



प्रवासी पंजीकरण के उत्पादक/प्रोसेसर प्रमाण पत्र के लिए आवेदन

1 अप्रैल, 20_____ से 31 मार्च, 20_____

प्रत्येक शिविर या स्थान के लिए एक अलग आवेदन जमा करें जहाँ प्रवासियों को रखा जाएगा।

क्या आप पांच या अधिक गैर H-2A कर्मचारियों को बिना किसी ठेकेदार का उपयोग किए न्यूयॉर्क राज्य में लाएंगे? हाँ नहीं

यदि आपका उत्तर 'नहीं' है, तो इस फॉर्म को न भरें। यदि आपका उत्तर 'हाँ' है, तो सभी प्रश्नों के उत्तर दें।

किसी भी तरह से, आपको साथ दिए गए पत्र को पूरा करना होगा और वापस करना होगा।

कृपया स्याही से प्रिंट करें या टाइपराइटर इस्तेमाल करें।

1. उत्पादक/प्रोसेसर का नाम।	डाक पता	शहर - कसबा - गाँव	राज्य	ज़िप कोड	देश	टेलीफोन नं. ()
2. फार्म/प्लॉट का नाम।	रूट नं. - रोड	शहर - कसबा - गाँव	राज्य	ज़िप कोड	देश	टेलीफोन नं. ()
3. प्रवासियों की संख्या	4. मूल राज्य या देश	4a. मुख्य भाषा(एँ)	रोज़गार की अंदाज़न तिथियाँ			
			5. जिस तारीख पर प्रवासियों ने काम शुरू किया	6. जिस तारीख पर प्रवासियों ने काम खत्म किया		
7. कामगारों को जहाँ रहने की जगह दी जाएगी वह स्थान। रूट नं. - सड़क		शहर - कसबा - गाँव	राज्य	ज़िप कोड	काउंटी	
कैम्प <input type="checkbox"/>		ऑफसाइट <input type="checkbox"/>				
8. क्या आप आवास प्रदान करते हैं? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं यदि हाँ, आवास का वर्णन करने के लिए निम्नलिखित जानकारी को पूरा करें:						
इमारतों की संख्या और प्रकार _____						
बाथरूमों की संख्या _____		बेडरूमों की संख्या _____	रसोई की संख्या _____			
डाइनिंग रूम की संख्या _____		अन्य कमरे _____	(संख्या और प्रकार) _____			
9. क्या इस स्थान पर खाद्य या अन्य सामान बेचने वाली कोई दुकान होगी? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं						
इस दुकान में किस तरह का सामान बेचा या किराये पर दिया जाएगा? <input type="checkbox"/> भोजन <input type="checkbox"/> किराने का सामान <input type="checkbox"/> अन्य (निर्दिष्ट करें)						
10. दुकान को चलाने वाले व्यक्ति का नाम और उससे संपर्क करने के लिए पता।						
11. मुख्य फसल, किया जाने वाला काम और हरेक फसल पर हरेक प्रकार के काम के लिए कामगारों को जिस दर पर मज़दूरी चुकाई जाएगी, वह लिखें।						
11A. मुख्य फसलें	11B. किया जाने वाला काम	11C. प्रति बॉक्स, प्रति बिन, प्रति घंटा दर (बॉक्स, बिन की समाई बताएं)				
12. मज़दूरी कब चुकाया जाएगा? <input type="checkbox"/> हररोज़ <input type="checkbox"/> हर सप्ताह <input type="checkbox"/> हर दो सप्ताह में	13. वेतन सप्ताह के किस दिन चुकाया जाता है? किसके द्वारा? पदनाम?	14. मानक में घंटों की संख्या: a) कार्य सप्ताह; और, b) कार्य दिवस			15. आराम का दिन*	
16. अन्य निर्धारित घंटे (अर्थात, पार्ट-टाइम)		17. अतिरिक्त वेतन के लिए कामगार से किए गए कोई भी समझौते बताएं (यानी कि बोनस - समझाएं कि बोनस कैसे कमाया जाएगा, राशि और यह कब चुकाया जाएगा)				
18. ओवरटाइम की दर†:						

*सेक्शन 161.1 NYS श्रम कानून: 1 जनवरी 2020 से हरेक खेत मज़दूर को हरेक कैलेन्डर सप्ताह में लगातार कम से कम 24 घंटे आराम मिलेगा। कोई कर्मचारी आराम के दिन काम करने को सहमत हो सकता है, लेकिन उसे आराम के दिन किए गए काम के सभी घंटों के लिए नियमित वेतन दर से 1½ गुना दर चुकाई जानी चाहिए।

