

## Wniosek o Świadectwo Rejestracji Pracowników Migrujących dla Plantatorów/Przetwórców

1 kwietnia 20\_\_ do 31 marca, 20\_\_

Należy złożyć osobny wniosek dla każdego obozu lub lokalizacji, w której przebywają pracownicy migrujący.

Czy sprowadzonych będzie pięciu lub więcej pracowników spoza H-2A do Stanu Nowy Jork bez korzystania z usług kontrahenta?

Tak  Nie

**Jeśli odpowiedź brzmi „Nie”, nie wypełniać niniejszego formularza.** Jeśli odpowiedź brzmi „Tak”, należy odpowiedzieć na wszystkie pytania.

W każdym przypadku należy wypełnić i odesłać dołączone pismo.

Proszę wydrukować lub wypełnić maszynowo.

1. Nazwa plantatora/przetwórcy.		Adres korespondencyjny		Miasto - Miejscowość - Wieś		Stan	Kod pocztowy	Hrabstwo	Telefon ( )
2. Nazwa farmy/zakładu.		Nr trasy - Droga		Miasto - Miejscowość - Wieś		Stan	Kod pocztowy	Hrabstwo	Telefon ( )
3. Liczba migrantów	4. Stany macierzyste lub państwa macierzyste	4a. Pierwszy język	Szacowane daty zatrudnienia						
			5. Dzień, w którym migranci rozpoczną pracę		6. Dzień, w którym migranci zakończą pracę				
7. Miejsce, w którym pracownicy będą zakwaterowani.		Nr trasy - Droga		Miasto - Miejscowość - Wieś		Stan	Kod pocztowy	Hrabstwo	
Obóz w hrabstwie <input type="checkbox"/>		Poza miejscem pracy <input type="checkbox"/>							
8. Czy zapewniają Państwo zakwaterowanie?		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		Jeżeli tak, proszę uzupełnić opis miejsca zakwaterowania:					
Liczba i rodzaj budynków		Liczba łazienek		Liczba sypialni		Liczba kuchni			
Liczba jadalni		Inne pomieszczenia		(Liczba i rodzaj)					

9. Czy gospodarstwo komisaryczne będzie sprzedawać żywność lub inne towary w tym miejscu?  Tak  Nie  
 Jakiego rodzaju towary będą sprzedawane lub wypożyczane w tym gospodarstwie komisarycznym?  Posiłki  
 Artykuły spożywcze  Inne (określić)

10. Imię i nazwisko osoby, która będzie prowadzić gospodarstwo komisaryczne i adres, pod którym można się z nią skontaktować.

11. Proszę określić główne uprawy rolne, pracę do wykonania oraz stawki wynagrodzenia dla pracowników za każdy rodzaj pracy.

11A. Główne uprawy rolne	11B. Praca do wykonania	11C. Stawki za pudełko, skrzynię, godzinę itp. (Określić pojemność pudełek, skrzyń itp.)

12. Kiedy wynagrodzenie będzie wypłacane? <input type="checkbox"/> Codziennie <input type="checkbox"/> Co tydzień <input type="checkbox"/> Co dwa tygodnie	13. Którego dnia tygodnia wynagrodzenie będzie wypłacane? Przez kogo? Stanowisko?	14. Liczba godzin standardowego: a) tygodnia pracy; oraz b) dnia pracy	15. Dzień odpoczynku*
---	---	--	-----------------------

16. Inne planowane godziny pracy (np. niepełny wymiar godzin pracy)	17. Wymienić wszelkie umowy zawarte z pracownikiem dotyczące dodatkowych wynagrodzeń (tj. premii - wyjaśnić sposób przyznawania premii, kwotę dodatkowego wynagrodzenia oraz termin wypłaty)
---	--

18. Stawka za nadgodziny†:

\*Sekcja 161.1 Prawa pracy Stanu Nowy Jork: Od 1 stycznia 2020 r. każdemu wykonawcy robót rolnych przysługują co najmniej 24 kolejne godziny odpoczynku na każdy tydzień kalendarzowy. Pracownik może zgodzić się na pracę w dniu odpoczynku, ale musi otrzymać wynagrodzenie 1,5 raza wyższe od regularnej stawki za wszystkie godziny przepracowane w dniu odpoczynku.

†Sekcja 163-a Prawa pracy Stanu Nowy Jork: Od 1 stycznia 2020 r. pracodawcy rolni muszą płacić wynagrodzenie 1,5 raza wyższe od regularnej stawki za wszystkie godziny przepracowane powyżej 60 godzin w tygodniu kalendarzowym.

19. Wymienić świadczenia zapewniane przez pracodawcę (tj. zwolnienie lekarskie, urlop z przyczyn osobistych, urlop, ubezpieczenie zdrowotne itd.).

20. Czy pracownicy będą płacić za jakieś artykuły?  Tak  Nie Jeżeli tak, wypełnić punkty 21 i 22.

21. Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby, która będzie pobierać opłatę.

22. Wymienić opłaty, kwotę opłat oraz wszystkie inne planowane odliczenia od wynagrodzenia, jak również pozaekonomiczne warunki i postanowienia zatrudnienia (dostęp do transportu, usług medycznych, opieki nad dziećmi, edukacji itd.)

Odliczenia od wynagrodzenia inne niż ubezpieczenie społeczne i podatki (określić)	
Inne opłaty (określić)	
Pozaekonomiczne warunki i postanowienia (określić)	

23. Nie można wydać żadnego pozwolenia ani świadectwa, o ile nie zostaną otrzymane wymagane dokumenty (patrz poniżej) i podpisane zostanie poniższe zaświadczenie.

**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. Obydwa formularze należy dostarczyć do naszego biura. Inne akceptowalne formy dowodu:

- Formularz 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 ubezpieczenia w Funduszu Ubezpieczeniowym Stanu Nowy Jork, dzwonić pod bezpłatny numer 888-875-5790, aby uzyskać formularz U-26.3 oraz pod numer 866-697-4332, aby uzyskać formularz DB-120.1.

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 wszystkie informacje zawarte we wniosku są prawdziwe i dokładne.

24. Federalny Numer Identyfikacyjny Pracodawcy (FEIN) \_\_\_\_\_

25. \_\_\_\_\_  
Podpis  Plantatora  Przetwórcy

26. Stanowisko

27. Data, podpis