

WE ARE YOUR DOL



Department
of Labor

नर्सों के लिए अनिवार्य ओवरटाइम शिकायत फ़ॉर्म

* आवश्यक फ़िल्ड की ओर संकेत करता है

क्या आप RN या LPN हैं या आप RB या LPN का प्रतिनिधित्व करते हैं?* हाँ नहीं

(यदि 'नहीं' है, तो कृपया इस फ़ॉर्म को पूरा न करें।)

क्या आप किसी कवर्ड स्वास्थ्य सुविधा में काम करते हैं या आपने काम किया है और आपको ओवरटाइम काम करने के लिए बाध्य किया गया है?* (कवरड सुविधाओं के उदाहरणों में अस्पताल, नर्सिंग होम, आवासीय स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएं, बाल और परिवार सेवा कार्यालय द्वारा संचालित या लाइसेंस प्राप्त सुविधाएं आदि शामिल हैं) हाँ नहीं

(यदि 'नहीं' है, तो कृपया इस फ़ॉर्म को पूरा न करें।)

दावेदार की जानकारी

पहला नाम* _____ उपनाम नाम* _____

आपका डाक पता

स्ट्रीट _____

शहर/कस्बा _____ काउंटी _____ राज्य _____ ज़िप कोड _____

आपका फ़ोन नंबर* _____ आपका ईमेल _____

कार्य पद/आपके कार्य के कर्तव्यों का विवरण*

क्या आप घंटे पर काम करने वाले कर्मचारी हैं? हाँ नहीं

यूनियन मेंबरशिप? हाँ नहीं

यदि 'हाँ', तो स्थानीय नाम और नंबर

व्यवसाय संबंधी जानकारी

व्यवसाय का नाम*

व्यवसाय का पता (काउंटी सहित) _____

स्ट्रीट* _____

शहर/कस्बा* _____ काउंटी* _____ राज्य* _____ ज़िप कोड _____

क्या कार्य स्थान व्यवसाय के पते के समान है?* हाँ नहीं

स्ट्रीट* _____

शहर/कस्बा* _____ काउंटी* _____ राज्य* _____ ज़िप कोड _____

सुपरवाइज़र का नाम _____ सुपरवाइज़र का फ़ोन नंबर _____

नियोक्ता के व्यवसाय का प्रकार*: अस्पताल नर्सिंग होम OCFS सुविधा अन्य - बताएं:

शिकायत विवरण

ऐसी हर एक घटना के लिए जिसके लिए आपको अनिवार्य ओवरटाइम काम करना पड़ा और मूल रूप से आपको काम करने के लिए निर्धारित तारीख और उसके घंटे बताएँ और ओवरटाइम के वे घंटे बताएँ जितने आपको काम करने की आवश्यकता थी।*

तिथि(याँ)	मूल शेड्यूल			अनिवार्य ओवरटाइम			
	मम/दिदि/वववव	शुरू करने का समय	समाप्ति समय	कुल घंटे	शुरू करने का समय	समाप्ति समय	कुल घंटे।
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

क्या आपके नियोक्ता ने अनिवार्य ओवरटाइम की वजह समझाई थी? हाँ नहीं

अगर "हाँ," तो क्या वजह दी गई थी?

अगर "हाँ," तो यह कैसी परिस्थिति थी?

क्या किसी घोषित राष्ट्रीय, राज्य या नगरपालिका आपातकाल या आपदा या अन्य विनाशकारी घटना के दौरान ओवरटाइम की आवश्यकता थी*? हाँ नहीं ठीक से नहीं पता

यदि हाँ, कृपया विस्तार से बताएँ:

यदि हाँ, तो क्या आप जानते हैं कि नियोक्ता आपातकालीन स्थिति के दौरान अनिवार्य ओवरटाइम के उपयोग की रिपोर्ट DOH और DOL को दे रहा है? हाँ नहीं ठीक से नहीं पता

क्या ओवरटाइम इसलिए आवश्यक था कि आपके नियोक्ता ने निर्धारित किया कि मरीज़ की देखभाल के लिए आपात स्थिति थी?

हाँ नहीं ठीक से नहीं पता

यदि "हाँ", कृपया विस्तार से बताएँ:

यदि "हाँ", कृपया विस्तार से बताएँ:

अनिवार्य ओवरटाइम की वजह के आधार पर हो सकता है कि आपके नियोक्ता को कर्मचारी पाने के वाजिब प्रयास पूर करने पड़े हों। कृपया निम्नलिखित प्रश्नों का अपनी श्रेष्ठ जानकारी के अनुसार उत्तर दें:

- a. क्या आपके नियोक्ता ने ओवरटाइम काम करने के लिए स्वयंसेवकों से पूछा था? हाँ नहीं ठीक से नहीं पता
- b. क्या आपके नियोक्ता ने ऐसे कर्मचारियों से संपर्क किया था जिन्होंने खुद को अतिरिक्त समय काम करने के लिए उपलब्ध कराया था? हाँ नहीं ठीक से नहीं पता
- c. क्या आपका नियोक्ता प्रतिदिन स्टाफ के संपर्क में रहता है? हाँ नहीं ठीक से नहीं पता
- d. क्या आपके नियोक्ता ने किसी अस्थायी एजेंसी से संपर्क किया? हाँ नहीं ठीक से नहीं पता

क्या आपके नियोक्ता के पास नर्स कवरज प्लान है? हाँ नहीं

क्या आपका नियोक्ता आवश्यक पोस्टर प्रदर्शित करता है? <https://dol.ny.gov/restricted-nurse-hours-poster> हाँ नहीं

क्या आप एक यूनियन प्रतिनिधि हैं जो अपने सदस्यों की ओर से यह शिकायत दर्ज करवा रहे हैं? * हाँ नहीं

कृपया इस शिकायत के संबंध में कोई भी अतिरिक्त जानकारी प्रदान करने के लिए नीचे दिए गए स्थान का इस्तेमाल करें।