

Office Use Only:	
LS ID	_____
LCM	_____
PV	<input type="checkbox"/> Priority _____
Taken by	_____
Date	_____

श्रम मानक शिकायत फॉर्म

इस फॉर्म का उपयोग अवैतनिक मजदूरी, अवैध कटौती, वेतन पूरक, न्यूनतम वेतन, ओवरटाइम, भोजन की अवधि नहीं, कोई अवकाश नहीं, आराम का कोई दिन नहीं आदि का दावा करने के लिए करें।

नोट: यह शिकायत फॉर्म अंग्रेजी के अलावा अन्य भाषाओं में उपलब्ध है। New York राज्य में काम करने वाला कोई भी व्यक्ति New York राज्य श्रम विभाग (Department of Labor) को शिकायत कर सकता है। इस फॉर्म को भरने से पहले दावा दायर करने के बारे में जानकारी (LS223.2) पढ़ना सुनिश्चित करें।

कृपया अपने दावे से संबंधित प्रत्येक भाग के लिए सभी प्रश्नों के उत्तर दें। पूरी जानकारी प्रदान करने से हमें आपकी शिकायत की समीक्षा करने और उसे जांच के लिए स्वीकार करने में सहायता मिलती है। अपने भरे हुए फॉर्म को ऊपर दिए गए पते पर वापस भेज दें।

यदि हमारे पास आगे बढ़ने के लिए पर्याप्त जानकारी नहीं है या यदि आपका दावा अमान्य प्रतीत होता है तो हम आपसे संपर्क करेंगे। इस फॉर्म को कैसे भरना है इस बारे में प्रश्न पूछने के लिए (888) 469-7365 पर कॉल करें।

हम निम्नलिखित वेतन या पूरक दावों को स्वीकार नहीं कर सकते:

- New York राज् यकेबाहर किए गए कार्य के लिए।
- शफल ासनिक, कार्यकारी, या पेशेवर क्षमता मे नियो ि चजतकिसी भी व यक तक्के जो फल ति सफ ताक्कु \$1300 से अधिक कमाता है (उन हैं ा\$ 190[7] और 198-c[3] केतहत कवरेज से बाहर रखा गया है)।
- एक सार्वजनिक इकाई जैसे कि कोई शहर, काउं ट्री शहर द वारनियो ि चजत्त यक तक्तयोंसे।
- उन व यक तक्तयोंसे जो अपने लिए व यवसायकरते हैं ।
- सार्वजनिक कार्य परियोजना पर किए गए कार्य के लिए (फॉर्म PW-4 का उपयोग करे)।

भाग 1. दावा दायर करने वाला व यक तक्कर्मचारी/शिकायतकर्ता संबंधी जानकारी)

1. नाम: (प्रथम) _____ (मध्य) _____ (अंतिम) _____
2. अन्य नाम जिससे आप काम पर जाने जाते हो: _____
3. डाक पता: नहीं: _____ स्ट्रीट: _____ अपार्टमेंट # _____
शहर/कस्बा: _____ काउंटी: _____ राज्य: _____ ज़िप कोड: _____
4. फ़ोन: (_____) _____ 5. अन्य फ़ोन: (_____) _____
6. ईमेल: _____ 7. आपकी मुख्य/पसंदीदा भाषा: _____

भाग 2. जिनकेके खिलाफ दाव दायरा किया गया (व्यवसाय/व्यवसाय के स्वामी की जानकारी)

- 8a. व्यवसाय का नाम: _____
- 8b. कानूनी नाम (यदि भिन्न हो): _____
- 8c. कानूनी निकाय प्रकार: व्यक्ति LLC भागीदारी कॉर्पोरेशन अन्य: _____
- 8d. डाक पता: नं.: _____ स्ट्रीट: _____ तल/कमरा/सुइट#: _____
शहर/कस्बा: _____ काउंटी: _____ राज्य: _____ ज़िप कोड: _____
- 8e. व यवसायफ़ोन: (_____) _____ 8f. ईमेल: _____

