

Αίτηση για Άδεια Γραφείου Εύρεσης Εργασίας

Χρησιμοποιήστε το παρόν έντυπο για να υποβάλετε αίτηση για Άδεια Γραφείου Εύρεσης Εργασίας. Απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις. Επισυνάψτε επιπλέον φύλλα αν χρειαστεί.

- Ταχυδρομήστε την υπογεγραμμένη αίτησή στην παραπάνω διεύθυνση.
- Φροντίστε να συμπεριλάβετε όλες τις απαιτούμενες πληροφορίες και έγγραφα που αναφέρονται στη σελίδα 4.
- Εφόσον λάβετε την άδεια, οποιαδήποτε αλλαγή στην επωνυμία του γραφείου, τη διεύθυνση, το διευθυντή, την ιδιοκτησία, του εταιρίου, τα στελέχη ή τους μετόχους προϋποθέτει την προηγούμενη έγκριση του Υπουργείου Εργασίας προκειμένου η άδεια να παραμείνει έγκυρη.

1. Επωνυμία υπό την οποία θα δραστηριοποιείται το γραφείο: _____

2. Τοποθεσία γραφείου: Αριθμός και οδός: _____

Πόλη, Χωριό: _____ Επαρχία: _____ Ταχ. κωδ.: _____

3. Τηλέφωνο γραφείου: _____ 4. Ομοσπονδιακός Αναγνωριστικός Αριθμός Εργοδότη (FEIN): _____

5. Κύρια είδη θέσεων εργασίας: _____

6. Προσδοκώμενος αριθμός υπαλλήλων τοποθέτησης: _____ (Σημείωση: Οι υπάλληλοι τοποθέτησης είναι εκείνοι που αφιερώνουν ένα σημαντικό μέρος του χρόνου τους για συνεντεύξεις, συμβουλευτική ή συζητήσεις με υποψήφιους για εργασία με σκοπό την τοποθέτηση ή την εύρεση μιας θέσης εργασίας).

7. Είδος ιδιοκτήτη (επιλέξτε ένα): Ατομική επιχείρηση Ομόρρυθμη εταιρεία Εταιρεία

8. Αναφέρετε το όνομα, τη διεύθυνση, τον τίτλο και τον αριθμό τηλεφώνου:

- Του ιδιοκτήτη, αν πρόκειται για ατομική επιχείρηση
- Κάθε εταιρίου, αν πρόκειται για ομόρρυθμη εταιρεία
- Όλων των τελεχών, αν πρόκειται για εταιρεία, και κάθε μετόχου που κατέχει 10% ή παραπάνω των μετοχών, αν δεν είναι εισηγμένη

Όνομα και Διεύθυνση κατοικία αιτούντα	Τίτλος	Τηλέφωνο οικίας

9. Για κάθε άτομο του σημείου 8, παραθέστε όλες τις επιχειρηματικές δραστηριότητες στις οποίες συμμετείχαν τα πέντε προηγούμενα έτη πριν την ημερομηνία της αίτησης.

Όνομα ατόμου	Όνομα και Διεύθυνση Εταιρείας	Δραστηριότητα	Ημερομηνία Έναρξης	Ημερομηνία Λήξης

10. Υπάρχει κάποιος που αναφέρεται στο στοιχείο 8 του οποίου η άδεια άσκησης επιχειρηματικής δραστηριότητας απορρίφθηκε, ακυρώθηκε, ανεστάλη, ανακλήθηκε ή επιστράφηκε; Ναι Όχι Εάν 'Ναι', παραθέστε λεπτομέρειες και λόγους.

Όνομα ατόμου	Ημερομηνία δράσης	Όνομα και Διεύθυνση Επιχείρησης (Πόλη, Χωριό, Πολιτεία)	Φύση Επιχείρησης	Λόγος Άρνησης, κλπ.

11. Υπάρχει κάποιος στο σημείο 8 ο οποίος να έχει καταδικαστεί για ποινικό αδίκημα ή παράπτωμα εκτός από παράβαση του κώδικα οδικής κυκλοφορίας; Ναι Όχι Εάν 'Ναι', παραθέστε λεπτομέρειες και λόγους.

Όνομα ατόμου	Παράπτωμα	Ημερομηνία καταδίκης	Πόλη, Χωριό	Ποινή

12. Αναφέρετε το όνομα του ατόμου που θα διευθύνει και θα διαχειρίζεται τις δραστηριότητες τοποθέτησης του γραφείου:

_____ Σημείωση: Εάν το άτομο δεν αναφέρεται στο σημείο 8, υποβάλετε «Αίτηση για Άδεια Διαχειριστή Γραφείου», LS 355.2 και παραλείψτε το σημείο 13. Δεν χρειάζεται να απαντηθεί.

