



Αίτηση για Καλλιεργητή/Μεταποιητή Πιστοποιητικό Εγγραφής Εποχικών Εργαζομένων

1 Απριλίου 20_____ έως 31 Μαρτίου 20_____

Θα πρέπει να υποβάλετε χωριστή αίτηση για κάθε κατασκήνωση ή τοποθεσία όπου θα στεγάζονται οι διακινούμενοι.

Θα φέρετε πέντε ή περισσότερους εργάτες H-2A στην Πολιτεία της Νέας Υόρκης χωρίς να χρησιμοποιήσετε εργολάβο; Ναι Όχι
Εάν η απάντησή σας είναι «Όχι», μην συμπληρώσετε το παρόν έντυπο. Εάν η απάντησή σας είναι «Ναι», απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις.

Ανεξάρτητα από την απάντηση, θα πρέπει να συμπληρώσετε και να επιστρέψετε τη συνοδευτική επιστολή.

Συμπληρώστε με κεφαλαία με στυλό ή με γραφομηχανή.

1. Όνομα καλλιεργητή/μεταποιητή. Μόνιμη διεύθυνση οικίας Πόλη - Κωμόπολη - Χωριό Πολιτεία Ταχ. Κώδικας Επαρχία Αρ. τηλεφώνου ()

2. Όνομα αγροτικής εκμετάλλευσης/μονάδας. Αρ. διαδρομής - Οδός Πόλη - Κωμόπολη - Χωριό Πολιτεία Ταχ. κώδικας Επαρχία Αρ. τηλεφώνου ()

3. Αρ. διακινούμενων	4. Πολιτεία(-ες) ή επαρχία(-ίες) προέλευσης	4α. Κύρια γλώσσα(-ες)	Ημερομηνίες Απασχόλησης κατά προσέγγιση	
			5. Ημερομηνία έναρξης εργασιών διακινούμενων	6. Ημερομηνία λήξης εργασιών διακινούμενων

7. Τοποθεσία όπου θα στεγαστούν οι εργάτες. Αρ. διαδρομής - Οδός Πόλη - Χωριό Πολιτεία Ταχ. κώδικας Επαρχία
Κατασκήνωση
Εκτός εγκατάστασης

8. Παρέχετε στέγαση; Ναι Όχι Εάν ναι, συμπληρώστε τις παρακάτω πληροφορίες για να περιγράψετε τη στέγαση:

Αρ. και είδος κτιρίων _____
Αρ. μπάνιων _____ Αρ. κρεβατοκάμαρων _____ Αρ. κουζινών _____
Αρ. τραπεζαριών _____ Άλλα δωμάτια _____ (Αρ. & είδος) _____

9. Θα υπάρχει κάποιοπρατήριο που θα πωλεί τρόφιμα ή άλλα αγαθά σε αυτήν την τοποθεσία; Ναι Όχι
Τι είδους αγαθά θα πωλούνται ή θα ενοικιάζονται σε αυτό το πρατήριο; Γεύματα Είδη παντοπωλείου Άλλο (προσδιορίστε)

10. Όνομα ατόμου που θα διευθύνει το παντοπωλείο και διεύθυνση επικοινωνίας του.

11. Παραθέστε τις βασικές καλλιέργειες, τις εργασίες που θα εκτελεστούν και την αμοιβή που θα πληρώνονται οι εργάτες για κάθε είδος εργασίας σε κάθε καλλιέργεια.

11Α. Βασικές καλλιέργειες	11Β. Εργασίες που θα εκτελεστούν	11Γ. Αμοιβή ανά κουτί, ανά κάδο, ανά ώρα, κλπ. (Προσδιορίστε τη χωρητικότητα των κουτιών, κάδων, κλπ.)

12. Πότε θα καταβάλλονται οι μισθοί; <input type="checkbox"/> Καθημερινά <input type="checkbox"/> Κάθε εβδομάδα <input type="checkbox"/> Κάθε δύο εβδομάδες	13. Ποια ημέρα της εβδομάδας καταβάλλονται οι μισθοί; Από ποιον; Τίτλος;	14. Αριθμός ωρών για τυπική: α) εργάσιμη εβδομάδα, και, β) εργάσιμη ημέρα	15. Ημέρα ανάπαυσης*

16. Άλλες προγραμματισμένες ώρες (π.χ. μερική απασχόληση)

17. Προσδιορίστε τυχόν συμφωνία με τον εργαζόμενο για επιπλέον αμοιβή (π.χ. bonus - εξηγήστε πώς κερδίζεται το bonus, το ποσό και τον χρόνο καταβολής)

18. Αμοιβή υπερωρίας†:

*Ενότητα 161.1 Εργατικός Νόμος Πολιτείας Νέας Υόρκης: Από την 1η Ιανουαρίου 2020 σε κάθε εργάτη σε αγροτικές εργασίες θα παρέχονται τουλάχιστον 24 συνεχόμενες ώρες ξεκούρασης κάθε ημερολογιακή εβδομάδα. Ένας εργαζόμενος ενδέχεται να συμφωνήσει να εργαστεί την ημέρα ανάπαυσης αλλά θα πρέπει να του καταβληθεί 1½ φορά η κανονική αμοιβή για όλες τις ώρες που εργάστηκε την ημέρα ανάπαυσης.