- 9a. मालिक (मालिकों) का (के) नाम और पद: _____
- 9b. डाक पता: नं.: _____ स्ट्रीट: _____ अपार्टमेंट #: _____
शहर/कस्बा: _____ काउंटी: _____ राज्य: _____ ज़िप कोड: _____
- 9c. मालिक का फ़ोन: (_____) 9d. ईमेल: _____
10. व्यापार का प्रकार: रेस्टोरेंट रिटेल स्टोर घरेलू सहायता भवन निर्माण कार्यालय अन्य: _____
11. व्यवसाय के काम के घंटे: _____ 12. कर्मचारियों की कुल #: _____
- 13a. क्या कंपनी अब भी काम करती है? हाँ नहीं 13b. अगर "नहीं," तो व्यवसाय कब बंद हुआ? _____
14. नियोक्ता के बैंक का नाम और स्थान (चेक या चेक स्टब की प्रति जोड़ें): _____
15. क्या नियोक्ता ने दिवाला निकाला है? हाँ नहीं अज्ञात

भाग 3. दावा दायर करने वाला व्यक्ति (नौकरी संबंधी जानकारी)

16. आपका पद नाम: _____ 17. आपके द्वारा किए गए काम का प्रकार: _____
18. नियुक्ति की तिथि: _____ 19. आपको नियुक्त करने वाले व्यक्ति का नाम और पद: _____
20. आपके प्रबंधक/पर्यवेक्षक/फोरमैन का नाम: _____
21. आपको वेतन देने वाले व्यक्ति का नाम: _____
22. कार्यस्थल का पता: नं.: _____ स्ट्रीट: _____ तल/कमरा/सुइट#: _____
शहर/कस्बा: _____ काउंटी: _____ राज्य: _____ ज़िप कोड: _____
23. क्या आप काम के लिए नियमित रूप से New York राज्य के बाहर जाते रहते हैं? हाँ नहीं
24. व्यवसाय से आप का संबंध: अभी भी नियोजित निकाल दिए गए छोड़ दी अस्थायी रूप से नौकरी से मुक्त किया गया
- 25a. काम का आखिरी दिन: _____ 25b. छोड़ने का कारण: _____
- 26a. क्या आप यूनियन के सदस्य थे? हाँ नहीं 26b. यदि "हाँ," तो यूनियन का नाम और लोकल नं.: _____
- 27a. आपकी भुगतान के लिए दर: \$ _____ प्रति दिन सप्ताह घंटा अन्य
- 27b. 27b. आपके ओवरटाइम वेतन की दर: \$ _____
- 28a. क्या आपने नियमित रूप से बख्शीश अर्जित की? हाँ नहीं 28b. यदि "हाँ," तो औसतन प्रति घंटे कितना? _____
- 28c. क्या आपके नियोक्ता ने आपकी या किसी अन्य कर्मचारी की बख्शीश को अपने पास रखा है? न हाँ – आपका हाँ – दूसरों का
- 28d. यदि हाँ, तो कितना? कृपया विस्तार से बताएं: _____
- 29a. आपको वेतन किस रोज़ चुकाया जाता था? सोमवार मंगलवार बुधवार गुरुवार शुक्रवार शनिवार रविवार
- 29b. इसमें कौन सी अवधि शामिल होती थी? (जैसे शनिवार से शुक्रवार तक) _____
30. आपको कितना अक्सर भुगतान किया जाता था? दैनिक साप्ताहिक हर दो सप्ताह अन्य _____
31. आपका वेतन कैसे चुकाया जाता था? नकद चेक डायरेक्ट डिपोजिट भुगतान कार्ड
 संयोजन: (कृपया बताएं - जैसे आधा नकद और आधा चेक से)
- 32a. क्या आपको वर्दी पहनने की आवश्यकता थी? हाँ नहीं 32b. यदि "हाँ," तो वर्दी का वर्णन करें: _____
- 32c. क्या वर्दी मुफ्त थी? लागत पर? हाँ नहीं 32d. यदि "नहीं" तो वर्दी कैसे और कितने में खरीदी गई

भाग 4. न चुकाये गये वेतन का दावा

यदि आपका वेतन बकाया है तो इस हिस्से को भरें (अगर आपका ओवरटाइम वेतन बकाया है, तो भाग 6 देखें)। प्रत्येक सप्ताह के लिए एक पंक्ति का उपयोग करें। सकल वेतन का मतलब करों या अन्य कटौतियों से पहले अर्जित राशि है। अतिरिक्त सप्ताहों के लिए, या अधिक जानकारी देने के लिए एक अलग शीट संलग्न करें।

