

صرف دفتر کے استعمال کے لیے:

_____ LS ID

_____ LCM

PV

_____ کوئی PV نہیں

_____ ترجیح

_____ اٹھایا گیا

_____ تاریخ

WE ARE YOUR DOL



www.labor.ny.gov

لیبر اسٹینڈرڈز کی تقسیم
(Division of Labor Standards)
Harriman ریاستی دفتر کا کیمپس
(Harriman State Office Campus)
Building 12, Room 266B
Albany, NY 12226

لیبر اسٹینڈرڈز فارم ورکرز کمپلینٹ فارم

فارم ورکرز کو اس فارم کا استعمال غیر معاوضہ اجرت، غیر قانونی کٹوتی، اجرت کے سپلیمنٹس، کم از کم اجرت، اور ٹائم، کھانے کی مدت، آرام کا کوئی دن وغیرہ کا دعویٰ کرنے کے لئے کرنا چاہئے۔

نوٹ: یہ درخواست انگریزی کے علاوہ دیگر زبانوں میں دستیاب ہے۔ نیویارک ریاست میں فارم پر کام کرنے والا کوئی بھی شخص نیویارک اسٹیٹ ڈیپارٹمنٹ آف لیبر کو شکایت کر سکتا ہے۔

براہ کرم ان حصوں کے لئے تمام سوالات کا جواب دیں جو آپ کے دعوے سے متعلق ہیں۔ مکمل معلومات فراہم کرنے سے ہمیں آپ کی شکایت کا جائزہ لینے اور تفتیش کے لئے قبول کرنے میں مدد ملتی ہے۔ اپنا مکمل فارم اوپر والے پتے پر واپس کریں۔

اگر ہمارے پاس آگے بڑھنے کے لئے کافی معلومات نہیں ہیں یا اگر آپ کا دعویٰ ناجائز نظر آتا ہے تو ہم آپ سے رابطہ کریں گے۔ اگر آپ کے پاس اس فارم کال (888) 469-7365 کو مکمل کرنے کے بارے میں سوالات ہیں۔

حصہ 1- کلیم دائر کرنے والا شخص (ملازم/شکایت کنندہ معلومات)

1. نام: (پہلا) _____ (درمیان) _____ (آخری) _____
2. کام کے دوران ایک اور نام جانا جاتا ہے: _____
- 3a. ڈاک پتہ: نمبر: _____ گلی: _____ اپارٹمنٹ نمبر: _____
- شہر/قصبہ: _____ ضلع: _____ ریاست: _____ زپ کوڈ: _____
- 3b. مستقل پتہ (اگر اوپر سے مختلف ہو): نمبر: _____ گلی: _____ اپارٹمنٹ نمبر: _____
- شہر/قصبہ: _____ ضلع: _____ ریاست: _____ زپ کوڈ: _____
4. فون: () _____ 5 دیگر فون: () _____
6. ای میل: _____ 7. آپ کی بنیادی/ترجیحی زبان: _____

حصہ 2- (فارم بزنس اور مالک کی معلومات) کے خلاف دائر دعویٰ

- 8a. کاروبار کا نام: _____
- 8b. قانونی نام (اگر ضرورت ہوئی): _____
- 8c. قانونی انٹیٹی قسم: فرد LLC شراکت داری کارپوریشن دیگر: _____
- 8d. فارم کی قسم: سٹاک پولٹری ڈیری پہل/سبزی گرین ہاؤس/نرسری دیگر: _____
- 8e. ڈاک پتہ: نمبر: _____ گلی: _____ سوٹ/Fl/Rm: # _____
- شہر/قصبہ: _____ ضلع: _____ ریاست: _____ زپ کوڈ: _____
- 8f. کاروبار کا نام: () _____ 8g. ای میل: _____
- 9a. مالک(مالکان) نام اور عنوان(عنوانات): _____

- 9b. ڈاک پتہ: نمبر: _____ گلی: _____ اپارٹمنٹ نمبر: _____
- شہر/قصبہ: _____ ضلع: _____ ریاست: _____ زپ کوڈ: _____
- 9c. مالک کا فون: (_____) _____ 9d. ای میل: _____
10. کل # ملازمین: _____
11. آجر کا بینک نام اور محل وقوع (چیک یا چیک سٹب کی کاپی منسلک کریں): _____

