

Solicitud de certificados de registro de migrantes para productores/procesadores

1 de abril de 20__ al 31 de marzo de 20__

Entregue una solicitud por separado por cada campamento o lugar en el que se alojarán migrantes.

¿Traerá a cinco o más trabajadores sin visa H-2A al Estado de New York sin usar un contratista? Sí No

Si contestó 'No', no llene este formulario. Si contestó "sí", conteste todas las preguntas.

En cualquier caso deber llenar y entregar la carta adjunta.

Escriba a máquina o en letra de molde con tinta.

1. Nombre de productor o procesador Dirección postal Ciudad - Poblado - Villa Estado Código postal Condado Número de teléfono: ()

2. Nombre de la granja/planta Ruta N.º - Calle Ciudad - Poblado - Villa Estado Código postal Condado Número de teléfono: ()

3. Cantidad de inmigrantes	4. Estados o condados de origen	4a. Idiomas principales	Fechas aproximadas de empleo	
			5. Fecha en que los migrantes empiezan a trabajar	6. Fecha en que los migrantes terminan de trabajar

7. Lugar en donde se alojarán los trabajadores. Ruta N.º - Calle Ciudad - Poblado - Villa Estado Código postal Condado
 Condado Campamento
 Fuera del lugar

8. ¿Usted proveerá el alojamiento? Sí Si contestó que sí, llene la siguiente información para describir la vivienda:
 Cantidad y tipo de edificios _____
 Cantidad de baños _____ Cantidad de dormitorios _____ Cantidad de cocinas _____
 Cantidad de comedores _____ Otras habitaciones _____ (Cantidad y tipo) _____

9. ¿Habrá una despensa vendiendo comida u otros bienes en este lugar? Sí No
 ¿Qué tipo de bienes se venderán o arrendarán en esta despensa? Comidas preparadas Víveres Otros (especifique)

10. Nombre de la persona que manejará la despensa y dirección en la que puede ser contactado

11. 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.

11A. Cultivos principales	11B. Trabajo a realizar	11C. Tarifas por cajón, por cesta, por hora, etc. (Especifique la capacidad de los cajones, las cestas, etc.)

12. ¿Cuándo se pagarán los sueldos? <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas	13. ¿Qué día de la semana se pagan los sueldos? ¿Quién los paga? ¿Puesto?	14. Número de horas en: a) una semana laboral estándar; y b) un día laboral estándar	15. Día de descanso*
---	---	--	----------------------

16. Otras horas programadas (es decir, a tiempo parcial)	17. 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)
--	--

18. Sueldo por tiempo extra † :

*Sección 161.1 de la Ley de Trabajo del Estado de New York: 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.

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

20. ¿A los trabajadores se les harán cobros por algún concepto? Sí No Si contestó que sí, conteste las preguntas 21 y 22 a continuación.

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

22. 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)	

23. No se puede emitir un permiso o certificado a menos que se reciban los documentos requeridos (ver a continuación) 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 Nueva 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 discapacidad y/o WC, presente un CE-200 completo ante esta oficina. Puede obtener este formulario en línea en www.wcb.ny.gov. En la página de inicio, haga clic en "WC/DB Exemptions" (Exenciones a incapacidad laboral/discapacidad) y luego haga clic en "Request for WC/DB Exemption" (Solicitar exención a incapacidad laboral/discapacidad). Puede comunicarse con la Junta de Incapacidad Laboral al 866-298-7830 para obtener ayuda para obtener este formulario Cuando llame, espere hasta que finalice el menú de opciones para recibir ayuda de un operador.

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

24. Número de Identificación Federal del Empleador (FEIN) _____

25. _____
Firma del Productor Procesador

26. Puesto

27. Fecha de firma

La aprobación de esta solicitud no permite el empleo que infrinja cualquier ley aplicable referente a salarios mínimos u otros acuerdos más favorables incluidos en contratos de trabajo existentes de estos empleados con este empleador, para el mismo tipo de trabajo.