

## Wniosek o przedłużenie licencji agencji zatrudnienia

Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania. Skorzystać z odwrotnej strony, jeśli potrzeba więcej miejsca.

Nr obecnej licencji

Nazwa, pod którą agencja prowadzi obecnie działalność	1A. Główny rodzaj stażu	2. Telefon służbowy
		Nr kierunkowy i nr obszaru
3. Obecny adres prowadzenia działalności    Miasto - Miejscowość - Wieś	Hrabstwo    Kod pocztowy	4. Właściciel: zaznaczyć jedną opcję <input type="checkbox"/> Jednoosobowa działalność gospodarcza <input type="checkbox"/> Spółka cywilna <input type="checkbox"/> Korporacja

5. Średnia liczba pracowników zatrudnionych na stażu w poprzednim roku kalendarzowym: \_\_\_\_\_

(Osoba, która spędza znaczną część swojego czasu na rozmowach kwalifikacyjnych, doradzaniu lub naradach z kandydatami do pracy w celu znalezienia lub uzyskania zatrudnienia)

6. Nazwisko i adres obecnego właściciela. W przypadku spółki wymienić wszystkich partnerów. W przypadku korporacji wymienić wszystkich członków zarządu wraz z odpowiednimi stanowiskami. Jeśli nazwisko właściciela (właścicieli) zmieniło się od czasu wydania ostatniej licencji, należy wystąpić o nową licencję na formularzu wniosku LS 355.

Imię, nazwisko i adres	Stanowisko	Telefon domowy

7. Nazwisko i adres zamieszkania osoby, która kieruje i prowadzi działalność w zakresie pośrednictwa pracy w agencji.

8. Czy wnioskodawca zamierza rekrutować osoby spoza stanu w celu zatrudnienia w charakterze pracowników domowych?  Tak  Nie  
Jeśli „tak”, proszę podać dane dotyczące każdego agenta ds. emigracyjnych. Przedłożyć kserokopię licencji każdego licencjonowanej agenta ds. emigracyjnych.

Nazwisko i adres agenta ds. emigracyjnych	Stan (kraj, jeśli nie USA), w którym prowadzona jest działalność	Nr licencji	Data utraty ważności licencji	Nazwisko, adres i stanowisko urzędnika wydającego licencję

9. Czy wnioskodawca zamierza zapewnić lub zorganizować zakwaterowanie dla kandydatów do pracy lub dla każdej osoby prowadzącej interesy z agencją?

Tak  Nie Jeśli „tak”, proszę podać szczegóły dotyczące każdej lokalizacji.

Nazwa i adres lokalu, w którym będzie zapewnione zakwaterowanie	Nr telefonu	Nazwisko osoby odpowiedzialnej

10. Czy wnioskodawca zapewni ubezpieczenie szpitalne dla zagranicznych pracowników domowych?  Tak  Nie

Jeśli „tak”, proszę podać nazwę firmy ubezpieczeniowej i numer polisy.

Nazwa firmy ubezpieczeniowej	Numer polisy

11. Czy od czasu wydania ostatniej licencji którakolwiek z osób wymienionych w punkcie 6 została skazana za jakiegokolwiek przestępstwo lub wykroczenie inne niż wykroczenie drogowe?  Tak  Nie

Jeśli „tak”, proszę podać pełne informacje.

Do wniosku należy dołączyć:

- a) Gwarancja poręczenia, wskazująca na ludność Stanu Nowy Jork jako wierzyciela, w wysokości 5 000 USD, z wyjątkiem kwoty karnej w wysokości 10 000 USD, wymaganej dla agencji modelek oraz agencji zajmujących się rekrutacją pracowników domowych spoza kontynentalnych Stanów Zjednoczonych.
- b) Czek lub przekaz pieniężny na wymaganą kwotę, płatny na rzecz Komisarza Pracy.
- c) Kserokopię licencji każdego licencjonowanej agenta ds. emigracyjnych.
- d) **Od swojej firmy ubezpieczeniowej** muszą Państwo uzyskać uzupełniony formularz C-105.2 poświadczający fakt zawarcia ubezpieczenia w zakresie odszkodowań pracowniczych oraz uzupełniony formularz DB-120.1 poświadczający fakt zawarcia ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa. Oba formularze należy dostarczyć do tego biura. Inne akceptowalne formy dowodu:
  - U-26.3 z SIF
  - W przypadku samo-ubezpieczenia, formularze SI-12 lub GSI-105.2 potwierdzające ubezpieczenie w zakresie odszkodowań dla pracowników oraz formularz DB-155 potwierdzający ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa.

W przypadku **braku** odpowiedzialności za ubezpieczenie w zakresie odszkodowań dla pracowników i/lub na wypadek inwalidztwa, należy przedstawić w naszym biurze wypełniony formularz CE-200. Formularz można uzyskać online pod adresem [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov). Na stronie głównej kliknąć „Wyłączenia WC/DB”, a następnie „Wniosek o wyłączenie WC/DB”. Można również kontaktować się z Radą ds. Odszkodowań Pracowniczych pod numerem 866-298-7830 w celu uzyskania pomocy w uzyskaniu tego formularza. Dzwoniąc należy czekać do momentu zgłoszenia się operatora, który udzieli stosownego wsparcia.

Niniejszym oświadczam, że powyższe oświadczenia są dokładne i zgodne z prawdą.

12. Podpis właściciela. W przypadku korporacji, podpisy muszą złożyć prezes i skarbnik. W przypadku spółki cywilnej, podpisy muszą złożyć wszyscy partnerzy.

Podpis(-y) osób składających wniosek	Stanowisko	Data

**Wszystkie przekazane informacje i materiały podlegają kontroli Departamentu Pracy.**