



Заявление на продление срока действия лицензии агентства по трудоустройству

Ответьте на все вопросы. При необходимости используйте обратную сторону.

Номер действующей лицензии

| | | |
|--|-----------------------------------|---|
| Название, под которым агентство осуществляет деятельность в настоящий момент | 1А. Основные виды трудоустройства | 2. Рабочий телефон |
| | | Код региона и номер |
| 3. Текущий рабочий адрес | Город, поселок, село | Округ Почтовый индекс |
| | | 4. Собственник (выберите один вариант): <input type="checkbox"/> Индивидуальный предприниматель <input type="checkbox"/> Партнерство <input type="checkbox"/> Корпорация |

5. Среднее количество сотрудников, выполняющих работу по трудоустройству, в течение календарного года: _____
(Лицо, которое в течение значительного периода времени проводит собеседования, консультирует или советуется с кандидатами на рабочие места с целью поиска работы или трудоустройства.)

6. Имя/название и адрес текущего собственника. В случае партнерства укажите всех партнеров. В случае корпорации укажите всех должностных лиц и их должности. Если имя собственника изменилось с момента получения последней лицензии, запросите форму заявления на получение новой лицензии LS 355.

| Имя и адрес | Должность | Домашний телефон |
|-------------|-----------|------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

7. Имя и домашний адрес лица, которое управляет деятельностью агентства по трудоустройству и осуществляет такую деятельность.

8. Планирует ли заявитель трудоустроить лиц, проживающих за пределами штата/страны, для работы на дому? Да Нет
Если да, укажите информацию о каждом агенте по работе с эмигрантами. Приложите копии лицензии каждого лицензированного агента по работе с эмигрантами.

| Имя и адрес агента по работе с эмигрантами | Штат (страна, если не США), в котором осуществляется деятельность | Номер лицензии | Срок действия лицензии | Имя, адрес, должность лица, выдавшего лицензию |
|--|---|----------------|------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

9. Планирует ли заявитель обеспечивать жилье для кандидатов на трудоустройство либо для лиц, выполняющих работу для агентства?
 Да Нет Если да, укажите информацию о каждом жилье.

| Название и адрес объекта, предназначенного для проживания | Номер телефона | Имя и фамилия ответственного лица |
|---|----------------|-----------------------------------|
| | | |
| | | |

10. Предоставляет ли заявитель страхование на случай госпитализации для иностранных граждан, работающих на дому? Да Нет
 Если да, укажите название страховой компании и номер договора страхования.

| Название страховой компании | Номер договора страхования |
|-----------------------------|----------------------------|
| | |

11. С момента выдачи последней лицензии было ли какое-либо лицо, указанное в пункте 6, осуждено за совершение какого-либо правонарушения или уголовного преступления, кроме нарушения правил дорожного движения? Да Нет
 Если да, укажите подробную информацию.

При подаче каждого заявления необходимо представить:

- страховую гарантию в отношении жителей штата Нью-Йорк, со штрафной неустойкой в размере 5000 долларов, кроме штрафной неустойки в размере 10 000 долларов, которая требуется для модельных агентств и агентств, занимающихся поиском и трудоустройством работников на дому за пределами континентальной территории США;
- чек или платежное поручение на сумму обязательного сбора на имя Commissioner of Labor;
- копии лицензии каждого лицензированного агента по работе с эмигрантами;
- в страховой компании** необходимо получить заполненную форму C-105.2, подтверждающую страховое покрытие, обеспечивающее компенсационные выплаты работникам, и заполненную форму DB-120.1, подтверждающую страховое покрытие на случай потери трудоспособности. Документы необходимо представить в данный офис. Другие приемлемые формы подтверждающих документов:
 - U-26.3 от Фонда страхования штата;
 - для самозастрахованных работодателей формы SI-12 или GSI-105.2 (для страхования, обеспечивающего компенсационные выплаты работникам), DB-155 (для страхования на случай потери трудоспособности).

В случае если вы **не** обязаны обеспечивать страхование, гарантирующее выплаты компенсаций работникам, и (или) страхование на случай потери трудоспособности, необходимо представить заполненную форму CE-200. Форму можно получить на сайте www.wcb.ny.gov. На главной странице перейдите в раздел «Исключения из требования об обеспечении страхования, гарантирующего выплату компенсации работникам / страхования на случай потери трудоспособности» (WC/DB Exemptions), затем перейдите в раздел «Запросить исключение из требования об обеспечении страхования, гарантирующего выплату компенсации работникам / страхования на случай потери трудоспособности» (Request for WC/DB Exemption). Если вам необходима помощь с получением формы, вы можете связаться с Советом по компенсации работникам по номеру 866-298-7830. Вы сможете поговорить со специалистом после окончания текста, озвученного автоответчиком.

Настоящим я подтверждаю, что вышеуказанная информация является достоверной и точной.

12. Подпись собственника. В случае корпорации необходима подпись президента и казначея. В случае партнерства необходимы подписи всех партнеров.

| Подписи лиц, подающих заявление | Должность | Дата |
|---------------------------------|-----------|------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Все представленные материалы и информация подлежат проверке департаментом труда.