



职业介绍许可证续期申请表

请回答所有的问题。若需要更多空间，请使用反面。

目前许可证号:

目前开展业务的机构名称: _____

1.主要安置类型: _____

2.办公电话: (_____) _____ - _____

3.目前办公地址: 街道: _____

市/镇/村: _____ 州: _____ 邮政编码(无需+4) _____ - _____

4.所有者是: (请勾选一项) 独资 合伙 企业

5.上一日历年平均安置员工人数: _____

(为了安排或获得工作而花费大量时间与求职者进行面试、咨询或协商的人员)

6.目前所有者的姓名和地址。若是合伙,请列出所有合伙人。若是企业,请列出所有高级职员及相应职务。如果自上次颁发许可证以来所有者姓名发生变化,请索取新的许可证申请表LS 355。

姓名和地址	职务	家庭电话

7.指导和运营机构安置活动的人员姓名和家庭住址。

姓名: _____

街道地址: _____

市/镇/村: _____ 州: _____ 邮政编码(无需+4): _____ - _____

8. 申请人是否打算为求职者或与机构开展业务的任何人提供或安排住宿？

是 否 如果“是”，请提供每个地点的详细信息。

提供住宿所在场所的名称和地址	电话	负责人姓名

9. 自上次颁发许可证以来，第6项所列人员是否曾被判犯有除交通违规以外的任何罪行？ 是 否

如果“是”，请提供完整的详细信息。

申请表必须附有以下各项：

- a) 以纽约州人民为债权人的保证金，罚款金额为\$5,000，但模特经纪公司和从事从美国大陆境外招聘家庭雇员的机构所需的罚款金额为\$10,000。
- b) 支付所需费用的支票或汇票，收款人为“Commissioner of Labor”。
- c) 您须向**您的保险公司**索取一份妥填的C-105.2表证明您具有工伤补偿保险，以及一份妥填的DB-120.1表证明您具有伤残保险。请将这两份表格提供给办事处。我们还接受以下形式的证明：
 - SIF的U-26.3表格
 - 如果您是自我投保的，针对WC请提供SI-12或GSI-105.2，针对伤残保险请提供DB-155

如果您**不**承担WC和/或伤残保险，请向办事处提交一份妥填的CE-200表。您可在线获取本表格，访问网址：www.wcb.ny.gov。在主页上，点击“WC/DB Exemptions (WC/DB豁免)”，然后点击“Request for WC/DB Exemption (申请WC/DB豁免)”。如需协助获取本表格，请致电866-298-7830联系工伤补偿委员会。致电时，请耐心等待菜单播报完毕后转入人工帮助。

请在第3页上确认并签名

本人兹证明，上述陈述真实且准确。

10.所有者签名。若是企业，总裁和财务主管必须签字。若是合伙，所有合伙人必须签字。

申请人签名	职务	日期

提交的所有信息和材料均须接受劳工部的调查。