

Заявление на сертификат регистрации мигрантов на работу на предприятия по производству/переработке сельскохозяйственной продукции

С 1 апреля 20__ г. по 31 марта 20__ г.

Подайте отдельное заявление для каждого лагеря или места, где будут размещаться мигранты.

Вы привозите пять или более работников не по визе H-2A в штат Нью-Йорк без привлечения подрядчика? Да Нет

Если вы ответили «Нет», не заполняйте эту форму. Если ваш ответ «Да», ответьте на все вопросы. В любом случае, вы должны заполнить и вернуть сопроводительное письмо.

Заполнять ручкой (печатными буквами) или на пишущей машинке.

1. Имя, фамилия производителя/переработчика.	Почтовый адрес	Город - поселок - деревня (село)	Штат	Почтовый индекс	Округ	Номер телефона ()
--	----------------	----------------------------------	------	-----------------	-------	--------------------

2. Наименование предприятия по производству/переработке сельхозпродукции	Номер дороги - дорога	Город - поселок - деревня (село)	Штат	Почтовый индекс	Округ	Номер телефона ()
--	-----------------------	----------------------------------	------	-----------------	-------	--------------------

3. Число работников-мигрантов	4. Штат (-ы) или страна (-ы) происхождения	4а. Основной (-ые) язык (-и)	Приблизительный период трудоустройства	
			5. Дата начала работы работников-мигрантов	6. Дата окончания работы работников-мигрантов

7. Место проживания работников. <input type="checkbox"/> Окружной лагерь <input type="checkbox"/> Вне объекта	Номер дороги - дорога	Город - поселок - деревня (село)	Штат	Почтовый индекс	Округ
--	-----------------------	----------------------------------	------	-----------------	-------

8. Вы предоставляете жилье? Да Нет Если ответ — «Да», с целью описания жилья заполнить следующее:

Число и тип зданий	Число спален	Число кухонь
Число уборных и ванных (душевых)	Прочие помещения	(число и тип)
Число столовых		

9. Предполагается ли обустройство магазина (столовой) в месте проживания работников? Да Нет
 Что предполагается продавать или сдавать в прокат в данном магазине (предоставлять в данной столовой)? Питание Бакалейные и гастрономические товары Другое (указать)

10. Имя, фамилия лица, заведующего магазином (столовой) и адрес, по которому к данному лицу можно обратиться.

11. Перечислите основные сельскохозяйственные культуры, виды выполняемых работ и ставку заработной платы, в соответствии с которой предполагается оплачивать каждый вид работ по каждой культуре.

11А. Основные культуры	11В. Виды выполняемых работ	11С. Ставки за ящик, бак, час и т. п. (указать вместимость ящиков, баков и т. п.)

12. Как предполагается выплачивать заработную плату? <input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Раз в неделю <input type="checkbox"/> Раз в две недели	13. В какой день недели выплачивается заработная плата? Кем: Должность:	14. Продолжительность (в часах) стандартн.: а) рабочей недели: б) рабочего дня:	15. Выходной день*
--	---	---	--------------------

16. Др. график работы (напр., неполный рабочий день)	17. Укажите соглашения, заключенные с работником, в отношении дополнительной заработной платы (напр., в отношении премии - указать условия получения, размер и сроки выплаты)
--	---

18. Ставка за сверхурочную работу†:

*Статья 161.1 закона «О труде» штата Нью-Йорк: С 1 января 2020 г. каждому сельскохозяйственному работнику предоставляется непрерывный отдых продолжительностью не менее 24 часов в календарную неделю. Работник вправе согласиться на выполнение работы в выходной день, но при этом каждый час работы в выходной день оплачивается по ставке, в 1½ раза превышающей обычную ставку оплаты труда.

†Статья закона «О труде» штата Нью-Йорк: С 1 января 2020 г. каждый час работы сверх нормы в 60 часов в календарную неделю оплачивается сельскохозяйственными работодателями по ставке, в 1½ раза превышающей обычную ставку оплаты труда.

19. Перечислите гарантии и компенсации, предоставляемые работодателем (напр., отпуск по болезни, по личным обстоятельствам, праздничные дни, медицинское страхование и т. п.)

20. Предполагается ли взимание каких-либо платежей с работников? Да Если ответ «Да», заполните графы 21 и 22.

21. Имя, фамилия и должность лица, ответственного за взимание платежей.

22. Перечислите виды, размеры платежей и все прочие планируемые отчисления из заработной платы, а также неэкономические условия трудоустройства (наличие транспорта, медицинское обслуживание, уход за детьми, обучение и т. п.)

Отчисления из заработной платы, не относящиеся к социальному страхованию и налогам (пояснить)	
Прочие платежи (пояснить)	
Неэкономические условия трудоустройства (пояснить)	

23. Разрешение (свидетельство) предоставляется только при условии представления необходимых документов (см. ниже) и наличия вашей подписи под удостоверением верности и точности предоставляемых сведений (см. ниже).

От своей страховой компании вам необходимо получить заполненный бланк формы C-105.2, подтверждающий оформление страхового покрытия компенсационных выплат работникам на случай нетрудоспособности (Workers' Compensation Insurance), а также заполненный бланк формы DB-120.1, подтверждающий оформление страхового покрытия на случай инвалидности (Disability Insurance). Оба бланка необходимо представить в наш отдел. Принимаются также следующие виды подтверждения:

- Бланк формы U-26.3 из страхового фонда штата
- В случае самострахования — бланк формы SI-12 или GSI-105.2 (компенсационные выплаты на случай нетрудоспособности) и DB-155 (страховое покрытие на случай инвалидности)

В случае наличия страхового полиса Страхового фонда штата Нью-Йорк (NY State Insurance Fund) за получением бланка формы U-26.3 можно обратиться по номеру 888-875-5790, за получением бланка формы DB-120.1 — по номеру 866-697-4332 (в обоих случаях звонок бесплатный).

Если вы **не** обязаны обеспечивать страховое покрытие компенсационных выплат на случай нетрудоспособности или страховое покрытие на случай инвалидности, предоставьте в наш отдел заполненный бланк формы CE-200. Указанный бланк можно получить в интернете, на сайте www.wcb.ny.gov. На домашней странице нажмите «WC/DB Exemptions», затем нажмите «Request for WC/DB Exemption». За помощью в получении данного бланка можно обратиться в Комиссию по компенсационным выплатам работникам (Workers' Compensation Board) по номеру 866-298-7830. Совершая звонок, дождитесь соединения с оператором. Свидетельствую верность и точность всех сведений, содержащихся в настоящем заявлении.

24. Федеральный идентификационный номер работодателя [FEIN] _____

25. _____
Подпись производителя переработчика сельхозпродукции _____ 26. Должность _____ 27. Дата подписания _____

Одобрение этого заявления не позволяет трудоустройство несоответствующее любому применимому закону о минимальной заработной плате или любым более благоприятным соглашениям, содержащимся в существующих трудовых договорах для этих работников этим работодателем, для того же вида работы.