

श्रम श्रम मान वेतन समानता शिकायत फॉर्म खंड 194

इस फॉर्म का इस्तेमाल शिकायत दर्ज करने के लिए करे यदि:

आपका नियोक्ता आपको समान काम के लिए अन्य कर्मचारियों जितना भुगतान नहीं करता क्योंकि आप एक संरक्षित वर्ग स्थिति में हैं।

नियोक्ता को बेस वेतन दर वरिष्ठता प्रणाली, मेरीट प्रणाली, आय को उत्पादन की मात्रा या गुणवत्ता से मापने वाली प्रणाली, शिक्षा, प्रशिक्षण, अनुभव, जैसे कारक या अन्य प्रणाली जो कि संरक्षित वर्ग स्थिति वाले हों उनके खिलाफ भेदभाव नहीं करती है, उस पर आधारित रखनी चाहिए।

संरक्षित वर्ग स्थिति यानी कि आयु, जाती, संप्रदाय, मूल राष्ट्रीयता, यौन पसंद, लैंगिक पहचान या अभिव्यक्ति, सैनिक स्थिति, लिंग, अक्षमता, पूर्वप्रेरक जेनेटिक विशेषता, पारिवारिक स्थिति, वैवाहिक स्थिति, घरेलू हिंसा से पीड़ित व्यक्ति स्थिति या कार्यकारी कानून के खंड 296 द्वारा संरक्षित अन्य स्थिति।

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। वेतन या अन्य मामलों के लिए शिकायतें फॉर्म LS223 का उपयोग करके दर्ज की जानी चाहिए।

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 डाक द्वारा यहाँ भेजें: 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।

यदि आपको यह फॉर्म भरने के बारे में प्रश्न हों, तो कृपया (888) 469-7365 पर कॉल करें।

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

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

भाग 2. जिनके खिलाफ दाव दाय 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. व्यवसाय का फ़ोन: _____ 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. व्यवसाय का प्रकार: रेस्टोरेंट रिटेल स्टोर घर का काम निर्माण कार्यालय
 अन्य: _____
11. कार्य घंटे: _____ 12. कर्मचारियों की कुल #: _____
- 13a. क्या कंपनी अब भी काम करती है? हा नहीं
- 13b. अगर "नहीं," तो व्यवसाय कब बंद हुआ? _____
14. नियोक्ता के बैंक का नाम और स्थान: _____
(चेक की कॉपी या चेक स्टब भी संलग्न करें)
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: _____ 18a. काम की पहली 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/स्वीट#: _____
शहर/कस्बा: _____ काउंटी: _____ राज्य: _____ ज़िप कोड: _____
23. क्या आप काम के लिए नियमित रूप से New York राज्य के बाहर यात्रा करते थे? हाँ नहीं
24. व्यवसाय के साथ आपका संबंध: अभी भी नियोजित सेवा मुक्त छोड़ दिया अस्थायी रूप से नौकरी से निकाला गया

25a. काम का आखिरी दिन: _____

25b. छोड़ने का कारण: (कृपया अपनी शिकायत समझाएं और हो सकें उतना विवरण दें।)

26a. आपकी वेतन की दर: \$ _____ प्रति दिन सप्ताह घंटा अन्य: _____

29a. क्या आपको उसी संस्थान में समान काम के लिए किसी अन्य कर्मचारी से कम दर पर भुगतान किया गया था जो कि समान कार्य स्थिति में ही किया गया था? हा नहीं

29b. अगर "हाँ," तो क्या यह व्यक्ति आप से सीनियर था और/या उनके पास आप से अधिक शिक्षा, प्रशिक्षण या अनुभव था?
 हाँ नहीं

30. क्या अन्य कर्मचारियों के खिलाफ भेदभाव किया जा रहा है?

कृपया विस्तार से बताएं: _____

भाग 4: दावे की पार्श्वभूमि

30c. 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

30d. यदि "हाँ," कृपया विस्तार से बताएं: _____

भाग 5: प्रतिशोधी कार्रवाई

31a. क्या आपने अपने नियोक्ता से इस या किसी अन्य श्रम कानून उल्लंघन के बारे में शिकायत की थी? हाँ नहीं

31b. अगर "हाँ," तो क्या हुआ था? _____

भाग 6: दावे में सहायता

32a. क्या आपका कोई प्रतिनिधि है (उदा. निजी वकील, वकालत समूह)? हाँ नहीं

32b. यदि "हाँ," तो व्यक्ति या समूह का नाम प्रदान करें: _____

32c. क्या इस प्रतिनिधि ने दावे इस दावे को फाइल करने में आपकी मदद की? हाँ नहीं

32d. क्या आपने इस प्रतिनिधि को भुगतान किया है या भुगतान करने की योजना बना रहे हैं? हाँ नहीं

32e. क्या आप चाहते हैं कि आपके दावे के बारे में हम इस प्रतिनिधि से बात करें? हाँ नहीं

अगर ऐसा हो, तो प्रतिनिधियों को प्रतिनिधित्व का पत्र (फॉर्म LS 11) जमा कराना होगा।

32f. क्या प्रतिनिधि के आलावा किसी ने इस फॉर्म को भरने में आपकी सहायता की? हाँ नहीं

32g. यदि "हाँ," तो आपकी सहायता किसने और क्यों की?

अतिरिक्त टिप्पणियाँ/उपयोगी जानकारी:

हस्ताक्षर: _____ तिथि: _____