

**Wniosek uzupełniający dla zarejestrowanych pośredników pracujących przez 5 dni w tygodniu lub krócej**

- Wypełniony w dwóch egzemplarzach przez pośrednika
- Podpisany przez pośrednika i hodowcę lub przetwórcę
- Jedną kopię należy wysłać na powyższy adres w ciągu 24 godzin od rozpoczęcia pracy
- Niedopełnienie niniejszych wytycznych stanowi wykroczenie podlegające karze grzywny lub pozbawienia wolności, bądź obu jednocześnie
- Wypłacane wynagrodzenie nie może być niższe niż zadeklarowane w momencie zatrudnienia
- Pobierane opłaty nie mogą być wyższe niż obowiązujące w momencie zatrudnienia

1. Pełne imię i nazwisko oraz adres stałego pobytu pośrednika

2. Nazwa i adres farmy lub zakładu przetwórczego	3. Data rozpoczęcia pracy przez pracowników na tej farmie lub w zakładzie przetwórczym
--	--

4. Lista głównych zbiorów, zakres prac oraz stawki wynagrodzenia, jakie mają być wypłacane pracownikom za każdy rodzaj pracy przy każdorazowym zbiorze.		
A. Główne zbiory	B. Zakres prac	C. Stawki dla pracowników za buszel, godzinę, itd.

W razie występowania innych zbiorów, skorzystaj ze strony na odwrocie.

5. Kto odpowiada za wypłatę wynagrodzenia? <input type="checkbox"/> Hodowca lub przetwórca <input type="checkbox"/> Pośrednik	6. Kiedy będzie wypłacane wynagrodzenie?
--	--

7. Czy pracownicy będą przenoszeni do innego obozu w celu pracy na farmie lub w zakładzie przetwórczym? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli „tak”, udziel odpowiedzi na pytania od 8 do 11.
--

8. Nazwa i adres nowego obozu
-------------------------------

9. Jeśli w tym obozie będą pobierane opłaty, wymień poniżej ich rodzaje.		
Pozycja	Kwota i częstotliwość pobierania opłat	Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby odpowiedzialnej za pobranie każdej z opłat

10 A. Czy będzie dostępna kantyna obozowa? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	10 B. Jeśli „tak”, podaj imię i nazwisko oraz adres administratora kantyny:
--	---

11 A. Czy pracownicy zostaną objęci odszkodowaniem pracowniczym? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	11 B. Ubezpieczeniem od odpowiedzialności cywilnej rolnika? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
---	--

12. Kto będzie opłacał takie ubezpieczenie? <input type="checkbox"/> Hodowca lub przetwórca <input type="checkbox"/> Pośrednik
--

13. Kto będzie opłacał składkę pracownika na ubezpieczenie społeczne? <input type="checkbox"/> Hodowca lub przetwórca <input type="checkbox"/> Pośrednik
--

Data: \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_, pośrednik

Nr rejestrowy pośrednika w rolnictwie: \_\_\_\_\_

Powyższe informacje są prawdziwe i dokładne według stanu mojej wiedzy i przekonania.

Data: \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_, hodowca lub przetwórca

**Formularz musi zostać wywieszony w widocznym miejscu, aby wszystkie osoby pracujące na farmie mogły go przeczytać.**

**Zatwierdzenie niniejszego wniosku nie zwalnia z obowiązku przestrzegania ustawy o płacy minimalnej.**