



Заявление на продление лицензии организации на трудоустройство

Ответьте на все вопросы. Используйте обратную сторону, если вам нужно места.

Номер текущей лицензии: _____

Название, под которым организация в настоящее время организует работу: _____

1. Основной тип размещения: _____

2. Рабочий телефон: (_____) _____ - _____

3. Действующий адрес организации: Улица: _____

Город/деревня: _____ Штат: _____ Почтовый индекс (+4 не требуется): _____ - _____

4. Владелец: (выберите один вариант) Индивидуальный предприниматель Партнерство Корпорация

5. Среднее количество официально трудоустроенных работников за прошлый календарный год: _____

(Лицо, тратящее существенную часть рабочего времени на проведение собеседований, консультации и совещания с соискателями работы с целью обеспечения их трудоустройства)

6. Имя и адрес действующего владельца. Если это партнерство, перечислите всех партнеров. Если это корпорация, перечислите всех лиц с соответствующими должностями. Если имя/наименование владельца(-ев) изменилось с момента выдачи последней лицензии, запросите новую форму заявления на лицензию LS 355.

Имя и адрес	Должность	Домашний телефон

7. Имя и домашний адрес лица, напрямую организующего и ответственного за действия организации по трудоустройству.

Полное имя: _____

Адрес: _____

Город/деревня: _____ Штат: _____ Почтовый индекс (+4 не требуется): _____ - _____

8. Собирается ли заявитель предоставить или организовать предоставление помещений для проживания соискателей или любых лиц, работающих с организацией, в рабочих целях?

Да Нет Если «Да», укажите подробности по каждой локации.

Наименования и адреса помещений, где будет организовано проживание	Телефон	Имя ответственного лица

9. Был ли кто-либо из лиц, перечисленных в пункте 6, осужден за любые преступления или правонарушения, не считая нарушений правил дорожного движения с момента выдачи последней лицензии? Да Нет

Если да, полностью укажите подробности

К заявлению должны прилагаться:

- a) Гарантийное обязательство от лица населения штата на штрафную сумму \$10000 для модельных агентств и кадровых агентств, привлекающих домашних работников из-за пределов континентальных США, и \$5000 для всех остальных работодателей
- b) Чек или денежный перевод на требуемый взнос, выписанный на имя Главы Департамента труда;
- c) **От своей страховой компании вам необходимо получить** заполненный бланк формы C-105.2, подтверждающий оформление страхового покрытия компенсационных выплат работникам на случай нетрудоспособности (Workers' Compensation Insurance), а также заполненный бланк формы DB-120.1, подтверждающий оформление страхового покрытия на случай инвалидности (Disability Insurance). Подайте обе формы в наш Департамент. Принимаются также следующие виды подтверждения:
 - Бланк формы U-26.3 из страхового фонда штата
 - В случае самострахования — бланк формы SI-12 или GSI-105.2 (компенсационные выплаты на случай нетрудоспособности) и DB-155 (страховое покрытие на случай инвалидности)

Если вы **не** обязаны обеспечивать страховое покрытие компенсационных выплат на случай нетрудоспособности или страховое покрытие на случай инвалидности, предоставьте в наш отдел заполненный бланк формы CE-200. Указанный бланк можно получить в интернете, на сайте www.wcb.ny.gov. На домашней странице нажмите «WC/DB Exemptions», затем нажмите «Request for WC/DB Exemption». За помощью в получении данного бланка можно обратиться в Комиссию по компенсационным выплатам работникам (Workers' Compensation Board) по номеру 866-298-7830. Совершая звонок, дождитесь соединения с оператором.

Засвидетельствуйте и подпишите на странице 3

Свидетельствую верность и точность всех утверждений, приведенных выше.

10. Подпись владельца. Если это корпорация, требуются подписи президента и финансового директора. Если это партнерство, требуются подписи всех партнеров.

Подпись(-и) лиц, заполнивших заявление	Должность	Дата

Вся указанная информация и материалы подлежат проверке Департаментом труда