



## Заявление на получение лицензии агентства по трудоустройству

Используйте эту форму, чтобы подать заявку на получение лицензии агентства по трудоустройству. Ответьте на все вопросы. При необходимости прикрепите дополнительные листы.

- Отправьте подписанное заявление по указанному выше адресу.
- Обязательно укажите всю необходимую информацию и документы, перечисленные на странице 4.
- После получения лицензии любое изменение названия агентства, адреса, менеджера, владельца, партнеров, должностных лиц или акционеров требует предварительного одобрения Департамента труда, чтобы лицензия оставалась в силе.

1. Указанное агентство будет вести бизнес по: \_\_\_\_\_
2. Местоположение агентства: Номер дома и улица: \_\_\_\_\_  
 Город, поселок, деревня: \_\_\_\_\_ Округ: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_  
 Почтовый индекс: \_\_\_\_\_ Электронная почта: \_\_\_\_\_
3. Телефон агентства: \_\_\_\_\_ 4. Федеральный идентификационный номер работодателя (FEIN): \_\_\_\_\_
5. Основной тип размещения: \_\_\_\_\_
6. Ожидаемое количество трудоустроенных сотрудников: \_\_\_\_\_ (Примечание: Сотрудники по трудоустройству — это те, кто тратит большую часть своего времени, проводя собеседования, консультируя или разговаривая с претендентами на работу с целью трудоустройства или получения работы.)
7. Тип владельца (отметьте один):  Индивидуальный предприниматель  Партнёрство  Корпорация
8. Укажите имя, адрес, должность и номер телефона:
  - Собственник, если это индивидуальный предприниматель
  - Каждый партнер, это если партнерство
  - Все должностные лица, если это корпорация, и каждый акционер, владеющий 10% или более акций, если они не обращаются на бирже.

Имя и домашний адрес заявителя	Заголовок	Домашний телефон

9. Для каждого человека в пункте 8 перечислите всю деловую деятельность, которой они занимались в течение пяти лет до даты подачи настоящего заявления.

Имя человека	Название и адрес фирмы	Активность	Дата начала	Дата окончания

(Заполните все страницы.)

10. Имел ли кто-либо из перечисленных в пункте 8 лицензию на ведение бизнеса, в которой было отказано, аннулировано, приостановлено, отозвано или сдано?  Да  Нет Если «Да», укажите подробности и причины.

Имя человека	Дата действия	Название и адрес предприятия (город, поселок, деревня, штат)	Характер деятельности	Причина отказа и т.д.

11. Был ли кто-либо, указанный в пункте 8, когда-либо осужден за преступление или правонарушение, кроме нарушения правил дорожного движения?  Да  Нет Если «Да», укажите подробности и причины.

Имя человека	Нарушение	Дата осуждения	Город, Поселок, Деревня	Штраф

**12. Назовите имя человека, который будет руководить и осуществлять деятельность агентства по размещению:**

\_\_\_\_\_ **Примечание:** Если это лицо не указано в пункте 8, подайте «Заявление на получение разрешения менеджера агентства», LS 355.2 и пропустите пункт 13. На него не нужно отвечать.

13. История работы: Предоставьте подробный список каждого работодателя, у которого вы работали в качестве сотрудника по трудоустройству, профессионального консультанта или в смежных видах деятельности; включая самозанятость.

Полное имя/наименование и адрес работодателя (Сначала укажите последнего работодателя.)	Дата начала	Дата окончания	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обязанности: Укажите процент (%) времени, потраченного на:               <ol style="list-style-type: none"> <li>проведение собеседований и консультирование соискателей</li> <li>поиск, отбор и размещение кандидатов</li> <li>сбор и получение заказов на работу</li> <li>подготовку должностных инструкций и т.д.</li> <li>несвязанные обязанности</li> </ol> </li> <li>• Укажите имя и должность непосредственного руководителя.</li> </ul>

(Заполните все страницы.)

14. Будет ли заявитель нанимать людей из-за пределов штата для работы в качестве домашней прислуги или домашнего персонала?  Да  Нет Если «Да», дайте подробную информацию о каждом агенте-эмигранте.

