

WE ARE YOUR DOL



Department
of Labor

قسم معايير العمل وحدة التراخيص والشهادات
State Office Campus, Building 12, Room 185B
Albany, NY 12226

- طلب شهادة تسجيل مقاول عمالة المزارع - أجب عن جميع الأسئلة. قَدِّم طلبًا منفصلاً لكل مزارع أو معالج تتوقع العمل معه.
- طلب تصريح متجر مخيم عمالة المزارع - أجب عن الأسئلة 1، 2، و9، و11، و12، و24، و25، و26، و27، و28، و29، و30، و31، و32 و33.

من 1 أبريل 20 حتى 31 مارس 20
يُرْجى الطباعة باستخدام الحبر أو استخدام الآلة الكاتبة.

1. الاسم بالكامل عنوان السكن الدائم المدينة - البلدة - القرية الولاية الرمز البريدي المقاطعة رقم الهاتف ()

2. ما هو العنوان الذي تريد إرسال شهادتك أو تصريحك إليه؟

3. ضع علامة "X" في كل مربع من مربعات الخدمات التي سوف تقدمها مقابل رسوم
 تشغيل العمال توريد العمال تعيين العمال نقل العمال الإشراف على العمال

4. اسم المزرعة/ المصنع رقم الطريق - الطريق المدينة - البلدة - القرية الولاية الرمز البريدي المقاطعة رقم الهاتف ()

5. عدد المهاجرين	5a. عدد غير المهاجرين	6. الولاية (الولايات) أو البلد (البلدان) محل السكن	6a. اللغة (اللغات) الأم	التاريخ التقريبي للتوظيف	
				7. تاريخ بدء العمل	8. تاريخ إنهاء العمل

9. المكان الذي سيتم تسكين العمال به.
 مخيم خارج الموقع

رقم الطريق - الطريق المدينة - البلدة - القرية الولاية الرمز البريدي المقاطعة

10. هل يوفر المقاول السكن أم المزارع أم المعالج؟ نعم لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فأكمل المعلومات التالية لكي تصف السكن:
عدد ونوع المباني
عدد الحمامات
عدد غرف النوم
عدد المطابخ
عدد غرف تناول الطعام
غرف أخرى (العدد والنوع)

11. هل سيكون هناك متجر لبيع الأطعمة أو البضائع الأخرى في هذا الموقع؟ نعم لا
ما هي أنواع البضائع التي سيتم بيعها أو تأجيرها في هذا المتجر؟ الوجبات البقالة غير ذلك (حدِّد)

12. اسم الشخص الذي سيقوم بتشغيل المتجر والعنوان الذي يمكن الوصول إليه من خلاله

13. اكتب قائمة بالمحاصيل الرئيسية، والعمل الذي تقوم به، ومعدل أجور العمال الذي سيتم دفعه مقابل كل عمل يتم عن كل محصول.

13a. المحاصيل الرئيسية	13b. العمل المنفذ	13c. المعدل بحسب الصندوق، أو السلة، أو الساعة، إلخ. (حدد سعة الصناديق، أو السلال، إلخ)

14. متى سيتم دفع الأجور؟
 يوميًا أسبوعيًا
 كل أسبوعين

15. في أي يوم من أيام الأسبوع يتم دفع الأجور؟

16. اسم الشخص المسؤول عن دفع الأجور ومنصبه

17. عدد ساعات العمل في يوم العمل القياسي
18. في أسبوع العمل القياسي:
(a) عدد ساعات العمل;
(b) عدد أيام العمل

19. يوم الراحة*

20. معدل الوقت الإضافي†:

*ينص القسم 161.1 من قانون العمل على ما يلي: بداية من 1 يناير 2020، يجب السماح لجميع عمال المزارع على فترة راحة لمدة 24 ساعة متواصلة على الأقل كل أسبوع. يجوز للموظف الموافقة على العمل في يوم الراحة، ولكن يجب أن يحصل على مرة ونصف المرة من معدل الأجر المعتاد، وذلك نظير جميع ساعات العمل التي يؤديها في يوم الراحة.

†القسم 163-أ من قانون العمل في ولاية نيويورك: بداية من 1 يناير 2020، يجب على جهات عمل الزراعة أن تدفع مرة ونصف المرة من معدل الأجر المعتاد نظير جميع ساعات العمل التي تزيد عن 60 ساعة في الأسبوع.

21. حدد أي اتفاق تم مع العامل بشأن الأجر الإضافية (مثل، المكافآت - اشرح طريقة استحقاق المكافآت، ومبلغها وموعد دفعها)

22. اسم الشخص المسؤول عن دفع الأجر ومنصبه

23. ادرج المزايا التي تقدمها جهة العمل (مثل، الإجازة المرضية، والإجازة الشخصية، والعطلات الرسمية، والتأمين الصحي، إلخ)

24. هل سيتم تحصيل رسوم من العمال نظير أي بند؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فأكمل البندين 25 و26 أدناه.