13. Ιστορικό εργασίας: Δώστε μια λεπτομερή λίστα με κάθε εργοδότη στον οποίο εργαστήκατε ως υπάλληλος τοποθέτησης, επαγγελματικός σύμβουλος ή σε συναφείς δραστηριότητες. Περιλαμβάνεται η αυτοαπασχόληση.

Όνομα εργοδότη και Διεύθυνση (Αναφέρετε τον τελευταίο εργοδότη πρώτο.)	Ημερομηνία Έναρξης	Ημερομηνία Λήξης	<ul style="list-style-type: none"> Καθήκοντα: Αναφέρετε το Ποσοστό (%) του Χρόνου που αφιερώθηκε σε: <ul style="list-style-type: none"> a) συνεντεύξεις και συμβουλευτική σε υποψήφιους b) έλεγχος, επιλογή και τοποθέτηση αιτούντων c) εύρεση και εξασφάλιση εντολών εργασίας d) κατάρτιση περιγραφών θέσεων εργασίας, κλπ. e) μη σχετικά καθήκοντα Αναφέρετε το Όνομα και τον τίτλο του άμεσου επιβλέποντά σας.

14. Ο αιτών θα προσλάβει άτομα εκτός της πολιτείας για απασχόληση ως οικιακοί βοηθοί ή εργαζόμενοι;
 Ναι Όχι Εάν "Ναι", αναφέρετε λεπτομέρειες σχετικά με κάθε πράκτορα μεταναστών και υποβάλετε ένα φωτοαντίγραφο της άδειας κάθε αδειοδοτημένου πράκτορα μεταναστών.

Όνομα και Διεύθυνση Πράκτορα Μετανάστευσης Συμπεριλάβετε τη χώρα, εάν δεν δραστηριοποιείται στις ΗΠΑ	Όνομα Άδειας	Ημερομηνία Λήξης	Όνομα, Διεύθυνση και Τίτλος υπαλλήλου έκδοσης

15. Ο αιτών σκοπεύει να παρέχει ή να κανονίσει κατάλυμα για υποψήφιους για απασχόληση ή για άτομα που συναλλάσσονται με το γραφείο; Ναι Όχι Εάν "Ναι", παραθέστε λεπτομέρειες για κάθε τοποθεσία.

Όνομα και Διεύθυνση των Χώρων όπου θα παρέχεται κατάλυμα	Τηλέφωνο	Όνομα υπευθύνου

16. Ο αιτών παρέχει ασφάλιση νοσηλείας για οικιακούς βοηθούς ή εργαζόμενους από το εξωτερικό;
 Ναι Όχι Εάν «Ναι», αναφέρετε το όνομα της ασφαλιστικής εταιρείας και τον αριθμό του ασφαλιστικού συμβολαίου.

Όνομα ασφαλιστικής εταιρείας: _____ Αριθμός ασφαλιστικού συμβολαίου: _____

17. **Ορκίζομαι** ότι οι δηλώσεις που γίνονται σε αυτήν την αίτηση είναι αληθείς και ακριβείς επί ποινή ψευδορκίας.
 Εάν πρόκειται για ατομική επιχείρηση, η υπογραφή ιδιοκτήτη.
 Εάν πρόκειται για εταιρεία, υπογραφές του προέδρου και του ταμιά.
 Σε περίπτωση ομόρρυθμης εταιρείας, υπογραφές όλων των εταιρών. Επισυνάψτε όσα επιπλέον φύλλα χρειάζεται.

Υπογραφή Αιτούντα	Τίτλος	Ημερομηνία

Όλες οι πληροφορίες και το υλικό που υποβάλλεται, αποτελούν αντικείμενο έρευνας από αυτό το Τμήμα.

Φροντίστε να συμπεριλάβετε τις ακόλουθες πληροφορίες και έγγραφα μαζί με την αίτησή σας. Η έλλειψη πληροφοριών ή εγγράφων μπορεί να οδηγήσει σε καθυστερήσεις ή να απορριφθεί η αίτησή σας.