†Άρθρο 163 Εργατικός Νόμος Πολιτείας Νέας Υόρκης: Από την 1η Ιανουαρίου 2020, οι αγροτικοί εργοδότες θα πρέπει να καταβάλουν 1½ φορές την κανονική αμοιβή για όλες τις ώρες εργασίας πλέον των 60 ωρών σε μία ημερολογιακή εβδομάδα.

19. Παραθέστε τα επιδόματα που παρέχει ο εργοδότης (π.χ. άδεια ασθενείας, προσωπική άδεια, διακοπές, ασφάλιση υγείας, κλπ.).

20. Θα χρεωθούν οι εργαζόμενοι για κάποια στοιχεία; Ναι Όχι Εάν ναι, συμπληρώστε τα σημεία 21 και 22 παρακάτω.

21. Όνομα και θέση υπευθύνου που θα κάνει κάθε χρέωση.

22. Παραθέστε τις χρεώσεις, το ποσό των χρεώσεων και άλλες κρατήσεις μισθοδοσίας, καθώς και μη οικονομικούς όρους και προϋποθέσεις απασχόλησης (διαθεσιμότητα μεταφοράς, ιατρικές υπηρεσίες, φύλαξη παιδιών, σχολεία, κλπ.)

Κρατήσεις μισθοδοσίας εκτός κοινωνικής ασφάλισης και φόρων (εξηγήστε)	
Άλλες χρεώσεις (εξηγήστε)	
Μη οικονομικοί όροι και προϋποθέσεις (εξηγήστε)	

23. Δεν μπορεί να εκδοθεί άδεια ή πιστοποιητικό εάν δεν παραληφθούν τα απαραίτητα έγγραφα (βλ. παρακάτω) και εσείς υπογράψετε την παρακάτω βεβαίωση.

Από την ασφαλιστική εταιρεία σας πρέπει να προμηθευτείτε ένα συμπληρωμένο έντυπο C-105.2 που αποδεικνύει την κάλυψη Ασφάλισης Αποζημίωσης Εργαζομένων (WC) και ένα συμπληρωμένο DB-120.1 που αποδεικνύει την κάλυψη Ασφάλισης Αποζημίωσης. Και τα δύο έντυπα παρέχονται από αυτό το γραφείο.

Άλλα αποδεκτά αποδεικτικά έντυπα:

- U-26.3 από SIF
- Σε περίπτωση αυτασφάλισης, SI-12 ή GSI-105.2 για WC και DB-155 για αναπηρία.

Αν ασφαλίσετε μέσω του Ασφαλιστικού Ταμείου της Πολιτείας της Νέας Υόρκης, μπορείτε να καλέσετε χωρίς χρέωση στο 888-875-5790 για να ζητήσετε το έντυπο U-26.3 και στο 866-697-4332 για να ζητήσετε το έντυπο DB-120.1.

Εάν **δεν** υποχρεούστε για WC ή/και Ασφάλιση Αναπηρίας, θα πρέπει να υποβάλετε ένα συμπληρωμένο CE-200 σε αυτό το γραφείο. Μπορείτε να βρείτε το έντυπο ηλεκτρονικά στη διεύθυνση www.wcb.ny.gov. Στην αρχική σελίδα, πατήστε στο «WC/DB Exemptions» και, στη συνέχεια, στο «Request for WC/DB Exemption». Μπορείτε να επικοινωνήσετε με το Συμβούλιο Αποζημίωσης Εργαζομένων στο 866-298-7830 για βοήθεια λήψης αυτού του εντύπου Όταν καλέσετε, περιμένετε ώσπου να ολοκληρωθεί το μενού για να μιλήσετε με κάποιον που θα σας βοηθήσει.

Με την παρούσα βεβαιώνω ότι όλες οι πληροφορίες που περιέχονται στην αίτηση είναι αληθείς και ακριβείς.

24. Ομοσπονδιακός Αναγνωριστικός Αριθμός Εργοδότη (FEIN): _____

25. Υπογραφή Καλλιεργητή Μεταποιητή 26. Τίτλος 27. Ημερομηνία υπογραφής

Η έγκριση της παρούσας αίτησης δεν επιτρέπει απασχόληση που αντιβαίνει τυχόν ισχύοντες νόμους κατώτατης αμοιβής ή πιο ευνοϊκές συμφωνίες που περιέχονται σε υφιστάμενες συμβάσεις απασχόλησης για αυτούς τους εργαζομένους από τον εν λόγω εργοδότη, για το ίδιο είδος εργασίας.