

## Domanda

- Domanda di certificato di registrazione come fornitore di manodopera agricola - **Rispondere a tutte le domande.** Compilare una domanda separata per ogni coltivatore o trasformatore per cui si prevede di lavorare.
- Domanda di autorizzazione di uno spaccio presso le strutture di alloggiamento della manodopera agricola - **Rispondere alle domande 1, 2, 9, 11, 12, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32 e 33.**

Dal 1° aprile 20\_\_ al 31 marzo 20\_\_  
Scrivere stampatello a penna oppure a macchina

1. Nome completo	Indirizzo di residenza permanente	Città - Comune - Paese	Stato	Codice postale	Contea	Nr. telefono ( )
------------------	-----------------------------------	------------------------	-------	----------------	--------	------------------

2. A quale indirizzo deve essere inviato il certificato o l'autorizzazione?

3. Contrassegnare con una "X" la casella relativa a ogni servizio che il richiedente presterà a pagamento

Reclutamento di lavoratori       Fornitura di lavoratori       Assunzione di lavoratori       Trasporto di lavoratori       Supervisione di lavoratori

4. Nome azienda agricola/stabilimento.	Indirizzo - N. civico	Città - Comune - Paese	Stato	Codice postale	Contea	Nr. telefono ( )
--	-----------------------	------------------------	-------	----------------	--------	------------------

5. N. di migranti	5a. N. di non migranti	6. Stato/i o nazione/i di origine	6a. Madrelingua/e	Date approssimative del rapporto di lavoro	
				7. Data in cui inizierà il lavoro	8. Data in cui terminerà il lavoro

9. Ubicazione in cui saranno alloggiati i lavoratori.

Indirizzo - N. civico      Città - Comune - Paese      Stato      Codice postale      Contea

Campo       Fuori sede

10. La sistemazione abitativa è fornita dall'appaltatore, dal coltivatore o dal trasformatore?  Sì  No Se sì, compilare le seguenti informazioni per descrivere la sistemazione abitativa: N. e tipo di costruzioni

N. di bagni \_\_\_\_\_ N. di camere da letto \_\_\_\_\_ N. di cucine \_\_\_\_\_ N. di soggiorni \_\_\_\_\_

Altri locali \_\_\_\_\_ (N. e tipo) \_\_\_\_\_

11. In questo luogo, sarà presente uno spaccio in cui saranno venduti alimenti e altre merci?  Sì  No

Quali tipologie di merci saranno vendute o noleggiate in tale spaccio?  Pasti  Alimentari  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

12. Nome della persona che gestirà lo spaccio e indirizzo in cui sarà possibile contattarla

13. Elencare le principali coltivazioni, il lavoro da svolgere e la tariffa salariale con cui saranno retribuiti i lavoratori per ciascun lavoro riguardo a ciascuna coltivazione.

13a. Principali coltivazioni	13b. Lavoro da svolgere	13c. Tariffe in base a cassa, cesta, ora, ecc. (Indicare la capienza di casse, ceste, ecc.)

14. Quando saranno corrisposte le paghe? <input type="checkbox"/> Ogni giorno <input type="checkbox"/> Ogni settimana <input type="checkbox"/> Ogni due settimane	15. In quale giorno della settimana vengono corrisposte le paghe?	16. Nome e titolo della persona responsabile del pagamento delle paghe
--	---	--

17. Numero di ore di una giornata di lavoro ordinaria	18. Per una settimana di lavoro ordinaria: a) numero di ore      b) numero di giorni	19. Giorno di riposo*
---	---	-----------------------

20. Tariffa per gli straordinari†:

\*Sezione 161.1 della Legge sul lavoro dello Stato di New York (NYS Labor Law): Con efficacia dal 1° gennaio 2020, a ogni lavoratore agricolo deve essere concessa la fruizione di almeno 24 ore consecutive di riposo in ogni settimana di calendario. I dipendenti possono concordare di lavorare durante la giornata di riposo, ma devono ricevere una retribuzione corrispondente al 150% della tariffa salariale per tutte le ore lavorate durante i giorni di riposo.

†Sezione 163-a NYS Legge sul lavoro dello Stato di New York (NYS Labor Law): Con efficacia dal 1° gennaio 2020, i datori di lavoro del settore agricolo devono versare una tariffa salariale pari al 150% della retribuzione ordinaria per tutte le ore lavorate che superino 60 ore di lavoro durante una settimana di calendario.

21. Indicare eventuali accordi stipulati con il lavoratore riguardanti forme aggiuntive di retribuzione (ad es. i bonus: spiegare come saranno conseguiti, il loro importo e quando saranno pagati)	22. Nome e ruolo della persona responsabile del pagamento dei bonus
---	---

23. Indicare le prestazioni integrative garantite dal datore di lavoro (ad es. congedo per malattia, permessi per motivi personali, festività, assicurazione sanitaria, ecc.)

