

이주자 등록 재배업자/가공업자 증명서 신청

20_____년 4월 1일 ~ 31, 20_____년 3월 31일

이주자가 수용될 각 캠프 또는 장소에 대해 별도의 신청서를 제출하십시오.

계약자를 사용하지 않고 5명 이상의 비 H-2A 근로자를 뉴욕 주로 데려올 예정입니까? 예 아니요

답변이 '아니요'인 경우 이 양식을 작성하지 마십시오. 답변이 '예'인 경우 모든 문항에 대해 주십시오.

어느 쪽이든 동봉한 서신을 작성하여 반송해야 합니다.

잉크로 기입하거나 타자기를 사용하십시오.

1. 재배업자/가공업자 이름 _____ 우편 주소 _____ 시 - 타운 - 빌리지 _____ 주 _____ 우편번호 _____ 카운티 _____ 전화 번호 _____ (_____)

2. 농장/공장 이름 _____ 노선 번호 - 도로 _____ 시 - 타운 - 빌리지 _____ 주 _____ 우편번호 _____ 카운티 _____ 전화 번호 _____ (_____)

3. 이주자 수	4. 국적 또는 본적 주	4a. 주 언어	대략적인 고용일	
			5. 이주자의 근무 시작 날짜	6. 이주자의 근무 종료 날짜

7. 근로자를 수용할 장소. _____ 노선 번호 - 도로 _____ 시 - 타운 - 빌리지 _____ 주 _____ 우편번호 _____ 카운티 _____
 카운티 캠프
 오프사이트

8. 주택을 제공합니까? 예 아니요 예인 경우 주택을 설명하는 다음 정보를 기입하십시오:
 건물 수 및 유형 _____
 욕실 수 _____ 침실 수 _____ 주방 수 _____
 식당 수 _____ 기타 룸 _____ (수 및 유형) _____

9. 이 장소에 식품이나 기타 물품을 판매하는 매점이 있게 됩니까? 예 아니요
 이 매점에서 어떤 유형의 물품을 판매하거나 임대할 예정입니까? 식사 식료품 기타(구체적으로 명시)

10. 매점을 운영할 사람의 이름 및 연락 가능한 주소.

11. 주요 작물, 수행할 업무 및 각 작물의 각 업무 유형에 대해 근로자가 받게 될 급여를 적어 주십시오.

11A. 주요 작물	11B. 수행할 업무	11C. 박스당, 깡통당, 시간당 등 요율. (박스, 깡통 등의 용량을 적어 주십시오)

12. 급여는 언제 지급됩니까? <input type="checkbox"/> 매일 <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 2주마다	13. 급여가 지급되는 요일은 언제입니까? 누가 지급합니까? 직책은?	14. 표준 근로 시간: a) 주간 근무 b) 일간 근무	15. 쉬는 날*
---	--	---------------------------------------	-----------

16. 기타 예정된 시간(예: 파트타임) _____

17. 추가 임금에 대해 근로자와의 어떠한 합의 사항이든 있다면 명시하십시오(예: 보너스 - 보너스를 받게 되는 경우, 금액 및 지급 시점 설명)

18. 초과 근무 요율†:

* 섹션 161.1 NYS 노동법: 2020년 1월 1일부로, 모든 농장 근로자는 매주마다 최소 연속 24시간의 휴식이 허용되어야 한다. 고용자는 휴일에 일하기로 동의할 수 있으나, 휴일에 일한 모든 시간에 대해 보수 정요율의 1½배로 지급을 받아야 한다.

† 섹션 163-a NYS 노동법: 2020년 1월 1일부로, 농업 고용자는 달력상 60주를 초과해 일한 모든 시간에 대해 보수 정요율의 1½배로 지급받아야 한다.

본 서식을 끝까지 기입하고 뒷면에 서명해야 합니다.

19. 고용주가 제공하는 혜택을 기재하십시오(예: 병가, 개인 휴가, 휴일, 건강 보험 등)

20. 어떠한 항목이든 근로자에게 청구되는 비용이 있습니까? 예 아니요 예인 경우, 아래의 항목 21과 22를 작성하십시오.

21. 각 청구를 할 사람의 이름과 직위.

22. 청구 항목, 청구 금액 및 기타 모든 계획된 급여 공제와 고용의 경제 외 약관(교통 편의, 의료 서비스, 보육, 학비 등)을 기재하십시오.

SS 및 세금 이외의 급여 공제(설명해 주십시오)	
기타 청구 항목(설명해 주십시오)	
경제 외 약관(설명해 주십시오)	

23. 필수 서류(아래 참조) 접수 및 아래 인증서에 대한 귀하의 서명이 없다면 어떠한 허가서 또는 인증서도 발급되지 않습니다.

귀하의 보험사로부터, 산재 보험 보장을 증명하는 C-105.2 양식 작성본 및 장애 보험 보장을 증명하는 DB-120.1 양식 작성본을 받으셔야 합니다. 두 서식 모두 본 사무소로 제출되어야 합니다. 기타 허용 가능한 증명 서식:

- SIF에서 발급한 U-26.3
- 자가 보험인 경우, 산재 보험용 SI-12 또는 GSI-105.2, 장애 보험용 DB-155

뉴욕주 보험 기금을 통해 보험에 가입하신 경우, U-26.3 양식은 무료 전화 888-875-5790번, DB-120.1 양식은 무료 전화 866-697-4332번으로 연락하여 요청하실 수 있습니다.

산재 보험 및/또는 장애 보험에 대한 책임이 **없는** 경우, 작성한 CE-200을 본 사무실에 제출하십시오. 이 양식은 www.wcb.ny.gov에서 온라인으로 구할 수 있습니다. 홈페이지에서 "WC/DB 면제"를 클릭한 다음 "WC/DB 면제 요청"을 클릭하십시오. 이 양식을 얻는 데 도움이 필요하다면 866-298-7830번으로 산재보상 위원회에 문의하실 수 있습니다. 전화 문의 시, 메뉴가 끝나고 상담원이 연결될 때까지 기다려 주십시오.

본인은 이 신청서에 포함된 모든 정보가 사실이며 정확함을 증명합니다.

24. 연방 고용주 식별 번호(FEIN) _____

25. _____ 서명 재배업자 가공업자 26. 직책 _____ 27. 서명일 _____

이 신청서에 승인한다고 해서 해당 고용주가 동일한 유형의 업무에 대해 적용 가능한 최저 임금법 또는 기존 고용 계약에 포함된 더 유리한 계약에 반하는 고용을 하도록 허용하는 것은 아닙니다.