1. **Εγγυητικό ομόλογο** που ονομάζει ως υπόχρεο το «People of the State of New York». Το ποσό είναι 5.000 \$, εκτός εάν το γραφείο είναι πρακτορείο μοντέλων ή πρακτορείο που ασχολείται με την πρόσληψη οικιακών βοηθών ή εργαζομένων που προέρχονται εκτός των ηπειρωτικών Ηνωμένων Πολιτειών, τότε απαιτείται το χρηματικό ποσό των 10.000 \$.
2. **Δύο δηλώσεις χαρακτήρα (LS 361)** για κάθε άτομο που αναφέρεται στο σημείο 8.
3. **Χρέωση:** Επιταγή ή εντολή πληρωμής για την απαιτούμενη αμοιβή, πληρωτέα στον Επίτροπο Εργασίας (βλ. LS 355.3 για αμοιβές).
4. Δύο δείγματα από κάθε ένα από τα παρακάτω:
 - **Συμβόλαιο Αιτούντα**
 - **Όροι και Προϋποθέσεις**
 - **Απόδειξη, και**
 - **Κάθε έντυπο** που απαιτείται να συμπληρώσει ένας υποψήφιος για εργασία
5. **Άδεια πράκτορα μεταναστών:** Φωτοαντίγραφο της άδειας κάθε εξουσιοδοτημένου πράκτορα μεταναστών (βλέπε σημείο 14).
6. **Επικυρωμένο αντίγραφο πιστοποιητικού άσκησης επιχειρηματικής δραστηριότητας** που κατατίθεται στον υπάλληλο της κομητείας, εάν είναι ιδιοκτήτης ατομικής επιχείρησης ή ομόρρυθμης εταιρεία, ή **Φωτοαντίγραφο της απόδειξης εταιρικής κατάθεσης** που κατατίθεται στον Υπουργό Εξωτερικών, εάν είναι εταιρεία
7. Από την ασφαλιστική σας εταιρεία συμπληρωμένο:
 - **C-105.2**, που αποδεικνύει την ασφαλιστική κάλυψη αποζημίωσης εργαζομένων και
 - **DB-120.1**, που αποδεικνύει ασφαλιστική κάλυψη αναπηρίας
(Άλλες αποδεκτές μορφές απόδειξης: U-26.3 από SIF, για αυτασφάλιση, SI-12 ή GSI-105.2 για WC και DB-155 για αναπηρία.)

Ή, εάν δεν είστε υπόχρεοι για αποζημίωση εργαζομένων ή/και ασφάλιση αναπηρίας, συμπληρωμένο:

 - Έντυπο **CE-200**. Το παρόν έντυπο είναι διαθέσιμο στη διεύθυνση www.wcb.ny.gov. Κάντε κλικ στο «WC/DB Exemptions» και, στη συνέχεια, κάντε κλικ στο «Request for WC/DB Exemption». Μπορείτε να επικοινωνήσετε με το Συμβούλιο Αποζημίωσης Εργαζομένων στο 866-298-7830 για βοήθεια σχετικά με τη λήψη αυτού του εντύπου. Όταν καλείτε, περιμένετε μέχρι να τελειώσει το μενού επιλογών για να σας βοηθήσει κάποιος.
8. **Εταιρικά πρακτικά:** Εάν πρόκειται για εταιρεία, επιβεβαιωμένα ή φωτοαντίγραφο εταιρικών πρακτικών που δείχνουν την εκλογή αξιωματούχων.
9. **Απόδειξη δακτυλικών αποτυπωμάτων:** Αντίγραφο της απόδειξής σας από τη Morpho Trust USA για τις απαιτούμενες εκθέσεις σχετικά με την αναζήτηση δακτυλικών αποτυπωμάτων και την επαλήθευση κάθε ατόμου που αναφέρεται στο σημείο 8 αυτής της αίτησης.
 - Σημείωση: Πρέπει να υποβληθούν οι αυθεντικές εκθέσεις σε αυτό το γραφείο από την Morpho Trust USA για να ολοκληρώσετε την αίτησή σας. Ανατρέξτε στο συνοδευτικό φύλλο «δακτυλικών αποτυπωμάτων», LS-358, για οδηγίες συμπεριλαμβανομένων των χρεώσεων.

Σημαντικό: Οποιαδήποτε αλλαγή στην επωνυμία του γραφείου, τη διεύθυνση, το διευθυντή, την ιδιοκτησία, του εταίρους, τα στελέχη ή τους μετόχους προϋποθέτει την προηγούμενη έγκριση του Υπουργείου Εργασίας προκειμένου η άδεια να παραμείνει έγκυρη.