A. पेट्रोल सप्ताह समाप्त होने की तिथि	B. सप्ताह में काम किए दिनों की संख्या	C. सप्ताह में काम किए घंटों की संख्या	D. भुगतान के लिए दर (अर्जित या वादा की गई)	E. वेतन से गैरकानूनी कटौतियाँ (जैसे जुर्माने, ब्रेकेज, आदि)	F. सप्ताह के लिए बकाया सकल वेतन	G. भुगतान किया गया सकल वेतन (यदि नियोजक ने बकाया वेतन में से कुछ का भुगतान कर दिया है तो उस राशि को यहाँ लिखें)	H. बकाया सकल वेतन और भुगतान किए गए सकल वेतन के बीच कुल अंतर
उदा. 4/4/2017	7	35	\$16.00 प्रति घंटा		\$560 (CxD)	\$0	\$560 (F-G)
I. कुल							

33a. अगर आपका पेचेक बैंक ने नहीं चुकाया हो, तो कृपया चेक संख्या और पेट्रोल सप्ताह समाप्त होने की तिथि प्रदान करें। यदि उपलब्ध हो, चेक की एक प्रति प्रदान करें: _____

33b. दावे का रेंज: आपका वेतन का दावा किस समय अवधि को कवर करता है?
शुरू होने की तिथि: _____ तक: _____

भाग 5. बकाया सवेतन बीमारी की छुट्टी

आपके देय सवेतन बीमारी की छुट्टी के लिए इस विभाग को भरें। New York State Labor law (न्यूयॉर्क राज्य श्रम कानून) की धारा 196-बी के तहत, पाँच या अधिक कर्मचारी या \$1 मिलियन से अधिक की निवल आय वाले नियोजकों को अपने कर्मचारियों को सवेतन बीमारी की छुट्टी देना आवश्यक है। 30 सितंबर, 2020 को न्यूयॉर्क राज्य में कवर किए गए कर्मचारियों ने प्रत्येक 30 घंटे के काम के लिए एक घंटे की दर से छुट्टी अर्जित करना शुरू किया। 1 जनवरी, 2021 से कर्मचारी अर्जित छुट्टी का उपयोग करना शुरू कर सकते हैं।

A. सवेतन बीमारी की छुट्टी अर्जित करने की अवधि	B. अर्जित सवेतन बीमारी की छुट्टी की मात्रा	C. सवेतन बीमारी की छुट्टी (छुट्टियों) के उपयोग की तिथि(याँ)	D. देय बेनिफिट वक्त की मात्रा	E. वेतन की नियमित दर	F. बेनिफिट भुगतान की देय राशि
उदा. 9/30/20-1/8/21	16.5 घंटे	1/11/21	8 घंटे	\$20/घंटा	\$160
G. कुल					

भाग 6. बकाया वेतन सप्लीमेन्ट का दावा

आपके देय वेतन सप्लीमेन्ट के लिए इस विभाग को भरें। वेतन सप्लीमेन्ट अनुषंगी लाभ भुगतान हैं जिनका नियोक्ता द्वारा वादा किया जाता है जैसे: वेकेशन का वेतन, एक्सपेन्सिस, और त्योंहारों का वेतन आदि।

34. वादा किए गए बेनिफिट्स बताएं या लिखित नीति/हैंडबुक की एक प्रति संलग्न करें: _____

A. देय बेनिफिट का प्रकार	B. अर्जित टाइम पीरियड बेनिफिट	C. बेनिफिट भुगतान देय तिथि	D. देय बेनिफिट टाइम की मात्रा	E. देय बेनिफिट भुगतान की राशि	F. बेनिफिट का वादा करने वाला:
उदा. अवकाश वेतन	1/1/16-12/31/16	1/1/17	1 सप्ताह	\$700	<input checked="" type="checkbox"/> लिखित नीति <input type="checkbox"/> मौखिक वादा
					<input type="checkbox"/> लिखित नीति <input type="checkbox"/> मौखिक वादा
					<input type="checkbox"/> लिखित नीति <input type="checkbox"/> मौखिक वादा
					<input type="checkbox"/> लिखित नीति <input type="checkbox"/> मौखिक वादा
G. कुल					

