Division of Labor Standards
Permit and Certificate Unit, Room 266A
State Office Campus, Building 12
Albany, NY 12240

Domanda di autorizzazione per agenzia di collocamento

Rispondere a tutte le domande presenti su entrambe le facciate del modulo. Se necessario, allegare fogli supplementari.

1A. Nome con cui opera l'agenzia	1B. Tipo di collocamento principale	1C. FEIN	2. Numero di telefono dell'attività (prefisso e numero di telefono)

3. Sede dell'agenzia	Città/Località	Contea	Codice postale

4. Titolare (barrare una casella):
   - ☐ Proprietario unico
   - ☐ Società di persone
   - ☐ Azienda

5. Numero totale previsto di dipendenti addetti al collocamento: _____
(Persona che dedica buona parte del suo tempo allo svolgimento di colloqui, sedute di consulenza o incontri con candidati con l'obiettivo di assegnare o procurare un impiego)

6. Nome e indirizzo del titolare, se proprietario unico, o di ciascun socio, in caso di società di persone, oppure di tutti gli amministratori, se si tratta di un'azienda, e di ogni azionista che detenga almeno il 10% delle quote azionarie, se la società non è quotata in borsa.

Nome e indirizzo di residenza	Qualifica	Numero di telefono

7. Indicare tutte le attività commerciali svolte dalle persone sopra indicate nei cinque anni precedenti alla data della presente domanda.

Nome della persona	Nome e indirizzo dell'azienda	Attività	Data di inizio	Data di fine

8A. A una delle persone elencate al punto 6 è mai stata negata, cancellata, sospesa o revocata un'autorizzazione commerciale, oppure vi ha rinunciato lei stessa? ☐ Sì ☐ No Se sì, indicare dettagli e motivazioni al punto 8B.

8B. Dettagli su rifiuto, cancellazione, ecc.

Nome della persona	Data del provvedimento	Nome e indirizzo dell'attività (città/località/stato)	Tipo di attività	Motivi del rifiuto, ecc.

9. Qualcuna delle persone elencate al punto 6 è stata dichiarata colpevole di reati o illeciti diversi da infrazioni del codice della strada?
☐ Sì ☐ No Se sì, indicare dettagli e motivazioni al punto 8B.

Nome della persona	Reato	Data della condanna	Città/Località	Sanzione

10A. Nome della persona che sarà responsabile gestionale delle attività di collocamento dell'agenzia.

Se questa persona non è indicata al punto 6, occorre richiedere una "Domanda di licenza per direttore d'agenzia" e non sarà necessario compilare il punto 10B (sul retro).

(Compilare tutti i punti sul retro.)

10B. Elencare ciascun datore di lavoro per il quale la persona indicata al punto 10A ha lavorato come dipendente addetto al collocamento, consulente professionale o in altri ruoli simili. Includere anche le prestazioni di lavoro autonomo. Indicare la durata di ciascun rapporto di lavoro e le mansioni svolte, a partire dal più recente.

Nome e indirizzo	Data di inizio	Data di fine	Mansioni (Indicare nel dettaglio la percentuale di tempo dedicato a: colloqui e sedute di consulenza con i candidati; valutazione, selezione e assegnazione dei candidati; ricerca di offerte di lavoro; preparazione dei profili, ecc.; altre attività. Indicare nome, qualifica e numero di telefono del diretto supervisore.)

11. Il richiedente intende selezionare persone provenienti da altri stati con la qualifica di collaboratori domestici? ☐ Sì ☐ No
Se sì, indicare i dati di ciascun agente per i lavoratori emigrati. Fornire una copia dell'autorizzazione di ciascun agente autorizzato.

Nome e indirizzo dell'agente per i lavoratori emigrati	Stato (nazione, se fuori dagli USA) in cui opera	Numero di autorizzazione	Data di scadenza dell'autorizzazione	Nome, indirizzo e qualifica del funzionario responsabile

12. Il richiedente intende offrire o procurare alloggio ai candidati o ad altre persone che hanno rapporti commerciali con l'agenzia?
☐ Sì ☐ No Se sì, indicare i dati di ciascun alloggio.

