

रोजगार एजेंसी लाइसेंस के लिए आवेदन

रोजगार एजेंसी लाइसेंस के लिए आवेदन करने के लिए, इस फॉर्म का इस्तेमाल करें। सभी सवालों का जवाब दें। आवश्यकतानुसार अतिरिक्त शीट अटैच करें।

- अपने हस्ताक्षरित फॉर्म को ऊपर दिए गए पते पर मेल करें।
- पेज 4 पर दी गई सभी ज़रूरी जानकारी और दस्तावेजों को शामिल करना सुनिश्चित करें।
- लाइसेंस मिलने के बाद, लाइसेंस के प्रभावी बने रहने के लिए एजेंसी के नाम, पते, प्रबंधन, स्वामित्व, भागीदारों, अधिकारियों, या शेयरधारकों में कोई भी बदलाव करने से पहले श्रम विभाग को इसकी पूर्व अनुमति देनी होगी।

1. उस एजेंसी का नाम जिसके तहत कारोबार करेगी: _____
2. एजेंसी का स्थान: स्ट्रीट नंबर और स्ट्रीट: _____
शहर, कस्बा, गांव: _____ काउंटी: _____ पिन कोड: _____
3. एजेंसी का फ़ोन नंबर: _____ 4. संघीय नियोक्ता पहचान संख्या (FEIN): _____
5. मुख्य प्रकार की नियुक्तियां: _____
6. प्लेसमेंट कर्मचारियों की अपेक्षित संख्या: _____ (नोट: प्लेसमेंट कर्मचारी वे होती हैं, जो नौकरी पाने या नौकरी की तलाश करने के लक्ष्य के साथ, अपना अधिकांश समय साक्षात्कार, परामर्श या नौकरी आवेदकों से बात करने में बिताते हैं।)
7. स्वामी का प्रकार (किसी एक पर निशान लगाएं): एकमात्र स्वामी भागीदारी निगम
8. निम्नलिखित का नाम, पता, टाइटल और फोन नंबर सूचीबद्ध करें:
 - स्वामी, यदि एकमात्र स्वामी हैं
 - प्रत्येक भागीदार, अगर एक साझेदारी है
 - सभी अधिकारी, यदि निगम, और कोई भी शेयरधारक जिनके पास 10% या अधिक शेयर हैं, यदि वे सार्वजनिक रूप से कारोबार नहीं करते हैं

आवेदक का नाम और घर का पता	शीर्षक	घर का फोन नंबर

9. उन सभी व्यावसायिक गतिविधियों की सूची बनाएं जिनमें आइटम 8 में सूचीबद्ध प्रत्येक व्यक्ति ने इस आवेदन की तारीख से पहले इन पांच वर्षों के दौरान भाग लिया था।

व्यक्ति का नाम	फर्म का नाम और पता	गतिविधि	शुरू होने की तारीख	समाप्त होने की तारीख

10. क्या आइटम 8 में सूचीबद्ध किसी व्यक्ति के पास व्यवसाय करने का कोई लाइसेंस है जिसे अस्वीकार, रद्द, निलंबित, रद्द या सरेंडर किया गया है?
 हाँ नहीं अगर "हाँ", तो विस्तार से बताएं और समझाएं कि क्यों।

व्यक्ति का नाम	कार्रवाई की तिथि	व्यवसाय का नाम और पता (शहर, कस्बा, गांव, राज्य)	व्यवसाय की प्रकृति	मना करने का कारण, आदि।

11. क्या आइटम 8 में सूचीबद्ध किसी व्यक्ति को कभी यातायात उल्लंघन के अलावा किसी अपराध के लिए दोषी ठहराया गया था?
 हाँ नहीं अगर "हाँ", तो विस्तार से बताएं और समझाएं कि क्यों।

व्यक्ति का नाम	अपराध	सजा की तारीख	शहर, कस्बा, गांव	दंड

12. एजेंसी की प्लेसमेंट गतिविधियों को निर्देशित और संचालित करने वाले व्यक्ति का नाम बताएं:

