



طلب ترخيص وكالة توظيف

استخدم هذا النموذج من أجل التقدم بطلب للحصول على رخصة وكالة توظيف. أجب عن جميع الأسئلة. أرفق أوراقًا إضافية، بحسب الحاجة.

- أرسل النموذج الموقع بالبريد إلى العنوان الوارد أعلاه.
- احرص على كتابة جميع المعلومات المطلوبة والمستندات المدرجة في الصفحة 4.
- بمجرد الحصول على الرخصة، يجب الحصول على موافقة مسبقة من وزارة العمل على أي تغييرات تطرأ على اسم الوكالة، أو العنوان، أو المدير، أو ملكية الوكالة، أو الشركاء، أو المسؤولين عنها أو المساهمين وذلك من أجل استمرار سريان الرخصة.

1. الاسم الذي تمارس الوكالة عملها التجاري بموجبه: _____

2. موقع الوكالة: الشارع ورقمه: _____

المدينة، البلدة، القرية: _____ المقاطعة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

البريد الإلكتروني: _____

3. رقم هاتف الوكالة: _____ 4. رقم تعريف جهة العمل الفيدرالي (FEIN): _____

5. النوع الرئيسي من خدمات التوظيف: _____

6. عدد الموظفين المسؤولين عن تقديم خدمات التوظيف المتوقعة: _____ ملاحظة: الموظفون المسؤولون عن تقديم خدمات التوظيف هم الذين يقضون جانبًا كبيرًا من أوقاتهم في إجراء المقابلات مع المتقدمين للوظيفة أو تقديم المشورة لهم أو إجراء مناقشات معهم بغرض تعيينهم في وظيفة ما أو جلب الوظائف لهم).

7. النوع الملكية (اختر واحدًا): مالك وحيد شراكة تضامن مؤسسة

8. اكتب اسم، وعنوان، والمسمى الوظيفي، ورقم هاتف:

• المالك، في حالة المالك الوحيد

• كلا الشريكين، في حالة شركة التضامن

• جميع المسؤولين، في حالة شركة المساهمة، وكذلك جميع المساهمين الذين يملكون 10% أو أكثر من الأسهم، وذلك في حالة عدم تداول الشركة بشكل عام.

اسم وعنوان مُقَدِّم الطلب:	المسمى الوظيفي	هاتف المنزل

9. اكتب جميع الأنشطة التجارية التي يعمل بها أي شخص تم إدراجه في البند رقم 8، وذلك لمدة خمسة أعوام قبل تاريخ الطلب.

اسم الشخص	اسم وعنوان الشركة:	النشاط التجاري	تاريخ البدء	تاريخ الإنهاء

(استكمل جميع الصفحات.)

10. هل تم رفض، أو إلغاء، أو تعليق، أو إبطال أو تسليم رخصة مزاولة النشاط التجاري لأي شخص مدرج في البند رقم 8؟

نعم لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فيرجى ذكر التفاصيل والأسباب.

اسم الشخص	تاريخ الإجراء	اسم وعنوان الشركة (المدينة، البلدة، القرية، الولاية)	طبيعة النشاط التجاري	أسباب الرفض، إلخ.

11. هل تمت إدانة أي شخص مدرج في البند رقم 8 في جريمة أو مخالفة غير مخالفة السير؟

نعم لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فيرجى ذكر التفاصيل والأسباب.

اسم الشخص	المخالفة	تاريخ الإدانة	المدينة، البلدة، القرية	العقوبة

12. اكتب اسم الشخص الذي سوف يدير أنشطة التوظيف في الوكالة ويقوم بتشغيلها:

ملحوظة: إذا لم يكن الشخص مدرجًا في البند رقم 8، فأرسل "طلب تصريح مدير الوكالة"، LS 355.2 وتخطى البند رقم 13. حيث لا تحتاج إلى الإجابة عنه.

13. خيرات العمل السابقة: اكتب قائمة مفصلة بجميع جهات العمل التي عملت لديها موظفًا لخدمات التوظيف، أو مستشارًا مهنيًا، أو الأنشطة ذات الصلة بما في ذلك العمل الحر.

اسم وعنوان جهة العمل (اكتب اسم آخر جهة عمل أولاً).	تاريخ البدء	تاريخ الإنهاء	<ul style="list-style-type: none"> • مهام الوظيفة: اكتب النسبة المئوية (%) للوقت الذي قضيته في: (a) إجراء مقابلات العمل وتقديم الاستشارات لمقدمي الطلبات (b) فحص، واختيار وتوظيف مقدمي الطلبات (c) التقديم والحصول على أوامر العمل (d) تجهيز الوصف الوظيفي، إلخ. (e) المهام التي لا تتعلق بالوظيفة • اكتب اسم ومنصب المشرف المباشر.

(استكمل جميع الصفحات.)

14. هل ينوي مُقدِّم الطلب توظيف أشخاص من خارج الولاية للعمل كعاملين في المنازل؟
 نعم لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فيرجى تقديم البيانات الخاصة بكل موظف مُغترب.

