

Domanda di rinnovo di autorizzazione per agenzia di collocamento

Rispondere a tutte le domande. Se lo spazio non è sufficiente, scrivere sul retro del foglio.

Numero di autorizzazione

Nome con cui l'agenzia svolge attualmente le proprie attività		1A. Tipo di collocamento principale	2. Numero di telefono dell'attività
			Prefisso e numero di telefono
3. Indirizzo attuale dell'attività	Città/Località	Contea	Codice postale
			4. Il titolare è: spuntare una sola casella <input type="checkbox"/> Proprietario unico <input type="checkbox"/> Società di persone <input type="checkbox"/> Azienda

5. Numero medio di dipendenti addetti al collocamento durante l'anno precedente _____
 (Persona che dedica buona parte del suo tempo allo svolgimento di colloqui, sedute di consulenza o incontri con candidati con l'obiettivo di assegnare o procurare un impiego)

6. Nome e indirizzo dell'attuale titolare. Se il titolare è una società di persone, elencare tutti i soci. Se il titolare è un'azienda, elencare tutti gli amministratori e le rispettive qualifiche. Se il nome del titolare è cambiato dal rilascio dell'ultima autorizzazione, occorre richiedere un nuovo modulo per la domanda di autorizzazione (LS 355).

Nome e indirizzo	Qualifica	Numero di telefono

7. Nome e indirizzo della persona responsabile delle attività di collocamento dell'agenzia.

8. Il richiedente intende selezionare persone provenienti da altri stati con la qualifica di collaboratori domestici? Sì No
 Se sì, indicare i dati di ciascun agente per i lavoratori emigrati. Fornire una copia dell'autorizzazione di ciascun agente per i lavoratori emigrati autorizzato.

Nome e indirizzo dell'agente per i lavoratori emigrati	Stato (nazione, se fuori dagli USA) in cui opera	Numero di autorizzazione	Data di scadenza dell'autorizzazione	Nome, indirizzo e qualifica del funzionario responsabile

9. Il richiedente intende offrire o procurare alloggio ai candidati o ad altre persone che hanno rapporti commerciali con l'agenzia?

Sì No Se sì, indicare i dati di ciascun alloggio.

Nome e indirizzo della sede dell'alloggio	Numero di telefono	Nome del responsabile

10. Il richiedente offre ai collaboratori domestici originari di paesi stranieri una copertura assicurativa per il ricovero ospedaliero? Sì No

Se sì, indicare il nome della compagnia assicurativa e il numero di polizza.

Nome della compagnia assicurativa	Numero di polizza

11. Dalla data di emissione dell'ultima autorizzazione, qualcuna delle persone elencate al punto 6 è stata dichiarata colpevole di reati o illeciti diversi da infrazioni del codice della strada? Sì No

Se sì, fornire informazioni dettagliate.

La domanda deve essere accompagnata da:

- Garanzia bancaria avente come beneficiari i cittadini dello stato di New York, per un importo di 5.000 \$, oppure di 10.000 \$ in caso di agenzie di moda o agenzie di selezione di collaboratori domestici provenienti da paesi al di fuori degli Stati Uniti continentali.
- Assegno o vaglia per la commissione richiesta, intestata al Commissioner of Labor.
- Copia dell'autorizzazione di ciascun agente per i lavoratori emigrati autorizzato.
- Richiedere alla **compagnia di assicurazioni** un modulo C-105.2 compilato come prova della copertura della Workers' Compensation Insurance (Polizza contro gli infortuni sul lavoro), oltre a un modulo DB-120.1 compilato come prova della copertura della Disability Insurance (Assicurazione per invalidità). Consegnare entrambi i moduli a questo ufficio. Altri moduli di attestazione validi sono:
 - U-26.3 del Fondo assicurativo dello Stato di New York (NYSIF)
 - In presenza di un'altra assicurazione indipendente, il modulo SI-12 o il modulo GSI-105.2 per gli infortuni sul lavoro e il modulo DB-155 per le disabilità

Se **non** è richiesta l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e/o per disabilità, presentare il modulo CE-200 compilato al nostro ufficio. Questo modulo può essere scaricato dal sito www.wcb.ny.gov. Nella home page, fare clic su "WC/DB Exemptions" (Esenzioni WC/DB), poi fare clic su "Request for WC/DB Exemption" (Richiesta esenzioni per WC/DB). È possibile contattare il Workers' Compensation Board (Comitato infortuni sul lavoro) al numero 866-298-7830 per ottenere assistenza per la richiesta del modulo. Al momento della chiamata, attendere che vengano elencate tutte le opzioni per parlare con un operatore che possa offrire assistenza.

Dichiaro che le affermazioni di cui sopra sono corrette e veritiere.

12. Firma del titolare. Se il titolare è un'azienda, devono firmare presidente e tesoriere. Se il titolare è una società di persone, devono firmare tutti i soci.

Firma dei richiedenti	Qualifica	Data

Tutte le informazioni e la documentazione sono soggette a verifica da parte del Dipartimento del lavoro.