24. Ai lavoratori sarà addebitata qualche voce di spesa?  Sì  No Se sì, compilare le voci 25 e 26 riportate di seguito.

25. Nome e ruolo della persona che provvederà agli addebiti.

26. Elencare gli addebiti, i loro importi e tutte le altre deduzioni in busta paga previste, nonché i termini e le condizioni di tipo non economico inerenti al rapporto di lavoro (ad es. disponibilità dei trasporti, assistenza medica, assistenza all'infanzia, istruzione scolastica ecc.).

Deduzioni dal salario diverse da previdenza sociale e imposte (spiegare)	
Altri addebiti (spiegare)	
Termini e condizioni di tipo non economico (spiegare)	

#### 27. Dati personali

27a. Data di nascita del richiedente (mese-giorno-anno)	27b. Luogo di nascita del richiedente (Stato o nazione)	27c. N. previdenza sociale	27d. Altezza Piedi Pollici	27e. Peso
		27f. Sesso <input type="checkbox"/> Maschile <input type="checkbox"/> Femminile	27g. Colore dei capelli	27h. Colore degli occhi

28. Il richiedente ha mai subito condanne per reati o illeciti diversi da violazioni del codice stradale?  Sì  No Se sì, rispondere a quanto segue (se occorre, utilizzare altri fogli). È obbligatorio compilare questa voce.

Data della condanna	Luogo della condanna	Natura del reato o dell'illecito	Sentenza inflitta

29. Non è possibile rilasciare alcuna autorizzazione o alcun certificato (né al fornitore, né al coltivatore) se non pervengono tutti i documenti richiesti (vedere più avanti) e se il richiedente non avrà firmato l'attestazione riportata di seguito.

**Presso la propria compagnia assicurativa**, il richiedente deve procurarsi il modulo C-105.2 che comprovi la copertura dell'assicurazione infortuni sul lavoro e un modulo DB-120.1 compilato che comprovi la copertura dell'assicurazione per l'invalidità. È obbligatorio fornire entrambi i moduli a questo ufficio.

Altri mezzi di prova accettabili:

- U-26.3 rilasciato dal SIF
- In caso di autoassicurazione, SI-12 o GSI-105.2 per gli infortuni e DB-155 per l'invalidità.

Gli assicurati tramite il NY State Insurance Fund possono richiedere il modulo U-26.3 al numero verde 888-875-5790 e il modulo DB-120.1 al numero 866-697-4332.

Se il richiedente non è tenuto alla copertura degli infortuni e/o dell'invalidità, deve inviare a questo ufficio un modulo CE-200 compilato, scaricabile online alla pagina [www.businessexpress.ny.gov](http://www.businessexpress.ny.gov). Per assistenza relativa all'ottenimento del modulo, è possibile contattare New York Business Express al numero 518-485-5000. I fornitori di manodopera agricola devono provvedere all'assicurazione infortuni sul lavoro a favore dei propri lavoratori, ad es. gli autotrasportatori e il personale amministrativo che svolge le sue prestazioni all'interno del territorio di New York. I lavoratori agricoli inviati dal Fornitore di manodopera agricola in base a un contratto scritto perché svolgano prestazioni di lavoro in un'azienda agricola risultano dipendenti del proprietario o dell'affittuario dell'azienda agricola in oggetto, ai sensi dello statuto WCB.

30. Nome e ruolo della persona che verserà i premi per le polizze \_\_\_\_\_

Con il presente atto attesto che tutte le informazioni contenute nella presente domanda sono vere ed esatte.

31. Firma del fornitore di manodopera o del gestore dello spaccio \_\_\_\_\_ 32. FEIN \_\_\_\_\_ 33. Data della firma \_\_\_\_\_

Da controfirmare a cura del coltivatore/trasformatore.

Le informazioni riportate nella sopra esposta domanda di Certificato di registrazione come fornitore di manodopera agricola sono vere e accurate. Con la controfirma su questa domanda, che la rende la mia domanda di un certificato che mi autorizzi ad avvalermi di un fornitore di manodopera, io riconosco il mio obbligo di garantire l'assicurazione infortuni sul lavoro, laddove richiesta dalle sezioni pertinenti della Workers' Compensation Law (WCL - Legge sugli indennizzi dei lavoratori), per tutti i lavoratori che operano nelle mie aziende agricole o nei miei stabilimenti di lavorazione. I requisiti per l'ottenimento dell'autorizzazione non precludono la possibilità che venga accertata in capo a un fornitore di manodopera la posizione di datore di lavoro soggetto a responsabilità/in solido in caso di controversia riguardante una richiesta di indennizzo.

34. \_\_\_\_\_ 35. \_\_\_\_\_ 36. \_\_\_\_\_  
Firma del  Coltivatore  Trasformatore ID datore di lavoro federale (FEIN) Data della firma