حصہ 3. کلیم دائر کرنے والا شخص (ملازم کی معلومات)

12. آپ کے کام کا عنوان: _____
13. آپ نے جس قسم کا کام انجام دیا: _____
14. کام سائٹ پتہ/محل وقوع: نمبر: _____ گلی: _____
- شہر/قصبہ: _____ ضلع: _____ ریاست: _____ زپ کوڈ: _____
15. تاریخ ہائر: _____ / _____ / _____
16. کاروبار کے ساتھ آپ کا تعلق: اب بھی ملازمت کر رہے ہیں ڈسچارج چھوڑ دیا عارضی طور پر فارغ
17. کام کرنے کا آخری دن _____ / _____ / _____
18. آپ کا کام موسمی یا سال بھر رہا۔
19. آپ کی خدمات حاصل کرنے والے شخص کا نام اور خطاب: _____
20. آپ کے منیجر/سپروائزر/فورمین کا نام: _____
21. اس شخص کا نام جس نے آپ کی اجرت ادا کی: _____
22. کیا آپ باقاعدگی سے کام کے لئے نیویارک ریاست سے باہر سفر کرتے تھے؟ ہاں نہیں
- 23a. کیا آپ کسی یونین کے رکن تھے؟ ہاں نہیں 23b. اگر "ہاں"، یونین کا نام اور مقامی نمبر: _____
- 24a. آپکی ادائیگی کی قیمت: \$ _____ فی _____ دن ہفتہ گھنٹہ ٹکڑا دیگر _____
- 24b. آپ کی تنخواہ کی اوور ٹائم شرح: \$ _____
- 25a. آپ کا پے ڈے کیا تھا؟ پیر منگل بدھ جمعہ رات جمعہ سنیچر اتوار
- 25b. اس احاطہ نے کس مدت کا احاطہ کیا؟ (جیسے جمعہ کے ذریعے بیٹھیں) _____
26. آپ کو کتنی بار معاوضہ دیا گیا؟ روزانہ ہفتہ وار ہر دو ہفتے میں دیگر _____
27. آپ کی اجرت کیسے ادا کی گئی؟ نقد چیک ڈائریکٹ ڈپوزیٹ پے کارڈ مجموعہ: (براہ کرم وضاحت کریں - جیسے آدھا نقد اور جزوی بذریعہ چیک)

- 28a. کیا آپ کے آجر نے آپ کو قیام اور افادیت فراہم کی؟ ہاں نہیں 28b. اگر "ہاں"، تو کتنی رقم، اگر کوئی ہے، روزانہ آپ کی اجرت سے کٹوتی کی گئی ہے تو _____ یا \$ فی ہفتہ _____ \$ یا \$ فی ہفتہ _____
- 28c. کیا آپ خود رہ رہے تھے یا آجر میں دیگر افراد کے ساتھ رہائش فراہم کی گئی تھی؟ _____
- 29a. کیا آپ نے عام طور پر اپنے آجر کے ذریعے چلانے جانے والے کمسیری سے خریداری کی؟ ہاں نہیں 29b. اگر "ہاں"، تو اشیاء، اور خریداری کی رقم یا ہر شے کے لئے آپ کی اجرت سے کٹوتی کی رقم درج کریں:
- شے: _____ ڈالر رقم: \$ _____
- شے: _____ ڈالر رقم: \$ _____

| A. قسم کا فائدہ واجب الادا ہے | B. ٹائم پیریڈ بینیفٹ کمایا | C. تاریخ فائدہ ادائیگی واجب الادا | D. واجب الادا فائدہ وقت کی مقدار | E. واجب الادا فائدہ ادائیگی کی رقم | F. فائدہ کا وعدہ کیا گیا ہے: |
|-------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|--|
| ایکسٹنشن: چھٹی کی تنخواہ | 1/1/16-12/31/16 | 1/1/17 | 1 ہفتہ | \$700 | <input checked="" type="checkbox"/> تحریری پالیسی <input type="checkbox"/> زبانی وعدہ |
| | | | | | <input type="checkbox"/> تحریری پالیسی <input type="checkbox"/> زبانی وعدہ |
| | | | | | <input type="checkbox"/> تحریری پالیسی <input type="checkbox"/> زبانی وعدہ |
| | | | | | <input type="checkbox"/> تحریری پالیسی <input type="checkbox"/> زبانی وعدہ |
| | | | G. کل | | |

