



职业介绍许可证申请表

使用本表申请职业介绍许可证。回答所有问题。如有需要，请另附纸张。

- 将已签名的申请表邮寄至上述地址。
- 务必附上第 4 页列出的所有必要信息和文件。
- 获得许可后，对机构名称、地址、经理、所有权、合作伙伴、高级职员或股东的任何变更都需要获得劳工部的事先批准，才能使此许可证保持有效。

1. 机构开展业务将使用的名称: _____

2. 机构地点: 街道名称与门牌号码: _____

市、镇、村: _____ 县: _____ 州: _____ 邮编: _____

电子邮件地址: _____

3. 机构电话号码: _____ 4. 联邦雇主识别号(FEIN): _____

5. 主要安置类型: _____

6. 预计安置员工人数: _____ (注意: 安置员工是指为了安排或获得工作而花费大量时间与求职者进行面试、咨询或交谈的人员。)

7. 所有者类型 (请勾选一项): 独资 合伙 企业

8. 请列出以下人员的姓名、地址、职位和电话号码:

- 所有者 (如果是独资)
- 每个合伙人 (如果是合伙)
- 所有高级职员 (如果是企业) 和持有 10%或更多股票的每位股东 (如果公司尚未上市)

申请人姓名和家庭住址	职位	家庭电话

9. 对于第 8 项中的每个人, 请列出他们在申请日期之前的五年中从事的所有商业活动。

人员姓名	公司名称和地址	活动	开始日期	结束日期

(请填写所有页面。)

10. 第 8 项中列出的任何人的营业执照是否已被拒绝、取消、暂停、吊销或放弃？

是 否 如果“是”，请提供详细信息和原因。

人员姓名	行动日期	企业名称和地址 (市、镇、村、州)	企业性质	拒绝原因等

11. 第 8 项中的任何人是否曾被判犯有除交通违规以外的犯罪或违法行为？

是 否 如果“是”，请提供详细信息和原因。

人员姓名	违法行为	定罪日期	市、镇、村	处罚

12. 请提供将指导和运营机构安置活动的人员姓名：

_____ 注意：如果此人未在第 8 项中列出，请提交一份“机构经理许可证申请表”LS 355.2 并跳过第 13 项。此项无需回答。

13. 工作经历：请详细列出您曾担任安置员工、职业顾问或从事相关活动的每位雇主；包括自雇。

雇主名称和地址 (先列出最近的雇主。)	开始日期	结束日期	<ul style="list-style-type: none"> • 职责：列出在以下方面所花费时间的百分比(%)： <ul style="list-style-type: none"> a) 对求职者进行面试和咨询 b) 筛选、选择和安置求职者 c) 征求和获得招工请求 d) 编写工作描述等 e) 非相关职责 • 提供直接主管的姓名和职位。

(请填写所有页面。)

14. 申请人是否会从州外招聘人员作为家庭雇员？

是 否 如果“是”，请提供每个移民代理的详细信息。

移民代理的名称和地址 如果不在美国运营，请填写国家	执照编号	到期日期	签发官员的姓名、地址和职位

15. 申请人是否打算为求职者或与机构开展业务的人员提供或安排住宿？

是 否 如果“是”，请提供每个地点的详细信息。

提供住宿所在场所的名称和地址	电话	负责人姓名

16. 申请人是否为来自海外的家庭雇员提供住院保险？

是 否 如果“是”，请提供保险公司名称和保单号。

保险公司名称：_____ 保单号：_____

17. **本人宣誓**，本申请表中的陈述真实准确，如有伪证，愿受处罚。

如果是独资，则由所有者签名。

如果是企业，则由总裁和财务主管签名。

如果是合伙，则由所有合伙人签名。如有需要，请另附纸张。

申请人签名	职位	日期

提交的所有信息和材料均须接受劳工部的调查。

(请填写所有页面。)

请务必随您的申请表附上以下信息和文件。缺少信息或文件可能会导致延误或您的申请遭拒。

1. 以“纽约州劳工部”为债权人的**担保保证金**。罚款金额为\$5,000，除非该机构是模特经纪公司或从事从美国大陆境外招聘家庭雇员的机构，否则所需的罚款金额为\$10,000。
2. 第 8 项中列出的每个人的**两份品格声明**(LS 361)。
3. **费用**：支付所需费用的支票或汇票，收款人为“Commissioner of Labor”（有关费用，请参见 LS 355.3）。
4. 以下各项均一个样本：
 - **申请人合同**
 - **条款与条件**
 - **收据，以及**
 - **求职者需要填写的每份表格**
5. 如果是独资业主或合伙，则附上向郡办事员提交的**营业执照的认证副本**，或如果是企业，则附上向州务卿提交的**公司受理通知书复印件**
6. 由您的保险公司填写的以下表格：
 - **C-105.2**，证明工伤补偿保险范围，以及
 - **DB-120.1**，证明伤残保险范围
(其他可接受的证明形式：SIF 提供的 U-26.3；如果是自我保险，针对 WC 提供 SI-12 或 GSI-105.2，针对伤残提供 DB-155。)

或者，如果您不负责工伤补偿和/或伤残保险，则附上填写的以下表格：

 - **CE-200** 表。该表可在 www.wcb.ny.gov 找到。点击“WC/DB Exemptions (WC/DB 豁免)”，然后点击“Request for WC/DB Exemption (申请 WC/DB 豁免)”。如需协助获取本表格，请致电 866-298-7830 联系工伤补偿委员会。致电时，请耐心等待菜单播报完毕后转入人工帮助。
7. **指纹收据**：Morpho Trust USA (Identogo) 提供的收据复印件，用于本申请表第 8 项中所列每个人的指纹搜索和验证报告。
 - 注意：实际报告必须由 Morpho Trust USA 提交给该办公室才能完成您的申请。有关包括费用在内的说明，请参见随附的“指纹采集”表 LS-358。

重要事项：对机构名称、地址、经理、所有权、合作伙伴、高级职员或股东的任何变更都需要获得劳工部的事先批准，才能使此许可证保持有效。