

श्रम मानक वेतन इतिहास शिकायत फॉर्म धारा 194-a

निम्नलिखित के लिए शिकायत दर्ज करने के लिए इस फॉर्म का उपयोग करें:

वेतन इतिहास - आपके नियोक्ता या भावी नियोक्ता ने आपके वेतन संबंधी इतिहास के बारे में पूछताछ की या अन्य स्रोतों से वेतन संबंधी इतिहास की जानकारी मांगी या वेतन संबंधी इतिहास की जानकारी प्रदान करने से इनकार करने के लिए आपके खिलाफ जवाबी कार्रवाई की।

नोट: यह शिकायत फॉर्म अंग्रेजी भाषा के अलावा अन्य भाषाओं में उपलब्ध है। न्यूयॉर्क राज्य में काम करने वाला कोई भी व्यक्ति न्यूयॉर्क राज्य श्रम विभाग को शिकायत कर सकता है। वेतन या अन्य मामलों के लिए शिकायतें फॉर्म LS223 का उपयोग करके दर्ज की जानी चाहिए।

सभी प्रश्नों का 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। New York State Department of Labor

Division of Labor Standards
1200 Washington Avenue
Building 12, Room 266B
Albany, NY 12226

यदि हमारे पास आगे बढ़ने के लिए पर्याप्त जानकारी नहीं है या यदि आपका दावा अमान्य प्रतीत होता है तो हम आपसे संपर्क करेंगे

अगर इस फॉर्म को पूरा करने के संबंध में आपके कोई प्रश्न हैं तो (888) 469-7365 पर कॉल करें।

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

1. नाम: (प्रथम) _____ (मध्यम) _____ (आखिरी) _____
2. अन्य नाम जिससे आप काम पर जाने जाते हो: _____
3. मेल का पता: नंबर: _____ स्ट्रीट: _____ अपार्टमेंट.: _____
शहर/कस्बा: _____ काउंटी: _____ राज्य: _____ पिन कोड: _____
4. फ़ोन: _____ 5. अन्य फोन: _____
6. ईमेल: _____ 7. आपकी प्राथमिक/पसंदीदा भाषा: _____

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

8a. व्यापार का नाम: _____

8b. कानूनी नाम (यदि भिन्न हो): _____

8c. कानूनी इकाई प्रकार: व्यक्तिगत LLC भागीदारी कॉर्पोरेशन

अन्य: _____

8d. मेल का पता: नं.: _____ सड़क: _____ तल/कमरा/सुइट#: _____

शहर/कस्बा: _____ काउंटी: _____ राज्य: _____ पिन कोड: _____

8e. कामकाज का फ़ोन: _____ 8f. ईमेल: _____

9a. स्वामी का नाम और पद: _____

9b. मेल का पता: नं.: _____ सड़क: _____ अपार्टमेंट. #: _____

शहर/कस्बा: _____ काउंटी: _____ राज्य: _____ पिन कोड: _____

9c. स्वामी का फ़ोन: _____ 9d. ईमेल: _____

10. व्यवसाय का प्रकार: रेस्टॉरेंट रिटेल स्टोर घरेलू सहायता निर्माण कार्यालय

अन्य: _____

11. कामकाज के घंटे: _____ 12. कर्मचारियों की कुल संख्या #: _____

13a. क्या कंपनी अब भी व्यापार में है? हां नहीं

13b. अगर "नहीं," तो इसने व्यापार करना कब बंद किया? _____

भाग 3. दावा दायर करने वाला व्यक्ति (कर्मचारी जानकारी)

14. व्यवसाय के साथ आपका संबंध: अभी भी नियोजित सेवा मुक्त छोड़ दिया अस्थायी रूप से नौकरी से निकाला गया

काम का आखिरी दिन: _____

छोड़ने का कारण: _____

केवल आवेदक - नियोजित नहीं थे (यदि आवेदक #15 - #21 छोड़ दें।)

15. आपके पद का नाम: _____

16. आपके द्वारा निष्पादित कार्य का प्रकार: _____

17. नियुक्ति की तारीख _____ 17a. पदोन्नति की तारीख: _____

18. आपको नियुक्त करने वाले व्यक्ति का नाम और पद: _____

19. आपके प्रबंधक/पर्यवेक्षक/फोरमैन का नाम: _____

20. आपको वेतन देने वाले व्यक्ति का नाम: _____

21. कार्यस्थल का पता: नं.: _____ सड़क: _____ तल/कमरा/सुइट#: _____

शहर/कस्बा: _____ काउंटी: _____ राज्य: _____ पिन कोड: _____

22. कृपया अपनी शिकायत की व्याख्या करें और जितना संभव हो उतना विवरण प्रदान करें। कृपया उन लोगों के नाम शामिल करें जिन्होंने आपके वेतन संबंधी इतिहास की जानकारी मांगी थी और जब जिस तारीख को आपको वेतन दिया गया था।

23. क्या आपने नियोक्ता को पूर्व वेतन या वेतन संबंधी इतिहास दिया था? क्या यह स्वेच्छा से दिया गया था?
कृपया समझाएँ:

हस्ताक्षर: _____ तिथि: _____