



Richiesta della licenza di agenzia per il lavoro

Utilizza questo modulo per richiedere la licenza di agenzia per il lavoro. Rispondi a tutte le domande. Allega fogli aggiuntivi se necessario.

- Invia la domanda firmata all'indirizzo sopra indicato.
- Assicurati di includere tutte le informazioni e i documenti richiesti elencati a pagina 4.
- Una volta ottenuta la licenza, qualsiasi modifica del nome, dell'indirizzo, del direttore, della proprietà, dei soci, dei dirigenti o degli azionisti dell'agenzia richiede l'approvazione preventiva del Dipartimento del Lavoro affinché la licenza rimanga valida.

1. Nome con il quale l'agenzia opererà: _____

2. Sede dell'agenzia: Numero civico e via: _____

Città, comune, paese: _____ Contea: _____ Stato: _____ Codice postale: _____

Indirizzo di posta elettronica: _____

3. Numero di telefono dell'agenzia: _____ 4. Numero FEIN del datore di lavoro: _____

5. Principali tipologie di collocamento: _____

6. Numero di dipendenti previsti per l'inserimento: _____ (Nota: I dipendenti addetti al collocamento sono coloro che dedicano gran parte del loro tempo a intervistare, consigliare o parlare con i candidati al fine di collocare o procurare un lavoro.)

7. Tipo di proprietario (selezionare uno): Ditta individuale Impresa collettiva Società per azioni

8. Indica nome, indirizzo, titolo e numero di telefono di:

- proprietario se è un imprenditore individuale
- Ogni socio se si tratta di un'impresa collettiva
- Tutti i dirigenti, se si tratta di una società, e tutti gli azionisti che possiedono il 10% o più di azioni, se non sono quotate in borsa.

Nome e indirizzo del richiedente	Titolo	Telefono di casa

9. Per ogni persona di cui al punto 8, elencare tutte le attività commerciali svolte nei cinque anni precedenti la data della domanda.

Nome del soggetto	Nome e indirizzo della ditta	Attività	Data di inizio	Data di fine

(Compila tutte le pagine.)

10. A qualcuno dei soggetti elencati al punto 8 è stata negata, annullata, sospesa, revocata o ceduta una licenza per l'esercizio dell'attività? Sì No Se sì, fornisci i dettagli e i motivi.

Nome del soggetto	Data dell'azione	Nome e indirizzo dell'azienda (città, paese, stato)	Natura dell'attività	Motivo del rifiuto, ecc.

11. Qualcuno dei soggetti di cui al punto 8 è stato mai condannato per un reato o un'infrazione diversa da quella al codice della strada? Sì No Se sì, fornisci i dettagli e i motivi.

Nome del soggetto	Reato	Data della condanna	Città, Comune, paese	Sanzione

12. Indica il nome della persona che dirigerà e gestirà le attività di collocamento dell'agenzia:

_____ **Nota:** Se questa persona non è elencata al punto 8, presenta una "Domanda di autorizzazione per direttore di agenzia", LS 355.2 e salta il punto 13. Non è necessario rispondere.

13. Esperienza lavorativa: Fornisci un elenco dettagliato di tutti i datori di lavoro per i quali si è lavorato come impiegato di collocamento, consulente professionale o in attività correlate; includi il lavoro autonomo.

Nome e indirizzo del datore di lavoro (elenca prima l'ultimo datore di lavoro).	Data di inizio	Data di fine	<ul style="list-style-type: none"> • Incarichi: Elenco Percentuale (%) del tempo dedicato a: <ul style="list-style-type: none"> a) colloqui e consulenza ai candidati b) screening, selezionare e collocare i candidati c) sollecitare e ottenere commesse d) preparazione delle descrizioni delle mansioni, ecc. e) mansioni non correlate • Indica il nome e il titolo del superiore diretto.

(Compila tutte le pagine.)

14. Il richiedente intende reclutare persone provenienti da fuori dello Stato per impiegarle come collaboratori domestici o per la casa?
 Sì No Se "Sì", fornisci i dettagli relativi a ciascun agente emigrante.

