

Solicitud para renovar la licencia otorgada por una agencia de empleos

Responda todas las preguntas. Use el reverso si necesita más espacio.

N.º de licencia actual

Nombre con el que la agencia actualmente realiza negocios		1A. Tipo principal de ubicación	2. Teléfono del negocio
			N.º y código de área
3. Dirección fiscal actual	Ciudad, pueblo, aldea	Condado	Código de área
			4. El propietario es: marcar uno <input type="checkbox"/> Un propietario individual <input type="checkbox"/> Una sociedad <input type="checkbox"/> Una corporación

5. Número promedio de empleados previstos para la ubicación durante el año calendario anterior: _____
 (Persona que emplea una parte importante de su tiempo en realizar entrevistas o conferencias con los aspirantes o en brindarles asesoramiento con el fin de ubicarlos o conseguirles un empleo)

6. Nombre y dirección del propietario actual. Si se trata de una sociedad, nombre a todos los socios. Si se trata de una corporación, nombre a todos los directivos con sus respectivos cargos. Si el nombre del/de los propietario(s) se modificó desde que se emitió la última licencia, solicite un nuevo formulario LS 355 de solicitud de licencia.

Nombre y dirección	Cargo	Teléfono particular

7. Nombre y dirección particular de la persona a cargo de dirigir y operar las actividades de ubicación de empleados de la agencia.

8. ¿Intentó el aspirante reclutar personas que no son del estado para realizar tareas domésticas o del hogar? Sí No
 Si responde "Sí", brinde información acerca de cada agente inmigrante. Envíe una fotocopia de cada licencia del agente inmigrante autorizado.

Nombre y dirección del agente inmigrante	Estado (país si no es EE. UU.) en el que opera	N.º de licencia	Fecha en la que caduca la licencia	Nombre, dirección y cargo del oficial expedidor

9. ¿Tiene el aspirante la intención de ofrecer o tramitar el alojamiento para los aspirantes a un empleo o para cualquier persona que realice negocios con la agencia?

Sí No Si responde "Sí", brinde detalles acerca de cada ubicación.

Nombre y dirección del sitio donde se brindará el alojamiento	N.º de teléfono	Nombre de la persona a cargo

10. ¿Brinda el aspirante seguro de hospitalización para empleados domésticos en el extranjero? Sí No

Si responde "Sí", brinde el nombre de la compañía aseguradora y el número de póliza.

Nombre de la compañía aseguradora	Número de póliza

11. Desde que se emitió la última licencia, ¿estuvo alguna de las personas enumeradas en el punto 6 acusada de cometer algún delito u ofensa aparte de infracciones de tránsito? Sí No

Si responde "Sí", brinde todos los detalles.

La solicitud debe acompañarse con lo siguiente:

- a) Garantía de cumplimiento de obligaciones que designe a los acreedores del estado de Nueva York por un monto punitivo de \$5,000, excepto el monto punitivo de \$10,000 que se les solicita a las agencias de modelaje y a las agencias encargadas de reclutar empleados domésticos en otro continente.
- b) Cheque o giro postal para la tarifa requerida pagadera al Comisionado de Trabajo.
- c) Fotocopia de cada licencia del agente inmigrante autorizado.
- d) **De su compañía aseguradora**, debe obtener un formulario C-105.2 completo que brinde cobertura de seguro de compensación laboral y un formulario DB-120.1 completo que ofrezca cobertura de seguro por discapacidad. Entregue estos dos formularios en esta oficina. Otros formularios admisibles como prueba:
 - formulario U-26.3 del Fondo del Seguro del Estado;
 - en el caso de que esté asegurado por cuenta propia, el formulario SI-12 o GSI-105.2 de compensación laboral y el formulario DB-155 por discapacidad.

Si **no** le corresponde un seguro de compensación laboral y/o por discapacidad, entregue un formulario CE-200 completo en esta oficina. Este formulario se puede obtener en línea en www.wcb.ny.gov. En la página principal, haga clic en "WC/DB Exemptions" (Exenciones por compensación laboral y por discapacidad), luego haga clic en "Request for WC/DB Exemption" (Solicite exenciones por compensación laboral y por discapacidad). Puede contactarse con la Junta de Compensación Obrera al 866-298-7830 para recibir asistencia para obtener este formulario. Cuando llame, espere hasta que finalice el menú para recibir asistencia.

En el presente formulario certifico que las declaraciones anteriores son veraces y exactas.

12. Firma del propietario. Si se trata de una corporación, debe firmar el presidente o tesorero. Si se trata de una asociación, deben firmar todos los socios.

Firma(s) de la(s) persona(s) que realiza(n) la solicitud	Cargo	Fecha

Toda la información y el material enviados están sujetos a investigación por el Departamento de Trabajo.