नोट: अगर इस व्यक्ति का नाम आइटम 8 में सूचीबद्ध नहीं है, तो "एजेंसी मैनेजर परमिट के लिए आवेदन," LS 355.2 सबमिट करें और आइटम 13 को छोड़ दें। इसका जवाब देने की ज़रूरत नहीं है।

13. काम की जानकारी: उन सभी नियोक्ताओं की विस्तृत सूची प्रदान करें जिनके लिए आपने प्लेसमेंट कर्मचारी, व्यावसायिक परामर्शदाता के तौर पर या संबंधित गतिविधियों में काम किया है; स्वरोजगार शामिल करें।

नियोक्ता का नाम और पता (अंतिम नियोक्ता को पहले सूचीबद्ध करें।)	शुरू होने की तारीख	समाप्त होने की तारीख	<ul style="list-style-type: none"> ड्यूटी: इस तारीख को बिताए गए समय का प्रतिशत (%) सूचीबद्ध करें: <ul style="list-style-type: none"> a) आवेदकों का साक्षात्कार और काउंसलिंग करना b) आवेदकों की स्क्रीनिंग, चयन और नियुक्ति c) कार्य आदेश का अनुरोध करना और प्राप्त करना d) नौकरी विवरण तैयार करना, आदि। e) असंबंधित ड्यूटी तत्काल पर्यवेक्षक का नाम और शीर्षक डालें।

14. क्या आवेदक राज्य के बाहर के लोगों को घरेलू या घरेलू कर्मचारी के रूप में रोजगार के लिए भर्ती करेंगे?

हाँ नहीं अगर "हाँ," तो हरेक अप्रवासी एजेंट के बारे में जानकारी दें **और** प्रत्येक लाइसेंस प्राप्त अप्रवासी एजेंट के लाइसेंस की एक फोटोकॉपी जमा करें।

अगर अमेरिका (US) में काम नहीं कर रहे तो देश के अप्रवासी एजेंट का नाम और पता डालें	लाइसेंस नंबर	समय-समाप्ति तिथि	जारीकर्ता अधिकारी का नाम, पता और पद

15. क्या आवेदक रोजगार के लिए आवेदक या एजेंट के साथ व्यवसाय करने वाले लोगों के लिए आवास उपलब्ध कराने या उनकी व्यवस्था करने का प्रस्ताव रखते हैं? हाँ नहीं अगर "हाँ," तो हरेक जगह की जानकारी दें।

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

16. क्या आवेदक विदेशी घरेलू या घरेलू कर्मचारियों के लिए अस्पताल में भर्ती होने का बीमा प्रदान करता है?

हाँ नहीं अगर "हाँ," तो बीमा कंपनी का नाम उर पॉलिसी नंबर बताएं।

बीमा कंपनी का नाम: _____ पॉलिसी नंबर: _____

17. अब मैं झूठी गवाही के दंड के तहत **शपथ लेता हूँ** कि इस आवेदन में दिए गए कथन सत्य और सही हैं।

अगर एकल-स्वामी है, तो स्वामी के हस्ताक्षर।

अगर कॉर्पोरेशन हैं, तो अध्यक्ष और कोषाध्यक्ष के हस्ताक्षर।

अगर साझेदारी है, तो सभी भागीदारों के हस्ताक्षर। आवश्यकतानुसार अतिरिक्त शीट अटैच करें।

आवेदक का हस्ताक्षर	शीर्षक	तिथि

प्रस्तुत सभी जानकारी और सामग्री इस विभाग द्वारा जांच के अधीन है।

अपने आवेदन के साथ नीचे दी गई जानकारी और दस्तावेज शामिल करना सुनिश्चित करें। जानकारी या दस्तावेज उपलब्ध न होने की वजह से देरी हो सकती है या आपके आवेदन को अस्वीकार किया जा सकता है।