25. اسم ومنصب الشخص الذي سيقوم بتحصيل الرسوم

26. أدرج الرسوم، ومبلغ الرسوم والاقتطاعات الأخرى المخطط خصمها من الراتب، وكذلك الشروط والأحكام غير المالية للوظيفة (توافر المواصلات، والخدمات الطبية، ورعاية الأطفال، والمدارس، إلخ)

اقتطاعات الراتب الأخرى بخلاف الضمان الاجتماعي والضرائب (حدد)	الرسوم الأخرى (حدد)	الشروط والأحكام غير المالية (حدد)
--	---------------------	--------------------------------------

27. البيانات الشخصية

27a. ما هو تاريخ ميلادك؟ (الشهر-اليوم-العام)	27b. ما هو محل ميلادك؟ (الولاية أو البلد)	27c. رقم الضمان الاجتماعي	27d. الطول القدم البوصة	27e. الوزن
		27f. الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	27g. لون الشعر	27h. لون العين

28. هل تمت إدانتك من قبل في جريمة أو مخالفة غير مخالفة السير؟ نعم لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فأجب عما يلي (استخدم أوراقاً إضافية إذا لزم الأمر). يجب استكمال هذا البند.

تاريخ الإدانة	مكان الإدانة	طبيعة الجريمة أو المخالفة	الحكم الصادر بشأنها

29. لا يجوز إصدار تصريح أو شهادة ما لم يتم استلام المستندات المطلوبة (راجع أدناه) وذلك بالنسبة (لكل من المقاول والمزارع) وتوقيعك على الشهادة أدناه.

يجب أن تحصل من شركة التأمين الخاصة بك على نموذج C-105.2 المستكمل لإثبات تغطية تأمين تعويض العمال ونموذج DB-120.1 المستكمل لإثبات تغطية التأمين ضد الإعاقة. يجب تقديم كلا النموذجين إلى هذا المكتب. تتضمن نماذج الإثبات المقبولة الأخرى ما يلي:

• نموذج U-26.3 من صندوق التأمينات بولاية نيويورك

• في حالة التأمين الذاتي، يتم استخدام النموذج SI-12 أو النموذج GSI-105.2 لتأمين تعويض العمال والنموذج DB-155 للتأمين ضد الإعاقة.

في حالة التأمين من خلال صندوق تأمين ولاية نيويورك، يمكنك الاتصال عبر الرقم المجاني 888-875-5790 لطلب نموذج U-26.3 والرقم المجاني 866-697-4332 لطلب نموذج DB-120.1.

إذا لم تكن مسؤولاً مسؤولاً قانونية عن تأمين تعويض العمال و/أو التأمين ضد الإعاقة، فقدم شهادة إعفاء مستكملة البيانات، النموذج CE-200، لهذا المكتب. يمكن الحصول على هذا النموذج عبر الإنترنت من خلال الموقع الإلكتروني: www.wcb.ny.gov. يمكنك الاتصال بمجلس تعويض العمال عبر الرقم 866-298-7830 للحصول على المساعدة في استكمال هذا النموذج.

يجب أن يتحمل مقاولو عمالة المزارع تأمين تعويض العمال عن موظفيهم. يتضمن ذلك سائق الشاحنات والعمال الذين يعينهم مقاول عمال المزارع، ويقوم بنقلهم والإشراف عليهم.

30. اسم ومنصب الشخص الذي سيدفع مقابل بوليصة (بوليصات) التأمين _____ أقر بأن جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة ودقيقة.

31. توقيع المقاول أو مشغل المتجر _____ 32. رقم تعريف جهة العمل الفيدرالي _____ 33. تاريخ التوقيع _____

يقوم المزارع-المعالج بالتوقيع على الطلب.

المعلومات الواردة في الطلب أعلاه للحصول على شهادة تسجيل مقاول عمال المزارع صحيحة ودقيقة. أقر أنا، عند التوقيع على هذا الطلب، وهو طلب مقدم من جانبي للحصول على شهادة تخولني للتعاقد مع مقاول عمال المزارع، بالتزامي بضمان توفير تأمين تعويضات العمال، عند اقتضاء ذلك بموجب الأقسام ذات الصلة من قانون تعويض العمال، لجميع العمال العاملين في مزرعتي (أو مزارعي) أو في مصنع (أو مصانع) المعالجة التابعة لي.

34. توقيع _____ 35. رقم تعريف جهة العمل الفيدرالي (FEIN) _____ 36. تاريخ التوقيع _____