



**栽培業者/加工業者のための移民登録証明書の申請**

20\_\_\_\_年4月1日～20\_\_\_\_年3月31日

移民が居住している各キャンプまたはロケーションの申請書を別途提出してください。

請負業者を使わずに、ニューヨーク州内へ非H-2A労働者を5名以上連れてくる予定ですか？  はい  いいえ

回答が「いいえ」の場合、このフォームには記入しないでください。回答が「はい」の場合は、すべての質問に回答してください。いずれの場合も、添付文書を記入して返送してください。

インクで印刷するか、タイプライターを使用してください。

1. 栽培業者/加工業者の名前。 郵送先住所 市 - 町 - 村 州 郵便番号 国 電話番号 ( )

2. 農園/工場の名前。 道路番号 - 道路 市 - 町 - 村 州 郵便番号 国 電話番号 ( )

3. 移民の人数	4. 出身州または出身国	4a. 主要言語	おおよその勤務日数	
			5. 移民が作業を開始する日	6. 移民が作業を終える日

7. 労働者が居住している場所。 道路番号 - 道路 市 - 町 - 村 州 郵便番号 国  
 キャンプ   
 オフサイト

8. 住居を提供しますか？  「はい」  「いいえ」 「はい」の場合は、住居を説明する以下の情報を記入してください。  
 建物の数と種類 \_\_\_\_\_  
 浴室の数 \_\_\_\_\_ 寝室の数 \_\_\_\_\_ 台所の数 \_\_\_\_\_  
 ダイニングルームの数 \_\_\_\_\_ 他の部屋 \_\_\_\_\_ (数とタイプ) \_\_\_\_\_

9. この場所には食料品か他の商品を販売する売店がありますか？  はい  いいえ  
 この売店では、どのような種類の商品が販売されたり、賃貸されたりしますか？  食事  食料雑貨類  その他 (具体的に)

10. 売店を運営する予定の担当者の氏前と連絡先の住所。

11. 主な作物、作業予定の内容、各作物の作業内容に対する労働者の賃金をリストアップしてください。

11A. 主な作物	11B. 作業予定の内容	11C. 1箱当たり、1ビン当たり、1時間当たりの料金など。(箱、ビンなどの容量を明記)。

12. 賃金はいつ支払われますか？ <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 2週間おき	13. 賃金は、何曜日に支払われますか？ 誰によってですか？ 役職名は？	14. 標準的な労働時間数： a) 1週間 b) 1日	15. 休日*
--	--	-----------------------------------	---------

16. その他の予定された時間 (パートタイムなど)  
 17. 追加賃金について、労働者と交わした合意を明記してください (例: ボーナスの場合は、ボーナスの獲得方法、金額、支払い時期を記入)。

18. 残業代†:

\*NYS労働法第161.1条: 2020年1月1日より、農業労働者の全員に、各暦週に少なくとも連続24時間の休息が与えられるものとする。従業員は、休息日に働くことに同意できるが、休息日に働いた全時間に対して通常の賃金の1.5倍の賃金の支払いを受けなければならない。  
 †NYS労働法第163-a条: 2020年1月1日より、農業雇用主は、暦週で60時間を超えるすべての労働時間に対して、通常の賃金の1.5倍を支払わなければならない。

19.雇用主が提供する福利厚生（病気休暇、個人的な休暇、休日、健康保険など）をリストアップしてください。

20.労働者に課金される項目が何かありますか？  はい  いいえ 「はい」の場合は、以下の項目21と項目22に記入してください。

21.各課金を行う担当者の氏名と役職。

22.料金、料金額、その他予定されている全部の給与控除、および非経済的な雇用条件（交通の便、医療サービス、子供の世話、学校教育など）を記入してください。

SSと税金以外の給与控除（要説明）	
その他の料金（要説明）	
経済的でない条件（要説明）	

23. 必要書類（以下を参照）を受け取り、以下の証明書に署名しない限りは、許可証か証明書を発行することはできません。

**保険会社からは、労働者災害補償保険の加入を証明するC-105.2、障害者保険の加入を証明するDB-120.1の記入済みの文書**を入手する必要があります。当事務所に、両方の書類を提出することになります。

その他の証拠として認められる文書：

- SIFからのU-26.3
- 自己負担の場合、WCはSI-12またはGSI-105.2となり、障害者はDB-155となります

NY State Insurance Fund（NY州保険基金）を通じて保険に加入している場合は、フリーダイヤル888-875-5790でフォームU-26.3、866-697-4332でフォームDB-120.1を請求することができます。

WCや障害者の保険に加入していない場合は、記入済みのCE-200を当事務所に提出してください。このフォームは、[www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov) からオンラインで入手することができます。ホームページで「WC/DB Exemptions（免除）」をクリックし、「Request for WC/DB Exemption（免除要求）」をクリックします。このフォームの入手については、Workers' Compensation Board（労働者災害補償委員会）（866-298-7830）に問い合わせることができます。お電話でのお問い合わせの際には、メニューが終了するまでお待ちになりますと、担当者が対応するようになります。

私は、本申請書に記入した全ての情報が真実かつ正確であることをここに証明します。

24.連邦雇用者識別番号（FEIN） \_\_\_\_\_

25. \_\_\_\_\_ 26.職位 \_\_\_\_\_ 27.署名日 \_\_\_\_\_  
 栽培業者  加工業者の  署名

本申請の承認は、準拠する最低賃金法、またはこの雇用主によるこれらの雇用者のための既存の労働契約に含まれる、同類の仕事についてのより有利な合意に反する雇用を許可しません。