



## रोजगार देने वाली एजेंसी के लाइसेंस के नवीनीकरण के लिए आवेदन

सभी प्रश्नों का उत्तर दें। यदि अधिक जगह की आवश्यकता हो तो पृष्ठ भाग का प्रयोग करें।

मौजूदा लाइसेंस नंबर:

उसका नाम जिसके अंतर्गत एजेंसी वर्तमान में अपना कारोबार संचालित कर रही है: \_\_\_\_\_

1. प्लेसमेंट का मुख्य प्रकार: \_\_\_\_\_

2. व्यवसाय फ़ोन: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

3. वर्तमान व्यवसाय पता: स्ट्रीट: \_\_\_\_\_

शहर/कस्बा/गाँव: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ ज़िप कोड (+4 ज़रूरी नहीं): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

4. ये स्वामी हैं: (इसे देखें)  सोल प्रोप्राइटर  पार्टनरशिप  कॉर्पोरेशन

5. पूर्ववर्ती कैलेंडर वर्ष के दौरान प्लेसमेंट कर्मचारियों की औसत संख्या: \_\_\_\_\_

(वह व्यक्ति जो अपने समय का एक बड़ा हिस्सा नौकरी देने या प्राप्त करने के उद्देश्य से साक्षात्कार, परामर्श या नौकरी आवेदकों के साथ बातचीत करने में व्यतीत करता है)

6. वर्तमान स्वामी का नाम और पता। यदि भागीदारी है तो सभी भागीदारों की सूची बनाएं। यदि कॉर्पोरेशन है, तो सभी अधिकारियों को उपयुक्त शीर्षकों के साथ सूचीबद्ध करें। यदि पिछले लाइसेंस के जारी होने के बाद से स्वामी का नाम बदल गया है, तो एक नए लाइसेंस आवेदन फॉर्म LS 355 के लिए अनुरोध करें।

नाम और पता	पदनाम	घर का फ़ोन नंबर

7. एजेंसी की प्लेसमेंट संबंधी गतिविधियों का निर्देशन और संचालन करने वाले व्यक्ति का नाम और घर का पता।

नाम: \_\_\_\_\_

स्ट्रीट का पता: \_\_\_\_\_

शहर/कस्बा/गाँव: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ ज़िप कोड (+4 ज़रूरी नहीं): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

8. क्या आवेदक रोजगार के आवेदकों के लिए या एजेंसी के साथ व्यवसाय करने वाले किसी व्यक्ति के लिए आवास प्रदान करने या व्यवस्था करने का विचार रखते हैं?

हां  नहीं यदि "हां" तो प्रत्येक स्थान के बारे में जानकारी दें।

परिसर का नाम और पता जहां ठहरने की व्यवस्था की जाएगी	फ़ोन	प्रभारी व्यक्ति का नाम

9. पिछले लाइसेंस के जारी होने के बाद से, क्या आइटम 6 में सूचीबद्ध किसी भी व्यक्ति को यातायात उल्लंघन के अलावा किसी अपराध या अपराध के लिए दोषी ठहराया गया था?  हां  नहीं

यदि "हां" तो पूर्ण जानकारी दीजिये।

### आवेदन के साथ निम्नलिखित होना चाहिए:

- महाद्वीपीय संयुक्त राज्य अमेरिका के बाहर से घरेलू या घरेलू कर्मचारियों की भर्ती में लगी मॉडलिंग एजेंसियों और एजेंसियों के लिए आवश्यक \$ 10,000 की दंडात्मक राशि को छोड़कर, \$5,000 की दंडात्मक राशि में न्यूयॉर्क राज्य के लोगों को बाध्यता के रूप में नामांकित करने वाला ज़मानत बांड।
- श्रम आयुक्त को देय आवश्यक शुल्क के लिए चेक या मनी ऑर्डर।
- 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 करें। 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 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](http://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 मेनू समाप्त न कर दे।

**प्रमाणित करें और पृष्ठ 3 पर हस्ताक्षर करें**

मैं एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त कथन सत्य और सटीक हैं।

10. स्वामी के हस्ताक्षर। अगर कॉर्पोरेशन हैं, तो अध्यक्ष और कोषाध्यक्ष के हस्ताक्षर होने चाहिए। अगर भागीदारी है, सभी भागीदारों को हस्ताक्षर करने चाहिए।

आवेदन करने वाले व्यक्तियों के हस्ताक्षर	पदनाम	तारीख

प्रस्तुत की गई सभी जानकारी और सामग्री श्रम विभाग द्वारा जांच के अधीन है।