Nome e indirizzo dell'agente dell'emigrante Includi il paese, se non si opera negli USA	Numero di licenza	Data di scadenza	Nome, indirizzo e titolo del funzionario incaricato del rilascio

15. Il richiedente intende fornire o organizzare l'alloggio per i candidati all'impiego o per le persone che fanno affari con l'agenzia?

Sì No Se sì, fornisci i dettagli per ogni sede

Nome e indirizzo dei locali in cui sarà fornito l'alloggio	Telefono	Nome della persona responsabile

16. Il richiedente fornisce un'assicurazione per il ricovero ospedaliero dei domestici o dei collaboratori domestici provenienti dall'estero?

Sì No Se "Sì", indica il nome della compagnia assicurativa e il numero di polizza.

Nome della compagnia di assicurazione: _____ Numero di polizza _____

17. **Giuro** che le dichiarazioni rese nella presente domanda sono vere e accurate sotto pena di falsa testimonianza.

Se si tratta di una ditta individuale, firma del titolare.

Se si tratta di una società, le firme del presidente e del tesoriere.

Se si tratta di una società di persone, le firme di tutti i soci. Allega fogli aggiuntivi se necessario.

Firma del richiedente	Titolo	Data

Tutte le informazioni e i materiali presentati sono soggetti ad indagine da parte di questo Dipartimento.

(Compila tutte le pagine.)

Assicurati di includere le seguenti informazioni e documenti nella domanda. La mancanza di informazioni o documenti può causare ritardi o il rifiuto della domanda.

1. **Una fideiussione** che indichi come beneficiario il "New York State Department of Labor". La somma penale è di 5.000 dollari, a meno che non si tratti di un'agenzia di modelle o di un'agenzia che si occupa del reclutamento di personale domestico o di servizio al di fuori degli Stati Uniti continentali, nel qual caso è richiesta una somma penale di 10.000 dollari.
2. **Due dichiarazioni di carattere** (LS 361) per ogni persona elencata al punto 8.
3. **Tassa:** Assegno o vaglia postale per la tassa richiesta, intestato al Commissioner of Labor (per le tasse, vedere LS 355.3).
4. Un campione ciascuno di:
 - **Contratto del Richiedente**
 - **Termini e condizioni**
 - **Ricezione e**
 - **Ogni modulo** che un candidato all'assunzione è tenuto a sottoscrivere
5. **Una copia certificata del certificato di attività commerciale** depositato presso il cancelliere della contea, se si tratta di un proprietario unico o di una società di persone, oppure
Una **fotocopia della ricevuta di deposito della società** depositata presso il Segretario di Stato, se si tratta di una società di capitali
6. Dalla vostra compagnia di assicurazione un'assicurazione completata:
 - **C-105.2**, che dimostra la copertura assicurativa per il risarcimento dei lavoratori, e
 - **DB-120.1**, che dimostra della copertura assicurativa per l'invalidità
(Altri mezzi di prova accettabili: U-26.3 dal SIF; se autoassicurato, SI-12 o GSI-105.2 per la RC e DB-155 per l'invalidità).

Oppure, se non si è soggetti all'assicurazione per la compensazione dei lavoratori e/o l'invalidità, un modulo compilato:

 - Modulo **CE-200**. Il presente modulo è disponibile all'indirizzo www.wcb.ny.gov. Cliccare "WC/DB Exemptions" e poi su "Request for WC/DB Exemption". Per ottenere questo modulo è possibile contattare il Workers' Compensation Board al numero 866-298-7830. Quando si telefona, aspetta che qualcuno ti aiuti dopo la fine del menu.
7. **Ricevuta dell'impronta digitale:** Una copia della ricevuta di Morpho Trust USA (Identogo) per i rapporti richiesti sulla ricerca e la verifica delle impronte digitali di ciascuna persona elencata al punto 8 della presente domanda.
 - Nota: I rapporti effettivi devono essere inviati a questo ufficio da Morpho Trust USA per completare la domanda. Per le istruzioni e le tariffe, consulta il foglio di accompagnamento per la rilevazione delle impronte digitali, LS-358.

Importante: Qualsiasi modifica del nome dell'agenzia, dell'indirizzo, della proprietà dei dirigenti, dei soci, dei funzionari o degli azionisti richiede l'approvazione preventiva del Dipartimento del Lavoro affinché la licenza rimanga valida.