اسم وعنوان الموظف المُغترب، اكتب البلد وذلك في حالة عمله خارج الولايات المتحدة	رقم الرخصة	تاريخ انتهاء الصلاحية	اسم مسؤول إصدار التراخيص وعنوانه ومسماه الوظيفي

15. هل ينوي مقدم الطلب توفير السكن أو عمل الترتيبات الخاصة بالسكن للمتقدمين للعمل أو لشخص يتعامل مع الوكالة؟

نعم لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فاكتب التفاصيل الخاصة بكل موقع.

اسم وعنوان المبنى الذي سيؤثث فيه السكن	الهاتف	اسم الشخص المسؤول

16. هل يوفر مُقدِّم الطلب تأمين العلاج في المستشفيات للعاملين في المنازل بالخارج؟

نعم لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فاذكر اسم شركة التأمين ورقم وثيقة التأمين.

اسم شركة التأمين: _____ رقم وثيقة التأمين: _____

17. أقسم أن البيانات التي قدمتها في هذا الطلب صحيحة ودقيقة بموجب عقوبات الحنث باليمين.

توقيع المالك إذا كان المالك الوحيد.

توقيع الرئيس وأمين الصندوق إذا كانت شركة مساهمة.

توقيع جميع الشركاء إذا كانت شراكة تضامن. أرفق أوراقاً إضافية، بحسب الحاجة.

توقيع (توقيعات) مُقدِّم الطلب	المسمى الوظيفي	التاريخ

جميع المعلومات والمواد المقدمة تخضع للتحقيق من قبل هذه الوزارة.

(استكمل جميع الصفحات.)

احرص على إرفاق المعلومات والمستندات التالية مع طلبك. قد يؤدي عدم إرفاق المعلومات أو المستندات إلى تأخير أو رفض طلبك.

1. **سند الضمان** الذي يُعيّن "وزارة العمل في ولاية نيويورك" بصفتهم الدائن. مبلغ جزائي قدره 5000 دولار، باستثناء وكالات عرض الأزياء أو الوكالات العاملة في مجال استخدام العاملين في المنازل من خارج البر الرئيسي للولايات المتحدة، وفي هذه الحالة يكون المبلغ الجزائي قدره 10000 دولار.

2. **بيانان يصفان الشخصية (LS 361)** لكل شخص مُدرج في البند رقم 8.

3. **الرسوم:** شيك أو حوالة بريدية بالرسوم المطلوبة تُدفع لمندوب وزارة العمل (راجع النموذج LS 355.3 لمعرفة الرسوم).

4. عينة واحدة لكل من:

- **عقد مُقدّم الطلب**
- **الشروط والأحكام**
- **الاستلام، و**
- **كل نموذج يُطلب من مُقدّم طلب التوظيف تقديمه**

5. **نسخة مُعتمدة من شهادة مزاولة المهنة** قام بكتابتها موظف المقاطعة، وذلك إذا كانت شركة ذات مالك واحد أو شركة تضامن، أو **نسخة مُصوّرة من إيصال تسليم المؤسسة** مقدم لدى وزير الخارجية، وذلك إذا كانت مؤسسة

6. **الحصول على ما يلي من شركة التأمين الخاصة بك:**

- نموذج **C-105.2**، الذي يثبت تغطية تأمين تعويض العمال، و
- ونموذج **DB-120.1**، الذي يثبت تغطية التأمين ضد الإعاقة (تتضمن نماذج الإثبات المقبولة الأخرى ما يلي: في حالة التأمين الذاتي يتم استخدام نموذج U-26.3 من صندوق التأمينات بولاية نيويورك (SIF)، ويتم استخدام النموذج SI-12 أو النموذج GSI-105.2 لتأمين تعويض العمال والنموذج DB-155 للتأمين ضد الإعاقة).

أو، إذا لم تكن مسؤولاً عن تعويض العمال و/أو تأمين الإعاقة، يتم استكمال وتقديم ما يلي:

- نموذج **CE-200**. يتوفر هذا النموذج عبر الموقع الإلكتروني www.wcb.ny.gov انقر فوق "WC/DB Exemptions"، ثم انقر فوق "Request for WC/DB Exemption". يمكنك الاتصال بمجلس تعويض العمال عبر الرقم 866-298-7830 للمساعدة في الحصول على هذا النموذج. عند الاتصال، انتظر حتى انتهاء القائمة وسوف يقوم شخص ما بتقديم المساعدة لك.

7. **استلام بصمة الأصبع:** نسخة من إيصال استلامك للتقارير التي تطلبها Morpho Trust USA (Identogo) بشأن البحث والتحقق من بصمات أصابع جميع الأشخاص المُدرجين في البند رقم 8 من هذا الطلب.

- **ملحوظة:** يجب أن تقوم Morpho Trust USA بتقديم النسخة الأصلية من التقارير إلى هذا المكتب وذلك من أجل استكمال طلبك. راجع ورقة "أخذ بصمات الأصابع" المرفقة، ونموذج LS-358، لمعرفة التعليمات وكذلك الرسوم.

مهم: يجب الحصول على موافقة مسبقة من وزارة العمل على أي تغييرات تطرأ على اسم الوكالة، أو العنوان، أو ملكية المدير، أو الشركاء، أو المسؤولين عنها أو المساهمين وذلك من أجل استمرار سريان الرخصة.