

طلب شهادة تسجيل المزارع/ المعالج المهاجر

من 1 أبريل 20 ____ حتى 31 مارس 20 ____

قَدِّم طلبًا منفصلاً لكل مخيم أو موقع ستتم استضافة المهاجرين فيه.

 هل ستحضر خمسة أو أكثر من العمال غير H-2A إلى ولاية نيويورك دون الاستعانة بمقاول؟ نعم لا
 إذا كانت إجابتك "لا"، لا تُكْمَل هذا النموذج. إذا كانت إجابتك "نعم"، أجب عن جميع الأسئلة.
 في كلتا الحالتين، عليك إكمال الرسالة المصاحبة وإعادتها.

يُرَجَى الطباعة باستخدام الحبر أو استخدام الآلة الكاتبة.

1. اسم المزارع/ المعالج. عنوان المراسلات البريدية المدينة - البلدة - القرية الولاية الرمز البريدي المقاطعة رقم الهاتف. ()

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

عدد المهاجرين	4. الولاية (الولايات) أو البلد (البلدان) محل السكن	a4. اللغة (اللغات) الأم	التاريخ التقريبي للتوظيف	
			5. تاريخ بدء عمل المهاجر	6. تاريخ انتهاء عمل المهاجر

 7. المكان الذي سيتم تسكين العمال به. رقم الطريق - الطريق المدينة - البلدة - القرية الولاية الرمز البريدي المقاطعة
 مخيم
 خارج الموقع

 8. هل توفر سكتًا؟ نعم لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فأكمل المعلومات التالية لكي تصف السكن:

 عدد ونوع المباني
 عدد الحمامات
 عدد غرف النوم
 عدد غرف الطعام
 عدد المطابخ
 غرف أخرى (العدد والنوع)

 9. 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 (حدّد)

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

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

المحاصيل الرئيسية	11ب. العمل المنقذ	11ج. المعدل بحسب الصندوق، أو السلة، أو الساعة، إلخ. (حدد سعة الصناديق، أو السلال، إلخ)

 12. متى سيتم دفع الأجر؟ يوميًا أسبوعيًا كل أسبوعين
 13. أي يوم من أيام الأسبوع يتم دفع الأجر؟ عن طريق من؟ المسمى الوظيفي؟
 14. عدد ساعات العمل في اليوم القياسي: (أ) أسبوع العمل؛ (ب) يوم العمل
 15. يوم الراحة*

 16. ساعات أخرى محددة (مثل، الدوام الجزئي)
 17. حدّد أي اتفاق تم مع العامل بشأن الأجر الإضافية (مثل: المكافآت - اشترح طريقة استحقاق المكافآت، ومبلغها، وموعد دفعها)

18. معدلات الوقت الإضافي†:

 *ينص القسم 161.1 من قانون العمل في ولاية نيويورك 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.

20. سيتمّ تحصيل رسوم من العمال نظير أي بنود؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بـ"نعم"، فأكمل البندين 21 و22 أدناه.

21. اسم ومنصب الشخص الذي سيقوم بتحصيل الرسوم.

22. أدرج الرسوم، ومبلغ الرسوم، والاقطاعات الأخرى المخطّط 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)

23. لا يجوز إصدار تصريح أو شهادة ما لم يتم استلام المستندات المطلوبة (راجع أدناه)، وذلك بالنسبة (انظر التالي أدناه) 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، فقمّ شهادة إعفاء مستكملة البيانات، النموذج CE-200، لهذا المكتب. يمكن الحصول على هذا النموذج عبر الإنترنت من خلال الموقع الإلكتروني: www.wcb.ny.gov. في الصفحة الرئيسية، انقر فوق "WC/DB Exemptions"، ثم انقر فوق "Request for WC/DB Exemption". يمكنك الاتصال بمجلس تعويض العمال عبر الرقم 866-298-7830 للحصول على المساعدة في استكمال هذا النموذج. عند الاتصال، انتظر حتى انتهاء القائمة وسوف يقوم شخص ما بمساعدتك.

أقر بأن جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة ودقيقة.

24 رقم تعريف جهة العمل الفيدرالي (FEIN) _____

27. تاريخ التوقيع

26. Title _____

المعالج

المزارع

توقيع

25

لا تسمح الموافقة على هذا الطلب بالعمل بما يتعارض مع أي قانون حد أدنى للأجور ساٍ أو أي اتفاقات أكثر ملاءمة واردة في عقود العمل الحالية لهؤلاء الموظفين من قبل جهة العمل، لنوع العمل نفسه.