भाग 7. बकाया न्यूनतम वेतन या ओवरटाइम का दावा

इस अनुभाग को भरें यदि आपको राज्य के न्यूनतम प्रति घंटा वेतन से कम का भुगतान किया गया था और/या आपको ओवरटाइम का भुगतान नहीं किया गया था, या अगर आपको एक दिन में 2 शिफ्ट में काम करने के लिए, या एक दिन में 10 घंटे से अधिक काम करने के लिए अतिरिक्त वेतन प्राप्त है। अधिकांश कर्मचारियों को कम से कम न्यूनतम वेतन और समय और ½ का भुगतान किया जाना चाहिए, यदि वे प्रति सप्ताह में 40 घंटे से अधिक काम करते हैं।

35a. क्या आपको काम किए गए प्रत्येक घंटे के लिए न्यूनतम वेतन का भुगतान किया जाता है? हाँ नहीं

35b. क्या आपको 40 से अधिक घंटों के लिए काम करने पर अतिरिक्त घंटों के लिए डेढ़ गुना दर पर वेतन चुकाया जाता है? हाँ नहीं

35c. क्या आपको 40 घंटे से अधिक काम करने पर अतिरिक्त घंटों के लिए वेतन चुकाया जाता है? हाँ नहीं 35d. यदि "हाँ", तो प्रति घंटा कितना? _____

35e. क्या आपको एक दिन में 2 शिफ्ट में काम करने पर एक घंटे का अतिरिक्त भुगतान किया जाता है या एक दिन में 10 घंटे से अधिक काम करने पर? हाँ नहीं

35f. यदि उपरोक्त में से किसी के लिए भी "नहीं" है, तो कृपया नीचे अपने कार्य सप्ताह का शेड्यूल भरें: _____

A. काम का दिन	B. काम का दिन शुरू होने का समय	C. काम का दिन पूरा होने का समय	D. भोजन के लिए छुट्टी	E. कुल घंटे
उदाहरण	10:00 am	11:00 pm	30 मिनट	12.5 घंटे
रविवार	:	:		
सोमवार	:	:		
मंगलवार	:	:		
बुधवार	:	:		
गुरुवार	:	:		
शुक्रवार	:	:		
शनिवार	:	:		
F. साप्ताहिक योग				

36a. क्या प्रति सप्ताह काम के घंटे ऊपर सूचीबद्ध हैं? हाँ नहीं

36b. यदि "नहीं," तो कृपया प्रति सप्ताह काम के घंटों की औसत संख्या का अपना अनुमान प्रदान करें: _____

36c. क्या आप कॉल-इन वेतन, या वर्दी रखरखाव भुगतान के लिए बकाया हैं? यदि हाँ, कृपया विस्तार से बताएं और तिथियाँ प्रदान करें.

36d. दावे का रेंज: आपका न्यूनतम वेतन या ओवरटाइम के लिए दावा कितनी समयावधि को कवर करता है?

शुरू होने की तिथि: _____ तक: _____

36e. उपरोक्त दावा सीमा के दौरान अपने वेतन की नियमित और ओवरटाइम दरों के बारे में जानकारी प्रदान करें।

शुरू होने की तिथि: _____ तक: _____

नियमित: \$ _____ प्रति ओवरटाइम: \$ _____ प्रति

शुरू होने की तिथि: _____ तक: _____

नियमित: \$ _____ प्रति ओवरटाइम: \$ _____ प्रति

शुरू होने की तिथि: _____ तक: _____

नियमित: \$ _____ प्रति ओवरटाइम: \$ _____ प्रति

भाग 8. वेतन के अलावा शिकायत

अगर आप वेतन से जुड़ी न हो ऐसी शिकायत करना चाहते हैं तो लागू होने वाले के सामने सही का निशान बनाएं। लागू होने वाले सभी के सामने सही का निशान बनाएं। कृपया विस्तार से बताएं और ज़रूरत पड़ने पर अतिरिक्त कागज़ प्रदान करें।

नियोक्ता इसमें विफल रहा:

37a. 30-मिनट का खाना खाने का समय प्रदान करें _____

जब नियोक्ता भोजन का समय प्रदान करने में विफल रहा तो क्या आपको काम करने के वक्त के लिए भुगतान किया गया था? हाँ नहीं