حصہ 7. غیر معاوضہ کم از کم اجرت یا اوور ٹائم کلیم

اگر آپ کو ریاست کی کم از کم فی گھنٹہ اجرت سے کم تنخواہ دی جاتی ہے اور/یا آپ کو اوور ٹائم ادا نہیں کیا جاتا ہے تو اس سیکشن کو بھریں۔ زیادہ تر ملازمین کو کم از کم از کم اجرت اور وقت اور 1/2 ادا کرنا ضروری ہے اگر وہ فی کیلنڈر ہفتے میں 60 گھنٹے سے زیادہ کام کرتے ہیں۔

33a. کیا آپ نے ہر گھنٹے کے کام کے لئے کم از کم اجرت ادا کی ہے؟ ہاں نہیں

33b. کیا آپ کو وقت ادا کیا جاتا ہے اور 60 سے زیادہ کام کرنے والے گھنٹوں کے لئے 1/2؟ ہاں نہیں

33c. کیا آپ نے 60 سال سے زیادہ کام کرنے والے گھنٹوں کے لئے کوئی اجرت ادا کی ہے؟ ہاں نہیں 33d. اگر "ہاں"، فی گھنٹہ کتنا؟ _____

33e. اگر آپ کو "آرام کے دن" پر کام کرنے کی ضرورت ہو تو کیا آپ کو وقت اور 1/2 ادا کیا جاتا ہے؟ ہاں نہیں

33f. اگر مندرجہ بالا میں سے کسی کو "نہیں" ہے، تو براہ کرم وضاحت کریں اور نیچے اپنے کام کے ہفتے کے شیڈول کو پر کریں:

| A. کام کا دن | B. وقت کام کا دن شروع | C. وقت کام کا دن فعال | D. کھانے کے لئے چھٹی کا وقت | E. کل گھنٹے |
|--------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|
| مثال | 10:00 am | 11:00 pm | 30 منٹ | 12.5 گھنٹے |
| اتوار | : | : | | |
| پیر | : | : | | |
| منگل | : | : | | |
| بدھ | : | : | | |
| جمعرات | : | : | | |
| جمعہ | : | : | | |
| سنیچر | : | : | | |
| | | | | F. ہفتہ وار کل |

34a. کیا ہر ہفتے کام کرنے والے گھنٹے اسی سے اوپر درج ہوتے ہیں؟ ہاں نہیں

34b. اگر "نہیں"، تو براہ کرم ہر ہفتے کام کیے جانے والے گھنٹوں کی اوسط تعداد کا اپنا تخمینہ فراہم کریں: _____

34c. دعوے کی حد: آپ کی کم از کم اجرت یا اوور ٹائم کلیم کس مدت کا احاطہ کرتا ہے؟

تاریخ سے: _____ / _____ / _____ تک: _____ / _____ / _____

حصہ 8. غیر اجرت شکایت

اگر آپ غیر اجرت سے متعلق شکایت کرنا چاہتے ہیں تو درخواست دینے والوں کی جانچ کریں۔ لاگو ہونے والی تمام چیزوں کو نشان زد کریں۔ اگر ضرورت ہو تو براہ کرم وضاحت کریں اور ایک اضافی ورق فراہم کریں۔

آجر ناکام ہوا:

35a. 30 منٹ کے کھانے کی مدت فراہم کریں

کیا آپ کو کام کرنے کے وقت کے لئے ادائیگی کی گئی تھی جب آجر کھانے کی مدت فراہم کرنے میں ناکام رہا تھا؟ ہاں نہیں

35b. اجرت کا بیان فراہم کریں (بے اسٹب)

35c. آرام کا ایک دن فراہم کریں

35d. ان جائز طریقوں میں سے کم از کم ایک کے ذریعہ ملازمین کی اجرت کی ادائیگی فراہم کریں: نقد/ چیک/ براہ راست ڈپازٹ/ بے رول ڈیبٹ کارڈ (بے کارڈ)

35e. ڈائریکٹ ڈپازٹ یا بے رول ڈیبٹ کارڈ کے ذریعہ اجرت کی ادائیگی کے لئے ملازمین کی تحریری اجازت حاصل کریں۔

