

21. 추가 임금에 대해 근로자와의 어떠한 합의 사항이든 있다면 명시하십시오 (예: 보너스 - 보너스를 받게 되는 경우, 금액 및 지급 시점 설명)	22. 급여 지급 담당자의 이름과 직위
---	-----------------------

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

24. 어떠한 항목이든 근로자에게 청구되는 비용이 있습니까? 예 아니요 예인 경우, 아래의 항목 25와 26을 작성하십시오.

25. 각 청구를 할 사람의 이름과 직위

26. 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)	

27. 인적사항

27a. 귀하께서 언제 태어났습니까? (월-일-년)	27b. 귀하께서 태어난 곳은 어디입니까? (주 또는 국가)	27c. 사회 보장 번호	27d. 키 피트 인치	27e. 체중
		27f. 성별 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	27g. 머리 색깔	27h. 눈 색깔

28. 교통 위반 외에 범죄 또는 위법행위로 유죄 판결을 받은 적이 있습니까? 예 아니요 예인 경우 다음 질문에 답변하십시오 (필요한 경우 여분의 용지 사용). 이 항목은 모두 기입해야 합니다.

유죄판결 날짜	유죄판결 장소	범죄 또는 위법행위 유형	부과된 형

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

귀하의 보험사로부터, 귀하는 산업재해보상보험(WC) 보장을 증명하는 기입 완료된 C-105.2 및 장애보험 보장을 증명하는 기입 완료된 DB-120.1 을 받아야 합니다. 두 서식 모두 본 사무소로 제출되어야 합니다.

기타 허용 가능한 증명 서식:

- SIF에서 발급한 U-26.3
- 자가 보험인 경우, WC에 대한 SI-12 또는 GSI-105.2, 장애를 위한 DB-155.

뉴욕주 보험 기금을 통해 보험에 가입되어 있는 경우, U-26.3 서식 요청은 수신자부담 전화 888-875-5790 번, DB-120.1. 서식 요청은 866-697-4332 번으로 전화하십시오.

WC 및/또는 장애 보험에 대한 책임이 없는 경우, 기입 완료된 CE-200 을 본 사무소로 제출하십시오. 이 서식은 온라인으로 www.wcb.ny.gov에서 얻을 수 있습니다. 이 서식을 얻기 위한 도움은 산재보상위원회, 866-298-7830 번에서 받을 수 있습니다.

농장 근로 계약자는 자신의 근로자를 위해 산업재해보상보험을 지니고 있어야 합니다. 여기엔 농장 근로 계약자가 고용, 수송 및 감독하는 트럭 운전사와 근로자가 포함됩니다.

30. 정책에 대해 지불할 사람의 이름과 직위 _____

본인은 이 신청서에 포함된 모든 정보가 사실이며 정확함을 증명합니다.

31. 계약자 또는 매점 운영자의 서명 _____ 32. FEIN _____ 33. 서명일 _____

재배업자-가공업자에 의해 연서됨

위의 농장 근로 계약자 등록 인증서 신청서에 포함된 정보는 사실이며 정확합니다. 본인은 이 신청서에 연서하여 이를 본인과 농장 근로 계약자가 연계됨을 인가하는 인증서에 대한 본인의 신청서로 만듦으로써, 본인의 농장 또는 가공 공장에 고용된 모든 근로자에게 산업재해보상법 관련 섹션에서 요구하는 산업재해보상보험을 제공해야 할 의무가 본인에게 있음을 인정합니다.

34. _____ 서명, 재배업자 가공업자 35. _____ 연방 고용주 ID# (FEIN) 36. _____ 서명일