

WE ARE YOUR DOL



Department
of Labor

Division of Labor Standards Permit and Certificate Unit
State Office Campus, Building 12, Room 185B
Albany, NY 12226

Solicitud del certificado de registro de contratista de trabajo agrícola - **Conteste todas las preguntas.** Presente una solicitud por separado para cada para cada productor o procesador para el que espera trabajar.

Solicitud para Permiso de dispensa de campamento de trabajo agrícola - **Conteste las preguntas 1, 2, 9, 11, 12, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32 y 33.**

1 de abril de 20____ al 31 de marzo de 20____

Escriba a máquina o en letra de molde con tinta.

1. Nombre completo Dirección del hogar permanente Ciudad - Pueblo - Villa Estado Código Postal Condado N.º de teléfono ()

2. ¿A qué dirección debe enviarse su certificado o permiso?

3. Ponga una "X" en la casilla para cada servicio que prestará a cambio de un pago

Reclutar trabajadores Proveer trabajadores Contratar trabajadores Transportar trabajadores Supervisar trabajadores

4. Nombre de la granja/planta Ruta N.º - Calle Ciudad - Pueblo - Villa Estado Código Postal Condado N.º de teléfono ()

5. Cantidad de inmigrantes	5a. Cantidad de no inmigrantes	6. Estados o condados de origen	6a. Idiomas principales	Fechas aproximadas de empleo	
				7. Fecha de comienzo del trabajo	8. Fecha de finalización del trabajo

9. Lugar donde se hospedarán los trabajadores. Ruta N.º - Calle Ciudad - Pueblo - Villa Estado Código Postal Condado

Campamento

Fuera del lugar

10. ¿La vivienda es proporcionada por el contratista, productor o procesador? Sí No Si contestó que sí, llene la siguiente información para describir la vivienda: Cantidad y tipo de edificaciones _____

Número de baños _____ Número de dormitorios _____ Número de cocinas _____ Número de comedores _____

Otras habitaciones _____ (número y tipo) _____

11. ¿Habrá una dispensa vendiendo comida u otros bienes en este lugar? Sí No

¿Qué tipo de bienes se venderán o arrendarán en esta dispensa? Comidas preparadas Víveres Otros (especifique) _____

12. Nombre de la persona que manejará la dispensa y dirección en la que puede ser contactado

13. Escriba los cultivos principales, el trabajo a realizar y el sueldo que se pagará a los trabajadores por cada tipo de trabajo en cada cultivo.

13a. Cosechas principales	13b. Trabajo a realizar	13c. Tarifas por cajón, por cesta, por hora, etc. (Especifique la capacidad de los cajones, las cestas, etc.)

14. ¿Cuándo se pagarán los sueldos? <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas	15. ¿Qué día de la semana se pagan los sueldos?	16. Nombre y cargo de la persona responsable de pagar los sueldos
--	---	---

17. Número de horas en un día laboral estándar	18. Para una semana laboral estándar: a) número de horas, y b) número de días	19. Día de descanso*
--	---	----------------------

20. Sueldo por tiempo extra†:

*Sección 161.1 de la Ley de Trabajo del Estado de NY: A partir del 1 de enero de 2020, todos los trabajadores agrícolas debe recibir al menos 24 horas consecutivas de descanso en cada semana calendario. Un empleado puede aceptar trabajar en su día de descanso, pero debe recibir 1½ veces su salario regular por todas las horas trabajadas en el día de descanso.

†Sección 163-a de la Ley de Trabajo del Estado de NY: A partir del 1 de enero de 2020, los empleadores agrícolas deben pagar 1½ veces el salario regular por todas las horas trabajadas después de 60 en una semana calendario.

21. Especifique cualquier acuerdo hecho con el trabajador para obtener sueldos adicionales (es decir, bonos; explique cómo se ganarán los bonos, su importe y cuándo se pagarán)	22. Nombre y cargo de la persona responsable de pagar los bonos
--	---

23. Escriba los beneficios proporcionados por el empleador (es decir, licencia por enfermedad, licencia por motivos personales, vacaciones, seguro de salud, etc.)

24. ¿A los trabajadores se les harán cobros por algún concepto? Sí No Si contestó que sí, conteste las preguntas 25 y 26 a continuación.

25. Nombre y cargo de la persona que realizará cada cobro

26. Escriba los cobros, el importe de los cobros y todas las demás deducciones de nómina planificadas, así como los términos y condiciones de empleo no económicos (disponibilidad de transporte, servicios médicos, cuidado de niños, educación, etc.)

Deducciones de nómina distintas a Seguro Social e impuestos (explique)	
Otros cobros (explique)	
Términos y condiciones no económicos (explique)	

27. Información personal

27a. ¿Cuándo nació? (Mes-Día-Año)	27b. ¿Dónde nació? (Estado o condado)	27c. N.º de seguro social	27d. Estatura Pies Pulgadas	27e. Peso
		27f. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	27g. Color de cabello	27h. Color de ojos

28. ¿Alguna vez ha sido condenado por algún delito o infracción que no sea de tránsito? Sí No Si contestó que sí, responda lo siguiente (use hojas adicionales si las necesita). Esta pregunta debe contestarse por completo.

Fecha de condena	Lugar de condena	Naturaleza del delito o infracción	Sentencia impuesta

29. No se puede emitir un permiso o certificado a menos que se reciban los documentos requeridos (ver a continuación) (tanto para el contratista como para el productor) y usted firme la certificación en la parte de abajo.

Debe obtener de su compañía de seguros un formulario C-105.2 contestado que compruebe su cobertura por incapacidad laboral y un formulario DB-120.1 contestado que compruebe su cobertura de seguro por discapacidad. Se deben entregar ambos formularios en esta oficina.

Otros comprobantes aceptables son:

- U-26.3 de SIF
- Si tiene seguro por cuenta propia, SI-12 o GSI-105.2 para incapacidad laboral y DB-155 para discapacidad.

Si cuenta con seguro a través del Fondo de Seguros del Estado de New York, puede llamar al número gratuito 888-875-5790 para solicitar el formulario U-26.3 y al 866-697-4332 para solicitar el formulario DB-120.1.

Si usted **no** es responsable del seguro de incapacidad laboral o de discapacidad, entregue en esta oficina un formulario CE-200 contestado. Puede obtener este formulario en línea en www.wcb.ny.gov. Puede comunicarse con la Junta de Incapacidad Laboral al 866-298-7830 para obtener ayuda para obtener este formulario

Los contratistas de trabajo agrícola deben contar con un seguro de incapacidad laboral para sus propios trabajadores. Esto incluye a los conductores de camión y trabajadores que el contratista de trabajo agrícola contrate, transporte y supervise.

30. Nombre y puesto de la persona que pagará las pólizas _____

Por medio de la presente certifico que toda la información contenida en esta solicitud es verdadera y exacta.

31. Firma del contratista u operador de la despensa _____ 32. FEIN _____ 33. Fecha de firma _____

Para ser refrendado por el productor-procesador.

La información contenida en la solicitud anterior de Certificado de registro de contratista de trabajo agrícola es verdadera y correcta. Al refrendar esta solicitud, haciéndola así mi solicitud de un certificado que me autoriza a contratar a un contratista de trabajo agrícola, reconozco mi obligación de garantizar que se proporcione un seguro de incapacidad laboral, cuando así lo exijan las secciones pertinentes de la Ley de Incapacidad Laboral, para todos trabajadores empleados en mis granjas o en mis plantas de procesamiento.

34. Firma del Productor Procesador 35. N.º federal de identificación de empleador (FEIN) _____ 36. Fecha de la firma _____