Полное имя/наименование и адрес эмигрантского агента, включая страну, если он не работает в США.	Лицензионный номер	Дата окончания срока	Полное имя, адрес и должность выдавшего должностного лица

15. Намерен ли заявитель предоставить или организовать жилье для претендентов на работу или для людей, ведущих бизнес с агентством?  Да  Нет Если «Да», дайте подробную информацию о каждом месте.

Название и адрес помещения, в котором будет предоставлено жилье	Телефон	Имя ответственного лица

16. Предоставляет ли заявитель страховку на случай госпитализации для домашних или местных работников из-за границы?  Да  Нет Если «Да», укажите название страховой компании и номер полиса.

Название страховой компании: \_\_\_\_\_ Номер полиса: \_\_\_\_\_

17. **Я клянусь, что** утверждения, сделанные в этом заявлении, правдивы и точны, несмотря на наказание за лжесвидетельство.

Если это индивидуальный предприниматель, подпись владельца.

Если это корпорация, подписи президента и казначая.

Если это товарищество, подписи всех партнеров. При необходимости прикрепите дополнительные листы.

Подпись(и) заявителя	Заголовок	Дата

Вся представленная информация и материалы подлежат изучению Департаментом.

**(Заполните все страницы.)**

**Обязательно включите в свое заявление следующую информацию и документы.** Отсутствие информации или документов может привести к задержкам, или ваше заявление может быть отклонено.

1. **Поручительство** с указанием «Департамента труда штата Нью-Йорк» в качестве кредитора. Сумма штрафа составляет 5000 долларов США, если агентство не является модельным агентством или агентством, занимающимся набором домашней прислуги или домашнего персонала из-за пределов континентальной части Соединенных Штатов, тогда сумма штрафа составит 10 000 долларов США.
2. **Два описания личности** (LS 361) для каждого человека, указанного в пункте 8.
3. **Платеж:** Чек или денежный перевод на необходимую плату, выплачиваемую Уполномоченному по труду (см. LS 355.3 о сборах).
4. По одному образцу каждого из:
  - **Контракт с заявителем**
  - **Условия и положения**
  - **Квитанция и**
  - **Каждая форма**, которую претендент на трудоустройство должен заполнить
5. **Заверенная копия свидетельства о ведении бизнеса**, поданная секретарю округа, если это единоличный владелец или товарищество, или **Фотокопия квитанции о корпоративной подаче**, отправленной Государственному секретарю, если это корпорация
6. От вашей страховой компании заполнено:
  - **C-105.2**, подтверждающая компенсационное страхование работников, и
  - **DB-120.1**, подтверждающая страхование по инвалидности.  
(Другие приемлемые формы доказательства: U-26.3 от SIF; при самостраховании — SI-12 или GSI-105.2 для WC и DB-155 для инвалидности.)

Или, если вы не несете ответственности за компенсацию работникам и/или страхование по инвалидности, заполните:

  - форму **CE-200**. Эту форму можно найти на сайте [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov). Нажмите «Исключения из WC/DB», затем нажмите «Запросить освобождение от WC/DB». Вы можете обратиться в Совет по компенсациям работникам по телефону 866-298-7830, чтобы получить помощь в получении этой формы. При звонке подождите, пока меню не закроется, и вам кто-нибудь поможет.
7. **Квитанция по отпечатку пальца:** Копия вашей квитанции от Morpho Trust USA (Identogo) за необходимые отчеты о поиске по отпечаткам пальцев и проверке каждого лица, указанного в пункте 8 настоящего заявления.
  - **Примечание:** Фактические отчеты должны быть представлены в этот офис компанией Morpho Trust USA для подачи вашего заявления. Инструкции, включая сборы, см. в прилагаемом листе «отпечатков пальцев» LS-358.

**Важный:** Любое изменение названия агентства, адреса, владельца менеджера, партнеров, должностных лиц или акционеров требует предварительного одобрения Департамента труда, чтобы лицензия оставалась в силе.