名

16. 申请人是否为国外来的家庭务工人员或家佣提供住院保险？ 是 否

如果“是”，请填写保险公司的名称和保单号码。

保险公司名称: \_\_\_\_\_ 保单号码: \_\_\_\_\_

17. 本人保证此申请表中的信息均真实准确，如有虚假愿受伪证罪处罚。

如果为独资企业，业主须签名。

如果为法人团体，董事长和财务主管须签名。

如果为合伙企业，所有合伙人须签名。如有需要，请另附纸张。

申请人签名	职务	日期

提交的所有信息和材料应经由劳工署调查。

请确保随您的申请表一起提交以下信息和文件。信息和文件缺失可能会导致延误或申请被拒。

1. 将“纽约州市民”指定为债权人的担保保证金。最高给付保证金额为 5,000 美元，而模特机构或从美国以外的国家招聘家庭务工人员或家佣的机构的最高给付保证金额为 10,000 美元。
2. 第 8 项中所有人员的两份人格声明 (LS 361)。
3. **费用:** 用于必要费用的支票或汇票，抬头为“Commissioner of Labor” (劳工署署长) (参见 LS 355.3 中的费用说明)。
4. 以下各项均一个样本：
  - 申请人合同
  - 条款及条件
  - 收据，及
  - 需要就业申请人签署的所有表格
5. 如果是独资经营者或合伙企业，应提供一份向县委书记官 (county clerk) 提交的营业证书的核证副本，或者如果是法人团体，应提供一份向州务卿 (Secretary of State) 提交的企业备案回执副本
6. 一份出自保险公司且已填妥的：
  - 证明工伤赔偿保险范围的 **C-105.2**，和
  - 证明残疾保险范围的 **DB-120.1**  
(其他可接受的证明表格：来自 SIF 的 U-26.3；如果自保，工伤赔偿保险 (Worker's Compensation Insurance, WC) 请填写 SI-12 或 GSI-105.2，伤残保险请填写 DB-155。)或者，如果不负责劳工赔偿保险和/或残疾保险，则需一份已填妥的：
  - **CE-200** 表格。可访问 [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov) 获取此表格。点击“WC/DB Exemptions” (WC/DB 豁免)，然后点击“Request for WC/DB Exemption” (申请 WC/DB 豁免)。也可拨打 866-298-7830 联系工伤赔偿委员会获取此表。拨打电话时，工作人员将在选项列单结束后为您提供帮助。
7. **指纹收据:** 从 Morpho Trust USA 获取的关于指纹搜索和本申请表第 8 项中列出的所有人员验证的必要报告的接收确认单副本。
  - 注: 实际报告须由 Morpho Trust USA 提交给办公室以完成申请。参见“指纹”工作表 LS-358 中包括费用在内的说明。

**重要:** 对机构名称、地址、经理、所有权、合伙人、管理层或股东所做的任何变更都需事先征得劳工署的事先批准才能继续生效。