

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 अंग्रेज़ी के अलावा अन्य भाषाओं में उपलब्ध है। न्यूयॉर्क राज्य में काम करने वाला कोई भी व्यक्ति New York State Department of Labor (न्यूयॉर्क राज्य श्रम विभाग) में 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। यदि आपके पास इस फॉर्म को पूरा करने के बारे में प्रश्न हैं तो (888) 469-7365 पर कॉल करें।

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

- New York राज्य के बाहर किए गए कार्य के लिए।
- प्रशासनिक, कार्यकारी या पेशेवर क्षमता में कार्यरत किसी भी व्यक्ति से, जो प्रति सप्ताह कुल \$1300 से अधिक कमाता है (उन्हें धारा 190[7] और 198-c[3] के तहत कवरेज से बाहर रखा गया है)।
- एक सार्वजनिक इकाई जैसे कि कोई शहर, काउंटी या शहर द्वारा नियोजित व्यक्तियों से।
- उन व्यक्तियों से जो अपने लिए व्यवसाय करते हैं।
- सार्वजनिक कार्य परियोजना पर किए गए कार्य के लिए (फॉर्म PW-4 का उपयोग करें)।

भाग 1. दावा दायर करने वाला व्यक्ति (कर्मचारी/शिकायतकर्ता संबंधी जानकारी)

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

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

- 8a. व्यवसाय का नाम:
- 8b. कानूनी नाम (यदि भिन्न हो):
- 8c. कानूनी इकाई प्रकार: व्यक्तिगत LLC पार्टनरशिप कॉर्पोरेशन अन्य:
- 8d. डाक पता: नं.: स्ट्रीट: तल/कमरा/सुइट#: शहर/कस्बा: काउंटी: राज्य: ज़िप कोड:
- 8e. व्यवसाय फ़ोन: () 8f. ईमेल:

9a. मालिक (मालिकों) का (के) नाम और पद:

9b. डाक पता: नं.:

स्ट्रीट:

अपार्ट#:

शहर/कस्बा:

काउंटी:

राज्य:

ज़िप कोड:

9c. मालिक का फ़ोन: ()

9d. ईमेल:

10. व्यवसाय का प्रकार: रेस्तरां खुदरा स्टोर घरेलू सहायता भवन निर्माण कार्यालय अन्य:

11. व्यवसाय के काम के घंटे:

12. कर्मचारियों की कुल #:

13a. क्या कंपनी अभी भी व्यवसाय में है? हां 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 दिवालियापन के लिए आवेदन किया है? हां 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 न्यूयॉर्क राज्य के बाहर जाते रहते हैं? हां नहीं

24. व्यवसाय से आप का संबंध: अभी भी कार्यरत हैं छुट्टी दे दी गई है छोड़ दिया गया है अस्थायी रूप से नौकरी से हटाया गया

25a. काम का आखिरी दिन:

25b. छोड़ने का कारण:

26a. क्या आप यूनिन के सदस्य थे? हाँ नहीं 26b। यदि "हाँ," यूनिन का नाम और स्थानीय नं.:

27a. आपकी भुगतान के लिए दर: \$ प्रति दिन सप्ताह घंटा अन्य

27b. आपके ओवरटाइम वेतन की दर: \$

28a. क्या आपने नियमित आधार पर टिप अर्जित की हैं? हां नहीं 28b। यदि "हाँ," तो औसतन प्रति घंटे कितना?

28c. क्या आपके नियोक्ता ने आपके या किसी अन्य कर्मचारी के टिप को अपने पास रखा है? नहीं हां - आपका हां - अन्य का

28d. यदि "हाँ," तो कितना? कृपया विस्तार से बताएं:

29a. आपका वेतन दिवस क्या था? सोम मंगल बुध गुरु शुक्र शनि रवि

29b. यह किस अवधि को कवर करता है? (उदा. शनि से शुक्र तक)

30. आपको कितनी बार भुगतान किया गया? दैनिक साप्ताहिक हर दो सप्ताह में अन्य

31. आपके वेतन का भुगतान कैसे किया गया? नकद चेक प्रत्यक्ष जमा वेतन कार्ड

संयोजन: (कृपया समझाएं - उदाहरण के लिए कुछ हिस्सा नकद और कुछ हिस्सा चेक द्वारा)

32a. क्या आपको वर्दी पहनने की आवश्यकता थी? हां नहीं 32b। यदि "हाँ," तो वर्दी का वर्णन करें:

32c. क्या वर्दी मुफ्त थी? हां नहीं 32d। यदि "नहीं" तो वर्दियाँ कैसे खरीदी गईं और उनकी लागत कितनी थी?

