

# WE ARE YOUR DOL



## نرسوں کی شکایت فارم کے لئے لازمی اور ٹائم

\* مطلوبہ فیلڈز کی نشاندہی کرتا ہے

کیا آپ RN یا LPN ہیں، یا کیا آپ RB یا LPN کی نمائندگی کرتے ہیں؟\*  ہاں  نہیں

(اگر 'نہیں'، تو براہ کرم اس فارم کو مکمل نہ کریں۔)

کیا آپ صحت کی دیکھ بھال کی ایک ایسی سہولت میں کام کرتے ہیں یا آپ نے کام کیا ہے اور آپ کو اور ٹائم کام کرنے کا حکم دیا گیا تھا؟\*  
(احاطہ شدہ سہولیات کی مثالوں میں اسپتال، نرسنگ ہوم، رہائشی صحت کی دیکھ بھال کی سہولیات، بچوں اور خاندانی خدمات کے دفتر کے ذریعہ  
چلائے جانے والے یا لائسنس یافتہ سہولیات وغیرہ شامل ہیں)  ہاں  نہیں

(اگر 'نہیں'، تو براہ کرم اس فارم کو مکمل نہ کریں۔)

### دعوے کی معلومات

پہلا نام\* \_\_\_\_\_ آخری نام\* \_\_\_\_\_

آپ کا میلنگ پتہ

\_\_\_\_\_ گلی

شہر/قصبہ: \_\_\_\_\_ ضلع: \_\_\_\_\_ ریاست: \_\_\_\_\_ زپ کوڈ \_\_\_\_\_

آپ کا فون نمبر\* \_\_\_\_\_ آپ کی ای میل \_\_\_\_\_

ملازمت کا عنوان / آپ کے کام کے فرائض کی تفصیل\*

\_\_\_\_\_

کیا آپ ایک گھنٹہ وار ملازم ہیں؟  ہاں  نہیں

یونین کی ممبرشپ؟  ہاں  نہیں

اگر 'ہاں'، تو مقامی نام اور نمبر

### کاروباری معلومات

\_\_\_\_\_ کاروبار کا نام\*

\_\_\_\_\_ کاروبار کا پتہ (بشمول کاؤنٹی)

\_\_\_\_\_ گلی\*

شہر/قصبہ\* \_\_\_\_\_ کاؤنٹی\* \_\_\_\_\_ ریاست\* \_\_\_\_\_ زپ کوڈ \_\_\_\_\_

کیا کام کا مقام کاروبار کے پتے کے برابر ہے؟\*  ہاں  نہیں  
گلی \*

شہر/قصبہ\* \_\_\_\_\_ کاؤنٹی\* \_\_\_\_\_ ریاست\* \_\_\_\_\_ زیپ کوڈ \_\_\_\_\_

سپروائزر کا نام \_\_\_\_\_ سپروائزر کا فون نمبر \_\_\_\_\_

آجر کے کاروبار کی نوعیت\*:  ہسپتال  نرسنگ ہوم  OCFS سہولت  دیگر – وضاحت کریں:

### شکایتوں کی تفصیلات

ہر اس واقعے کے لئے جس کے لئے آپ کو لازمی اور ٹائم کام کرنا پڑتا ہے، تاریخ، وہ گھنٹے فراہم کریں جو آپ کو اصل میں کام کرنے کے لئے مقرر کیے گئے تھے، اور اور ٹائم گھنٹے جو آپ کو کام کرنے کی ضرورت تھی۔\*

لازمی اور ٹائم		اصل نظام الاوقات		تاریخ (تواریخ)		
کل گھنٹے۔	ختم وقت	شروع وقت	کل گھنٹے۔	ختم وقت	شروع وقت	MM/DD/YYYY
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

کیا آپ کے آجر نے لازمی اور ٹائم کی وجہ بتائی؟  
اگر "ہاں"، تو اس کی وجہ بتائی گئی؟  ہاں  نہیں

اگر "ہاں"، تو حالات کیا تھے؟

کیا کسی اعلان کردہ قومی، ریاستی، یا میونسپل ایمرجنسی یا آفت یا دیگر تباہ کن واقعے کے دوران اور ٹائم کی ضرورت تھی؟\*  
 ہاں  نہیں  پتہ نہیں

اگر "ہاں"، تو براہ کرم وضاحت کریں:

اگر ہاں، تو کیا آپ جانتے ہیں کہ آجر ہنگامی صورتحال کے دوران لازمی اور ٹائم کے استعمال کی اطلاع DOH اور DOL کو دے رہا ہے؟  
 ہاں  نہیں  پتہ نہیں

کیا اور ٹائم کی ضرورت تھی کیونکہ آپ کے آجر نے طے کیا تھا کہ مریض کی دیکھ بھال تھی امرجنسی؟  ہاں  نہیں  پتہ نہیں  
اگر "ہاں"، تو براہ کرم وضاحت کریں:

لازمی اور ٹائم کی وجہ پر منحصر ہے، آپ کے آجر کو عملے کو حاصل کرنے کے لئے مناسب کوششوں کو ختم کرنے کی ضرورت ہو سکتی ہے۔  
براہ کرم اپنے علم کے مطابق درج ذیل سوالات کے جوابات دیں:

a. کیا آپ کے آجر نے رضاکاروں کو اور ٹائم کام کرنے کے لئے کہا تھا؟  ہاں  نہیں  پتہ نہیں

b. کیا آپ کے آجر نے ان ملازمین سے رابطہ کیا جنہوں نے خود کو اضافی وقت کام کرنے کے لئے دستیاب کرایا؟  ہاں  نہیں  پتہ نہیں

c. کیا آپ کے آجر نے فی ڈائیم عملے سے رابطہ کیا؟  ہاں  نہیں  پتہ نہیں

d. کیا آپ کے آجر نے کسی عارضی ایجنسی سے رابطہ کیا؟  ہاں  نہیں  پتہ نہیں

کیا آپ کے آجر کے پاس نرس کوریج پلان ہے؟  ہاں  نہیں

کیا آپ کا آجر مطلوبہ پوسٹر دکھاتا ہے؟ <https://dol.ny.gov/restricted-nurse-hours-poster>  ہاں  نہیں

کیا آپ یونین کے نمائندے ہیں جو اپنے ممبروں کی طرف سے یہ شکایت درج کرا رہے ہیں؟\*  ہاں  نہیں

براہ کرم اس شکایت کے بارے میں آپ کے پاس موجود کوئی بھی اضافی معلومات فراہم کرنے کے لئے نیچے دی گئی جگہ کا استعمال کریں۔