37b. वेज स्टेटमेंट प्रदान करें (पे स्टब) _____

37c. आराम का दिन प्रदान करें

37d. इनमें से कम से कम एक स्वीकार्य तरीके से कर्मचारी वेतन का भुगतान प्रदान करें: नकद/चेक/

प्रत्यक्ष जमा/पेरोल डेबिट कार्ड (भुगतान कार्ड) _____

37e. डायरेक्ट डिपोजिट या पेरोल डेबिट कार्ड द्वारा वेतन के भुगतान के लिए कर्मचारी से लिखित अधिकृति प्राप्त करें।

37f. नौकरी से निकाले जाने का नोटिस प्रदान करना _____

37g. सभी आवश्यक जानकारी के साथ वेतन की दर की सूचना प्रदान करना _____

37h. वेतन का भुगतान समय पर करना _____

37i. वेतन का भुगतान "बुक्स पर करना" _____

37j. आवश्यक New York राज्य सवेतन बीमारी की छुट्टी अर्जित करने के लिए प्रावधान करना _____

37k. आवश्यक नोटिस/कृषि न्यूनतम वेतन पोस्टर पोस्ट करना _____

37l. अवयस्कों (18 वर्ष से कम) के रोजगार के नियमों का पालन करना _____

37m. अन्य _____

भाग 9. दावे की पार्श्वभूमि

38a. क्या आपने अपने वेतन के लिए पूछा? हाँ नहीं

38b. यदि "हाँ", कृपया विस्तार से बताएं। आपके कब और किस से माँगा, और क्या हुआ?

38c. क्या आपने अपने वेतन को पाने के लिए पहले ही कोई कार्रवाई की है, जैसे स्मॉल क्लेम्स कोर्ट में फाइल करना या मुकद्दमा दायर करना?

हाँ नहीं

38d. यदि "हाँ", कृपया विस्तार से बताएं: _____

भाग 10. प्रतिशोधी कार्रवाई

39a. क्या आपने अपने नियोक्ता से इस या किसी अन्य श्रम कानून उल्लंघन के बारे में शिकायत की थी? हाँ नहीं

39b. अगर "हाँ," तो क्या हुआ था? _____

39c. क्या अब आप इस नियोक्ता के खिलाफ जवाबी शिकायत करना चाहते हैं? हाँ नहीं

भाग 11. दावे में सहायता

40a. क्या आपका कोई प्रतिनिधि है (उदा. निजी वकील, वकालत समूह)? हाँ नहीं

40b. यदि "हाँ," तो व्यक्ति या समूह का नाम प्रदान करें: _____

40c. क्या इस प्रतिनिधि ने दावे इस दावे को फाइल करने में आपकी मदद की? हाँ नहीं

40d. क्या आपने भुगतान किया है, या क्या आप इस प्रतिनिधि को भुगतान करने की योजना बना रहे हैं? हाँ नहीं

40e. क्या आप चाहते हैं कि आपके दावे के बारे में हम इस प्रतिनिधि से बात करें? हाँ नहीं
यदि हाँ, तो प्रतिनिधियों को प्रतिनिधित्व पत्र (LS 11) जमा करना होगा।

40f. क्या प्रतिनिधि के आलावा किसी ने इस फॉर्म को भरने में आपकी सहायता की? हाँ नहीं

40g. यदि "हाँ," तो आपकी सहायता किसने और क्यों की? _____

अतिरिक्त टिप्पणियाँ/उपयोगी जानकारी:

मैं प्रमाणन करता/करती हूँ कि उपरोक्त जानकारी मेरी श्रेष्ठ जानकारी के अनुसार सचची है और मैं अवगत हूँ कि गलत बयान देने के लिए जुर्माने होते हैं। मैं श्रम कमीशनर, डेप्युटी या एजेंट को कमीशनर ऑफ लेबर के खाते में मेरे नाम पर इस दावे के भुगतान के रूप में लिखे गए किन्हीं चेक या मनी ऑर्डर को प्राप्त करने, उस पर मेरा नाम लिखने और उन्हें जमा करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ। अगर मेरी संपर्क जानकारी बदलती है, तो मैं न्यूयॉर्क राज्य श्रम विभाग (New York State Department of Labor) को सूचित करूँगा/करूँगी।

दावेदार के हस्ताक्षर

तिथि

अपने भरे हुए फॉर्म को पेज 1 दिए गए पते पर वापस भेज दे ।