

WE ARE YOUR DOL



নার্সদের জন্য বাধ্যতামূলক ওভারটাইম সংক্রান্ত অভিযোগের ফর্ম

* আবশ্যিক ক্ষেত্রগুলি দেখাচ্ছে

আপনি কি কোনও RN বা LPN, অথবা আপনি কি RB বা LPN-এর প্রতিনিধিত্ব করেন?* হ্যাঁ না

(আপনার উত্তর 'না' হলে, এই ফর্মটি পূরণ করবেন না।)

আপনি কি কোনও কভারড হেলথকেয়ার ফেসিলিটিতে কাজ করেন বা করেছেন, যেখানে আপনাকে বাধ্যতামূলকভাবে ওভারটাইম করতে হয়েছে?*

(কভারড ফেসিলিটির উদাহরণগুলির মধ্যে রয়েছে হাসপাতাল, নার্সিং হোম, আবাসিক স্বাস্থ্যসেবা সুবিধা, শিশু ও পরিবার পরিষেবার অফিস পরিচালিত বা লাইসেন্সপ্রাপ্ত ফেসিলিটি ইত্যাদি।) হ্যাঁ না

(আপনার উত্তর 'না' হলে, এই ফর্মটি পূরণ করবেন না।)

দাবিকারীর তথ্য

নাম* _____ পদবি* _____

আপনার ডাক ঠিকানা

স্ট্রিট _____

সিটি/টাউন _____ কাউন্টি _____ স্টেট _____ জিপ কোড _____

আপনার ফোন নম্বর* _____ আপনার ইমেল _____

আপনার কাজের দায়িত্বের পদ/বিবরণ*

আপনি কি ঘন্টা হিসাবে কাজ করেন? হ্যাঁ না

ইউনিয়নের সদস্যতা আছে? হ্যাঁ না

'হ্যাঁ' হলে, তার স্থানীয় নাম ও নম্বর দিন

ব্যবসায়িক তথ্য

ব্যবসার নাম* _____

ব্যবসার নাম ও ঠিকানা (কাউন্টি সহ)

স্ট্রিট* _____

সিটি/টাউন* _____ কাউন্টি* _____ স্টেট* _____ জিপ কোড _____

কাজের স্থানের ঠিকানা ও ব্যবসার ঠিকানা কি একই?* হ্যাঁ না

স্ট্রিট* _____

সিটি/টাউন* _____ কাউন্টি* _____ স্টেট* _____ জিপ কোড _____

সুপারভাইজারের নাম _____ সুপারভাইজারের ফোন নম্বর _____

নিয়োগকর্তার ব্যবসার প্রকৃতি*: হাসপাতাল নার্সিং হোম OCFS ফেসিলিটি অন্যান্য – ব্যাখ্যা করুন:

অভিযোগের বিস্তারিত বিবরণ

আপনাকে বাধ্যতামূলকভাবে ওভারটাইম করতে হয়েছে এমন প্রতিটি ঘটনার তারিখ, আপনার কাজের প্রকৃত সময়সূচি এবং আপনার ওভারটাইমের সময় প্রদান করুন।*

তারিখ	প্রকৃত সূচি			বাধ্যতামূলক ওভারটাইম			
	মাস/দিন/বছর	শুরু হওয়ার সময়	শেষ হওয়ার সময়	মোট ঘন্টা	শুরু হওয়ার সময়	শেষ হওয়ার সময়	মোট ঘন্টা।
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

আপনার নিয়োগকর্তা কি বাধ্যতামূলক ওভারটাইমের কারণ আপনাকে বুমিয়ে দিয়েছিলেন? হ্যাঁ না

"হ্যাঁ" হলে, কি কারণ বলেছিলেন?

"হ্যাঁ" হলে, কোন পরিস্থিতিতে?

এই ওভারটাইম কি কোনও জাতীয়, রাজ্য বা মিউনিসিপ্যাল স্তরের জরুরী অবস্থা বা বিপর্যয় বা অন্য কোন আপৎকালীন ঘটনার জন্য করতে হয়েছে? হ্যাঁ না নিশ্চিত নই

হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে ব্যাখ্যা করুন:

হ্যাঁ হলে, আপনার নিয়োগকর্তা আপৎকালীন পরিস্থিতিতে এই বাধ্যতামূলক ওভারটাইমের বিষয়ে DOH ও DOL-এ রিপোর্ট করেছে কি না, তা আপনি কি জানেন? হ্যাঁ না নিশ্চিত নই

ওভারটাইমের প্রয়োজন পড়েছিল কি এই কারণে যে, আপনার নিয়োগকর্তা মনে করেছিলেন রোগীর যত্ন পরিষেবা দরকার

আপৎকালীন হিসাবে? হ্যাঁ না নিশ্চিত নই

“হ্যাঁ” হলে, অনুগ্রহ করে ব্যাখ্যা করুন:

বাধ্যতামূলক ওভারটাইমের কারণের উপর নির্ভর করে, আপনার নিয়োগকর্তা হয়তো কর্মী নিয়োগ করার যথাসাধ্য প্রচেষ্টা করেছেন।
আপনার ধারণা অনুযায়ী নিম্নলিখিত প্রশ্নগুলির উত্তর দিন:

- a. আপনার নিয়োগকর্তা কি স্বৈচ্ছাসেবী হিসাবে ওভারটাইম করতে বলেছিলেন? হ্যাঁ না নিশ্চিত নই
- b. আপনার নিয়োগকর্তা কি অতিরিক্ত সময় কাজ করার জন্য উপলব্ধ থাকা কর্মচারীদের সাথে যোগাযোগ করেছিলেন?
 হ্যাঁ না নিশ্চিত নই
- c. আপনার নিয়োগকর্তা কি রোজ হিসাবে কাজ করা কর্মীদের সঙ্গে যোগাযোগ করেছিলেন? হ্যাঁ না নিশ্চিত নই
- d. আপনার নিয়োগকর্তা কি কোনও অস্থায়ী এজেন্সির সঙ্গে যোগাযোগ করেছিলেন? হ্যাঁ না নিশ্চিত নই

আপনার নিয়োগকর্তার কি নার্স কভারেজ প্ল্যান আছে? হ্যাঁ না

আপনার নিয়োগকর্তা কি প্রয়োজনীয় পোস্টার দেখিয়েছিলেন? <https://dol.ny.gov/restricted-nurse-hours-poster> হ্যাঁ না

আপনি কি কোনও ইউনিয়নের প্রতিনিধি, যিনি সদস্যদের তরফ থেকে এই অভিযোগ দায়ের করেছেন?* হ্যাঁ না

এই অভিযোগের বিষয়ে আপনার কাছে থাকা যেকোনো অতিরিক্ত তথ্য প্রদান করতে অনুগ্রহ করে নিচের স্থান ব্যবহার করুন।