†खंड 163-a NYS Labor Law (न्यूयॉर्क राज्य श्रम कानून): 1 जनवरी 2020 से, किसानों में काम कर रहे नियोजकों को एक कैलेन्डर सप्ताह में 60 घंटे से अधिक काम के सभी घंटों के लिए नियमित वेतन दर से 1½ गुना भुगतान करना होगा।

आपको इस फॉर्म को भर कर इसकी दूसरी तरफ हस्ताक्षर करने होंगे।

19. नियोक्ता द्वारा प्रदान बेनिफिट्स की सूची (यानी कि बीमारी की छुट्टी, पर्सनल लीव, त्योहार, स्वास्थ्य बीमा, आदि)

20. क्या कामगारों पर किन्हीं चीजों के लिए शुल्क लगाया जाएगा? हाँ नहीं अगर हाँ, तो नीचे आइटम 21 और 22 भरें।

21. हरेक शुल्क को लगाने वाले व्यक्ति का नाम और पद।

22. शुल्क की सूची, शुल्क की राशि और अन्य सभी नियोजित पेरोल कटौतियाँ एवं रोजगार के गैर-आर्थिक नियम और शर्तें (परिवहन की उपलब्धता, चिकित्सा सेवा, बाल देखभाल, स्कूलिंग, आदि)।

SS और कर के अलावा पेरोल से कटौतियाँ (समझाएं)	
अन्य शुल्क (समझाएं)	
गैर-आर्थिक नियम और शर्तें (समझाएं)	

23. जब तक आवश्यक दस्तावेज़ (नीचे देखें) प्राप्त नहीं होते हैं, और आप नीचे प्रमाणन पर हस्ताक्षर नहीं करते हैं, तब तक कोई परमिट या प्रमाणपत्र जारी नहीं किया जा सकता है।

आपकी बीमा कंपनी से, आपको एक भरा हुआ C-105.2 प्राप्त करना होगा, जिससे कि वर्कर्स कॉम्पनसेशन इंश्योरेंस (कामगार क्षतिपूर्ति बीमा) कवरेज और एक भरा हुआ DB-120.1 जिससे डिसेबिलिटी इंश्योरेंस (अक्षमता बीमा) कवरेज साबित हो सके। दोनों फॉर्म इस कार्यालय को प्रदान किये जाने हैं।

साक्ष्य के अन्य स्वीकार्य रूप:

- SIF से U-26.3
- अगर सेल्फ इंश्योर्ड हों, WC के लिए SI-12 या GSI-105.2 और अक्षमता के लिए DB-155

अगर NY State Insurance Fund (न्यूयॉर्क राज्य बीमा फंड) के द्वारा इंश्योर्ड हों, तो आप फॉर्म U-26.3 की माँग करने के लिए 888-875-5790 पर और फॉर्म DB-120.1 की माँग करने के लिए 866-697-4332 पर निःशुल्क कॉल कर सकते हैं।

अगर WC या अक्षमता बीमा के लिए उत्तरदायी नहीं हैं, तो इस कार्यालय को एक भरा हुआ CE-200 प्रदान करें। यह फॉर्म ऑनलाइन यहाँ से पाया जा सकता है www.wcb.ny.gov। मुख पृष्ठ पर, "WC/DB छूट" पर क्लिक करें और फिर "WC/DB छूट के लिए अनुरोध" पर क्लिक करें। यह फॉर्म पाने में सहायता के लिए आप कामगार क्षतिपूर्ति बोर्ड (Workers' Compensation Board) से 866-298-7830 पर संपर्क कर सकते हैं। जब आप कॉल करते हैं, तब तक प्रतीक्षा करें जब तक कि कोई आपको सहायता देने के लिए मेन्ू समाप्त न कर दे।

मैं एतद द्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ कि इस आवेदन में मौजूद सारी जानकारी सच्ची और सही है।

24. संघीय नियोक्ता की पहचान संख्या (FEIN) _____

25. _____
इनके हस्ताक्षर उत्पादक प्रोसेसर

26. शीर्षक

27. हस्ताक्षर की तिथि

इस आवेदन की स्वीकृति किसी भी लागू न्यूनतम मजदूरी कानून या इस नियोक्ता द्वारा इन कर्मचारियों के लिए मौजूदा श्रम कानूनों में निहित किसी भी अधिक अनुकूल समझौते के विपरीत रोजगार की अनुमति नहीं देती है, उसी प्रकार के काम के लिए।