

Domanda di certificato di registrazione dei migranti per coltivatore/trasformatore

Da 1 aprile 20_____ a 31 marzo 20_____

Inviare una domanda separata per ogni campo o sede in cui i migranti alloggeranno.

Lei assumerà cinque o più lavoratori privi di visto H-2A nello Stato di New York senza rivolgersi a un fornitore di manodopera?

Sì No

Se ha risposto "No", non completi questo modulo. Se ha risposto "Sì", risponda a tutte le domande.

A ogni modo, deve compilare e restituire la lettera di accompagnamento.

Scrivere a macchina o in stampatello.

1. Nome del coltivatore/trasformatore. Indirizzo postale Città - Paese - Villaggio Stato Codice postale Contea Telefono ()

2. Nome cascina/azienda agricola. Indirizzo - N. civico Città - Paese - Villaggio Stato Codice postale Contea Telefono ()

3. N. di migranti	4. Stato o Paese di origine	4a. Lingua madre	Date approssimative assunzione	
			5. Data di inizio del lavoro	6. Data di termine del lavoro

7. Luogo in cui alloggeranno i lavoratori. Indirizzo - N. civico Città - Paese - Villaggio Stato Codice postale Contea
 Campo conteale
 Fuori sede

8. Lei fornirà l'alloggio ai migranti? Sì No Se sì, compilare questi campi per descrivere l'alloggio:
 N. e tipo di edifici _____
 N. di bagni _____ N. di camere da letto _____ N. di cucine _____
 N. di soggiorni _____ Altri locali _____ (N. e tipo) _____

9. È disponibile uno spaccio per la vendita di alimenti e altri prodotti presso questa sede? Sì No
 Quali prodotti sono venduti o noleggiati nello spaccio? Pasti Prodotti alimentari Altro (specificare)

10. Nome della persona che gestisce lo spaccio e indirizzo a cui può essere contattata.

11. Elencare le colture primarie, il lavoro da svolgere e il salario che riceveranno i lavoratori per ogni lavoro su ciascuna coltura.

11A. Colture primarie	11B. Lavoro da svolgere	11C. Salario per cassetta, cesta, ora, ecc. (Indicare la capienza di cassette, ceste, ecc.)

12. Qual è la cadenza del salario? <input type="checkbox"/> Giornaliera <input type="checkbox"/> Settimanale <input type="checkbox"/> Bisettimanale	13. In quale giorno della settimana è pagato il salario? Da chi? Titolo?	14. Numero di ore di una ordinaria: a) settimana lavorativa; e b) giornata lavorativa	15. Giorno di riposo*
---	--	---	-----------------------

16. Altre ore programmate (p. es. part time) 17. Indicare qualsiasi accordo stipulato con il lavoratore per salari aggiuntivi (p. es. i bonus; indicare come sono calcolati, il loro importo e quando sono pagati)

18. Assegno per straordinari†:

*Sezione 161.1 della NYS Labor Law: Con efficacia dal 1° gennaio 2020, ogni operaio agricolo deve avere diritto ad almeno 24 ore consecutive di riposo durante ogni settimana di calendario. I dipendenti possono accettare di lavorare durante i giorni di riposto, ma la retribuzione deve corrispondere al 150% dello stipendio ordinario per tutte le ore lavorate durante i giorni di riposo.

†Sezione 163-a della NYS Labor Law: Con efficacia dal 1° gennaio 2020, i datori di lavoro del settore agricolo devono pagare un salario pari al 150% della retribuzione ordinaria per tutte le ore lavorate oltre 60 ore durante una settimana di calendario.

19. Indicare le indennità garantite dal datore di lavoro (p. es. congedo per malattia, ferie, festività, assicurazione sanitaria, ecc.).

20. I lavoratori devono pagare qualsiasi costo? Sì No Se sì, compilare le sezioni 21 e 22 sotto.

21. Nome e ruolo della persona che si occupa degli addebiti.

22. Elencare gli addebiti, i loro importi e tutte le altre trattenute in busta paga, e i termini e le condizioni non economici dell'assunzione (p. es. trasporto, servizi sanitari, assistenza per i figli e scolastica, ecc.).

Trattenute diverse da previdenza sociale e imposte (specificare)	
Altre trattenute (specificare)	
Termini e condizioni non economici (specificare)	

23. I permessi o le licenze sono emessi soltanto se vengono ricevuti tutti i documenti necessari (vedere sotto), e solo se il certificato è firmato da voi sotto.

Dalla vostra compagnia assicurativa, dovete ottenere un modulo compilato C-105.2 per l'assicurazione infortuni sul lavoro, e un modulo compilato DB-120.1 per l'assicurazione sociale per disabili. Entrambi i moduli devono essere inviati a questo ufficio. Altri giustificativi accettabili:

- U-26.3 dal SIF
- Se si è autoassicurati, SI-12 o GSI-105.2 per gli infortuni e DB-155 per le disabilità.

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

Se l'assicurazione infortuni e/o quella per le disabilità **non** è dovuta, inviare un modulo CE-200 compilato a questo ufficio. È possibile scaricarlo online da www.wcb.ny.gov. Nella pagina iniziale, cliccare su "WC/DB Exemptions" e poi su "Request for WC/DB Exemption". Contattare il Workers' Compensation Board al 866-298-7830 per assistenza al fine di ottenere il modulo. Quando si telefona, attendere la chiusura del menu per parlare con un operatore che fornirà assistenza.

Io sottoscritto dichiaro che tutte le informazioni di questa domanda sono vere e accurate.

24. Numero FEIN del datore di lavoro _____

25. _____
Firma del Coltivatore Trasformatore

26. Titolo _____

27. Data firma _____

L'approvazione di questa domanda non autorizza assunzioni che violino qualsiasi legge pertinente sul salario minimo, né qualsiasi accordo più favorevole contenuto in contratti di lavoro relativi allo stesso tipo di lavoro e redatti dal datore di lavoro per i lavoratori.