1. बाध्यता के रूप में, **जमानत बांड** "द पीपुल ऑफ द स्टेट ऑफ न्यूयॉर्क" के तौर पर सूचीबद्ध है। जुमनि की राशि 5,000 डॉलर है, जब तक कि एजेंसी एक मॉडलिंग एजेंसी या महाद्वीपीय संयुक्त राज्य के बाहर से घरेलू या घरेलू कामगारों की भर्ती करने वाली एजेंसी नहीं है, तब तक जुमनि की राशि 10,000 डॉलर है।
2. आइटम 8 में सूचीबद्ध प्रत्येक व्यक्ति के लिए **चरित्र के दो स्टेटमेंट** (LS 361) हैं।
3. **शुल्क:** श्रम आयुक्त को देय आवश्यक शुल्क के लिए चेक या मनी ऑर्डर (शुल्क के लिए LS 355.3 देखें)।
4. प्रत्येक का दो सैंपल:
 - आवेदक का अनुबंध
 - नियम और शर्तें
 - रसीद, और
 - नौकरी आवेदक को **हर फॉर्म** भरना होगा
5. **प्रवासी एजेंट का लाइसेंस:** प्रत्येक लाइसेंस प्राप्त अप्रवासी एजेंट के लाइसेंस की एक फोटोकॉपी (आइटम 14 देखें)।
6. अगर एकमात्र मालिक या साझेदारी है, तो काउंटी क्लर्क के पास **व्यवसाय करने के प्रमाण पत्र की प्रमाणित प्रति** होनी चाहिए या यदि कोई निगम है, तो राज्य सचिव के पास **दायर की गई निगम अधिसूचना रसीद की एक प्रति होनी चाहिए**
7. आपके बीमा प्रदाता से भरा हुआ फॉर्म:
 - **C-105.2** प्राप्त करना होगा, जिससे कि वर्कर्स कॉम्पनसेशन इंश्युरेंस (कामगार क्षतिपूर्ति बीमा) कवरेज **और**
 - एक भरा हुआ **DB-120.1** जिससे डिसेबिलिटी इंश्युरेंस (साक्ष्य के अन्य स्वीकार्य रूप: U-26.3 से SIF; अगर सेल्फ इंश्योर्ड हों, तो WC के लिए SI-12 या GSI-105.2 और अक्षमता के लिए DB-155।)

या अगर आप कर्मचारियों के मुआवजे और/या विकलांगता बीमा के लिए उत्तरदायी नहीं हैं, तो एक पूर्ण:

 - **CE-200** फॉर्म प्राप्त करना होगा। यह फॉर्म www.wcb.ny.gov पर उपलब्ध है। "WC/DB छूट (WC/DB Exemptions)" पर क्लिक करें। इसके बाद, "WC/DB छूट के लिए अनुरोध करें (Request for WC/DB)" 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। कॉल करते समय, सूची के समाप्त होने की प्रतीक्षा करें, ताकि कोई आपकी सहायता कर सके।
8. **कॉर्पोरेट मिनट:** यदि एक निगम हैं, तो चुनाव अधिकारियों को दिखाते हुए कॉर्पोरेट मिनटों की प्रति या फोटोकॉपी।
9. **फिंगरप्रिंट रसीद:** आवश्यक जानकारी के लिए, इस आवेदन के आइटम 8 में सूचीबद्ध प्रत्येक व्यक्ति के फिंगरप्रिंट सर्च और सत्यापन के लिए Morpho Trust यूएसए (USA) से आपकी रसीद की एक प्रति।
 - नोट: आपके आवेदन को पूरा करने के लिए Morpho Trust यूएसए (USA) द्वारा वास्तविक रिपोर्ट इस कार्यालय को सबमिट की जानी चाहिए। शुल्क सहित निर्देशों के लिए संलग्न "फिंगरप्रिंटिंग" शीट, LS-358 देखें।

अहम जानकारी: लाइसेंस के प्रभावी बने रहने के लिए एजेंसी के नाम, पते, प्रबंधन, स्वामित्व, भागीदारों, अधिकारियों, या शेरधारकों में कोई भी बदलाव करने से पहले श्रम विभाग को इसकी पूर्व अनुमति देनी होगी।