35f. ختم کرنے کا نوٹس فراہم کریں

35g. تمام مطلوبہ معلومات کے ساتھ تنخواہ کی شرح کا نوٹس فراہم کریں

35h. وقت پر اجرت ادا کریں

35i. "کتابوں پر" اجرت ادا کریں

35j. نیویارک ریاست کی تنخواہ دار بیمار چھٹی کے جمع کرنے کی فراہمی

35k. پوسٹ مطلوبہ نوٹس/ فارم کم از کم اجرت پوسٹر

35l. نابالغ بچوں کی ملازمت کے قواعد پر عمل کریں (18 سال سے کم عمر)

35m. پینے کا قابل رسائی پانی فراہم کریں

35n. ٹوائلٹ اور ہاتھ دھونے کی سہولیات فراہم کریں

35o. غیر ارادی طور پر ایک ہفتے میں 60 گھنٹے سے زیادہ کام کرنے پر مجبور

35p. دیگر

حصہ 9. دعوے کا پس منظر

36a. کیا آپ نے اپنی اجرت مانگی؟ ہاں نہیں

36b. اگر "ہاں"، براہ کرم وضاحت کریں۔ آپ نے کس سے اور کب پوچھا اور کیا ہوا؟

حصہ 10. انتقامی کارروائی

37a. کیا آپ نے اس یا کسی اور لیبر قانون کی خلاف ورزی کے بارے میں شکایت کی؟ ہاں نہیں

37b. اگر "ہاں"، کیا ہوا؟

37c. کیا آپ اور آپ کے ساتھیوں کو منفی کارروائی کا سامنا کرنا پڑا ہے کیونکہ آپ نے کام کی جگہ کے خدشات کے بارے میں بات کی ہے، یا مشغول ہیں یونین کی منظم سرگرمیوں میں؟ ہاں نہیں

37d. اگر "ہاں"، کیا ہوا؟

37e. کیا اب آپ اس آجر کے خلاف جوابی کارروائی کی شکایت درج کرنا چاہتے ہیں؟ ہاں نہیں

حصہ 11. اسسٹنس کا دعویٰ کریں۔

38a. کیا آپ کا کوئی نمائندہ ہے (جیسے نجی وکیل، وکالت گروپ)؟ ہاں نہیں

38b. اگر "ہاں"، تو شخص یا گروپ کا نام فراہم کریں:

38c. کیا اس نمائندے نے یہ دعویٰ دائر کرنے میں آپ کی مدد کی ہے؟ ہاں نہیں

38d. کیا آپ نے ادائیگی کی ہے، یا آپ اس نمائندے کو ادائیگی کرنے کا ارادہ رکھتے ہیں؟ ہاں نہیں

38e. کیا آپ چاہتے ہیں کہ ہم اس نمائندے سے آپ کے دعوے کے بارے میں بات کریں؟ ہاں نہیں
اگر ایسا ہے تو نمائندوں کو نمائندگی کا خط جمع کرانا ہوگا (LS 11).

38f. کیا نمائندے کے علاوہ کسی نے بھی اس فارم کو پر کرنے میں آپ کی مدد کی؟ ہاں نہیں

38g. اگر "ہاں" تو آپ کی مدد کس نے کی اور انہوں نے آپ کی مدد کیوں کی؟

اضافی تبصرے/مفید معلومات:

میں تصدیق کرتا ہوں کہ مندرجہ بالا معلومات میری معلومات کے مطابق درست ہیں، اور میں جانتا ہوں کہ جھوٹے بیانات دینے پر سزائیں ہیں۔ میں کمشنر آف لیبر، ٹپٹیز یا ایجنٹوں کو اختیار دیتا ہوں کہ وہ اس دعوے پر ادائیگی کے طور پر مجھے دینے گئے کسی بھی چیک یا منی آرڈر کو وصول کریں، میرے نام کی توثیق کریں اور کمشنر آف لیبر کے اکاؤنٹ میں جمع کرانیں۔ اگر میری رابطہ معلومات تبدیل ہو جائیں تو میں نیویارک اسٹیٹ ڈیپارٹمنٹ آف لیبر کو مطلع کروں گا۔

_____/_____/_____

الرٹ

دعویدار دستخط