Nome e indirizzo della sede dell'alloggio	Numero di telefono	Nome del responsabile

13. Il richiedente offre ai collaboratori domestici originari di paesi stranieri una copertura assicurativa per il ricovero ospedaliero?
☐ Sì ☐ No Se sì, indicare il nome.

Nome della compagnia assicurativa	Numero di polizza

La domanda deve essere accompagnata da:

(a) Garanzia bancaria avente come beneficiari i cittadini dello stato di New York, per un importo di 5.000 $, oppure di 10.000 $ in caso di agenzie di moda o agenzie di selezione di collaboratori domestici provenienti da paesi al di fuori degli Stati Uniti continentali.
(b) Due attestati di buona condotta per ogni persona indicata al punto 6 della presente domanda.
(c) Assegno o vaglia per la commissione richiesta, intestata al Commissioner of Labor.
(d) Due copie di termini e condizioni contrattuali per candidati, di una ricevuta, e di tutti i moduli che il candidato è tenuto a compilare.
(e) Copia dell'autorizzazione di ciascun agente per i lavoratori emigrati autorizzato.
(f) Se il titolare è un proprietario unico o una società di persone, copia autenticata del certificato d'attività depositato presso la cancelleria di contea. Se il titolare è un'azienda, copia della ricevuta di registrazione depositata presso la Segreteria di stato.
(g) Richiedere alla **compagnia di assicurazioni** un modulo C-105.2 compilato come prova della copertura della Workers' Compensation Insurance (Polizza contro gli infortuni sul lavoro), oltre a un modulo DB-120.1 compilato come prova della copertura della Disability Insurance (Assicurazione per invalidità), da consegnare al nostro ufficio. (Altri moduli di attestazione validi sono: U-26.3 del Fondo assicurativo dello Stato di New York - NYSIF; in presenza di un'altra assicurazione indipendente, modulo SI-12 o GSI-105.2 per gli infortuni sul lavoro e DB-155 per le disabilità.)
   - Se **non** è richiesta l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e/o per disabilità, presentare il modulo CE-200 compilato al nostro ufficio. Questo modulo è disponibile sul sito www.wcb.ny.gov. Fare clic su "WC/DB Exemptions" (Esenzioni WC/DB), poi fare clic su "Request for WC/DB Exemption" (Richiesta esenzioni per WC/DB). È possibile contattare il Workers' Compensation Board (Comitato infortuni sul lavoro) al numero 866-298-7830 per ottenere assistenza per la richiesta del modulo. Al momento della chiamata, attendere che vengano elencate tutte le opzioni per parlare con un operatore che possa offrire assistenza.
(h) Se il titolare è un'azienda, copia conforme o fotocopia del verbale d'assemblea che attesti l'elezione degli amministratori.
(i) Copia della ricevuta dei Servizi di registrazione (Enrollment Services) L-1 indicante l'esito del rilevamento e verifica delle impronte digitali per ciascuna persona elencata al punto 6 della presente domanda. (I documenti devono essere trasmessi al nostro ufficio dai Servizi di registrazione L-1 affinché la domanda possa essere considerata completa. Si veda il foglio informativo sulle impronte digitali LS-358 per le istruzioni e i costi.)

Importante: Occorre informare tempestivamente l'ufficio in caso di modifiche relative a nome, indirizzo, dirigenza, proprietà, soci, amministratori o azionisti dell'agenzia. Potrebbe essere necessaria l'approvazione anticipata di tali modifiche.

Dichiaro, consapevole delle sanzioni penali in cui può incorrere chi rilascia dichiarazioni mendaci, che le affermazioni contenute nella presente domanda sono veritiere.

14. Firma del titolare. Se il titolare è un'azienda, firme di presidente e tesoriere. Se il titolare è una società di persone, firme di tutti i soci.

Firma dei richiedenti	Qualifica	Data

TUTTE LE INFORMAZIONI E LA DOCUMENTAZIONE SONO SOGGETTE A VERIFICA DA PARTE DEL NOSTRO DIPARTIMENTO.