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 करें या अन्य कटौतियों से पहले अर्जित राशि है। अतिरिक्त सप्ताहों के लिए, या अधिक जानकारी देने के लिए एक अलग शीट संलग्न करें।

A. पेरोल सप्ताह समाप्त होने की तिथि	B. सप्ताह में काम किए दिनों की संख्या	C. सप्ताह में काम किए घंटों की संख्या	D. वेतन की दर (अर्जित या वादा किया गया)	E. अवैध मजदूरी से कटौती (जैसे जुर्माना, टूट-फूट, आदि)	F. सप्ताह के लिए बकाया सकल वेतन	G. भुगतान किया गया सकल वेतन (यदि नियोक्ता 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 पेरोल 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 नियोक्ताओं को अपने कर्मचारियों को सवेतन बीमारी की छुट्टी देना आवश्यक है। 30 सितंबर, 2020 को, न्यूयॉर्क राज्य में कवर किए गए कर्मचारियों को प्रत्येक 30 घंटे काम करने के लिए एक घंटे की दर से छुट्टी मिलनी शुरू हुई। 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, व्ययों, और त्रुटियों 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 भुगतान	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? हां 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? हां नहीं

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

35e. क्या आपको एक दिन में 2 शिफ्ट में काम करने के लिए एक अतिरिक्त घंटे का भुगतान किया जाता है? कार्यरत इससे अधिक एक दिन में 10 घंटे? 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 ऊपर सूचीबद्ध काम के घंटे हर सप्ताह समान हैं? हां 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		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 की भोजन अवधि प्रदान करें _____
जब नियोक्ता भोजन की अवधि प्रदान करने में विफल रहा तो क्या आपको काम किए गए समय के लिए भुगतान किया गया था? हां नहीं
- 37b. वेतन विवरण प्रदान करें (वेतन आधार) _____
- 37c. एक दिन का आराम प्रदान करें _____
- 37d. सभी आवश्यक जानकारी के साथ वेतन दर की सूचना प्रदान करें _____
- 37e. आवश्यक न्यूयॉर्क राज्य सवैतनिक बीमारी अवकाश के उपार्जन के लिए प्रावधान करें _____
- 37f. आवश्यक नोटिस/न्यूनतम वेतन पोस्टर पोस्ट करें _____
- 37g. नाबालिगों (18 वर्ष से कम) के रोजगार के लिए नियमों का पालन करें _____
- 37h. अन्य _____

भाग 9. दावे की पृष्ठभूमि

- 38a. क्या आपने अपना वेतन मांगा: हां 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 क्लेमस कोर्ट में फाइल करना या मुकद्दमा दायर करना?
 हाँ नहीं

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

भाग 10। दावे में सहायता

- 39a. क्या आपका कोई प्रतिनिधि है (जैसे निजी वकील, वकालत समूह)? हां नहीं
- 39b. यदि "हाँ," तो व्यक्ति या समूह का नाम प्रदान करें:
- 39c. क्या इस प्रतिनिधि ने यह दावा दायर करने में आपकी सहायता की है? हां नहीं
- 39d. क्या आपने इस प्रतिनिधि को भुगतान कर दिया है या आप भुगतान करने की योजना बना रहे हैं? हां नहीं
- 39e. क्या आप चाहते हैं कि हम आपके दावे के बारे में इस प्रतिनिधि से बात करें? हां नहीं
यदि हाँ, तो प्रतिनिधियों को प्रतिनिधित्व पत्र (LS 11) जमा करना होगा।
- 39f. क्या प्रतिनिधि के अलावा किसी ने इस फॉर्म को भरने में आपकी मदद की? हां नहीं
- 39g. यदि "हाँ," तो आपकी सहायता किसने और क्यों की?

अतिरिक्त टिप्पणियाँ/उपयोगी जानकारी:

इस दावे को जमा करके आप स्वीकार करते हैं और समझते हैं कि NYSDOL, श्रम आयुक्त के विवेक के आधार पर, जांच के लिए आपके दावे का मूल्यांकन करेगा, स्वीकार किए गए किसी भी दावे पर जांच का दायरा निर्धारित करेगा, और दावों को यथासंभव शीघ्रता से हल करेगा। शिकायतों का निपटान और उल्लंघनों का समाधान श्रम आयुक्त की ओर से निर्धारित किया जाएगा।

मैं प्रमाणन करता/करती हूँ कि उपरोक्त जानकारी मेरी श्रेष्ठ जानकारी के अनुसार सच्ची 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

अपना भरा हुआ फॉर्म पृष्ठ 1 पर दिए गए पते पर लौटाएं।