

केवल कार्यालय उपयोग के लिए:
LS ID _____
LCM _____
PV ☐ _____
कोई PV नहीं _____
वरीयता _____
इनके द्वारा लिया गया _____
तिथि ____/____/____

श्रम मानक कृषि श्रमिकों की शिकायत प्रपत्र

खेतिहर मजदूरों को इस फॉर्म का उपयोग अवैतनिक मजदूरी, अवैध कटौती, वेतन पूरक, न्यूनतम वेतन, ओवरटाइम, भोजन की अवधि नहीं, कोई अवकाश नहीं आदि का दावा करने के लिए करना चाहिए।

नोट: यह फॉर्म अंग्रेजी भाषा के अलावा अन्य भाषाओं में उपलब्ध है। न्यूयॉर्क राज्य में फार्म पर काम करने वाला कोई भी व्यक्ति न्यूयॉर्क राज्य श्रम विभाग को शिकायत कर सकता है।

कृपया आपके दावे से संबंधित भागों के लिए 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 ऊपर दिए गए पते पर वापस भेज दें।

यदि हमारे पास आगे बढ़ने के लिए पर्याप्त जानकारी नहीं है या यदि आपका दावा अमान्य प्रतीत होता है तो हम आपसे संपर्क करेंगे। इस फॉर्म को कैसे भरना है इस बारे में प्रश्न पूछने के लिए (888) 469-7365 पर कॉल करें।

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

1. नाम:(प्रथम) _____ (मध्य) _____ (उपनाम) _____
2. अन्य नाम जिससे आप काम पर जाने जाते हो: _____
- 3a. मेल का पता: नं.: _____ स्ट्रीट: _____ अपार्टमेंट नं.: _____
शहर/कस्बा: _____ काउंटी: _____ राज्य: _____ ज़िप कोड: _____
- 3b. स्थायी पता (यदि उपरोक्त से अलग हो): नं.: _____ स्ट्रीट: _____ अपार्टमेंट नं.: _____
शहर/कस्बा: _____ काउंटी: _____ राज्य: _____ ज़िप कोड: _____
4. फ़ोन: (_____) _____ 5. अन्य फ़ोन: (_____) _____
6. ईमेल: _____ 7. आपकी प्राथमिक/पसंदीदा भाषा: _____

भाग 2. जिसके खिलाफ दायर दावा (कृषि व्यवसाय और मालिक की जानकारी)

- 8a. व्यापार का नाम: _____
- 8b. कानूनी नाम (यदि भिन्न हो): _____
- 8c. कानूनी इकाई प्रकार: ☐ व्यक्तिगत ☐ LLC ☐ साझेदारी ☐ निगम ☐ अन्य: _____
- 8d. फार्म का प्रकार: ☐ भंडार ☐ पोल्ट्री ☐ डेरी ☐ फल/सब्ज़ी ☐ ग्रीनहाउस/नर्सरी ☐ अन्य: _____
- 8e. मेल का पता: नं.: _____ काउंटी: _____ तल/कमरा/सुइट#: _____
शहर/कस्बा: _____ देश: _____ राज्य: _____ ज़िप कोड: _____
- 8f. बिज़नेस फ़ोन: _____ 8g. ईमेल: _____
- 9a. मालिक(मालिकों) का नाम (के नाम) और पद(s): _____
- 9b. मेल का पता: नं.: _____ स्ट्रीट: _____ अपार्टमेंट नं.: _____
शहर/कस्बा: _____ काउंटी: _____ राज्य: _____ ज़िप कोड: _____

- 9c. मालिक का फ़ोन: _____ 9d. ईमेल: _____
10. कर्मचारियों की कुल #: _____
11. नियोक्ता का बैंक नाम और स्थान (चेक या चेक के भाग की प्रति संलग्न करें): _____

भाग 3. दावा दायर करने वाला व्यक्ति (कर्मचारी जानकारी)

12. आपकी नौकरी का शीर्षक: _____

13. आपके द्वारा किए गए काम का प्रकार:

14. कार्यस्थल पता/स्थान: नं.: _____ स्ट्रीट: _____

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

15. भर्ती की तिथि: ____/____/____

16. बिज़नेस के साथ आपका संबंध: ☐ अभी भी नियोजित ☐ ख़ारिज ☐ नौकरी छोड़ी ☐ अस्थायी रूप से निकाला गया

17. काम का आखिरी दिन: ____/____/____

18. आपका काम कैसा था ☐ मौसमी या ☐ पूरे वर्ष चलने वाला

19. आपको भर्ती करने वाले व्यक्ति का नाम और पद: _____

20. आपके प्रबंधक/पर्यवेक्षक/फ़ोरमैन का नाम: _____

21. उस व्यक्ति का नाम जिसने आपको वेतन दिए: _____

22. क्या आप काम के लिए नियमित रूप से न्यू यॉर्क राज्य के बाहर जाते रहते हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं

23a. क्या आप यूनियन के सदस्य थे? ☐ हाँ ☐ नहीं 23b. यदि "हाँ," तो यूनियन का नाम और लोकल नं.: _____

24a. भुगतान की आपकी दर: \$ _____ प्रति ☐ दिन ☐ सप्ताह ☐ घंटा ☐ पीस ☐ अन्य _____

24b. आपकी भुगतान के लिए ओवरटाइम दर: \$ _____

25a. आपके वेतन का दिन कौन सा था? ☐ सोमवार ☐ मंगलवार ☐ बुधवार ☐ गुरुवार ☐ शुक्रवार ☐ शनिवार ☐ रविवार

25b. यह किस अवधि को कवर करता है? (उदा. शुक्रवार से शनिवार) _____

26. आपको कितनी बार भुगतान दिया जाता था? ☐ दैनिक ☐ साप्ताहिक ☐ हर दो सप्ताह में ☐ अन्य _____

27. आपके वेतन का भुगतान कैसे किया जाता था? ☐ नक़द ☐ चेक ☐ प्रत्यक्ष जमा ☐ पे कार्ड

☐ संयोजन: (कृपया व्याख्या दें - उदाहरण कुछ भाग नक़द और कुछ भाग चेक द्वारा)

28a. क्या आपके नियोक्ता ने आपको आवास और सुविधाएं प्रदान की हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं 28b. यदि "हाँ," तो आपके वेतन से प्रति दिन \$ _____ या प्रति सप्ताह \$ _____ या प्रति माह \$ _____ कितनी राशि काटी गई थी?

28c. क्या आप नियोक्ता द्वारा प्रदान किए गया घर में स्वयं रहते थे या अन्य लोगों के साथ रहते थे? _____

29a. क्या आपने आमतौर पर अपने नियोक्ता द्वारा चलाए जा रहे कमिसरी से खरीदारी की थी? ☐ हाँ ☐ नहीं 29b. यदि "हाँ," आइटम सूचीबद्ध करें, और खरीद राशि या प्रत्येक आइटम के लिए आपके वेतन से कटौती की गई राशि:

आइटम: _____ डॉलर राशि: \$ _____

आइटम: _____ डॉलर राशि: \$ _____

30a. क्या आपसे नियोक्ता द्वारा किसी अन्य के रहने या उसके परिवहन खर्च के लिए शुल्क लिया जाता है? ☐ हाँ ☐ नहीं 30b. यदि "हाँ" तो वह क्या है और आपसे प्रति सप्ताह/माह कितना शुल्क लिया जाता है?

भाग 4. अभुक्त वेतन का दावा

यदि आपका वेतन बकाया है तो इस अनुभाग को भरें (यदि आपको ओवरटाइम वेतन देय है तो भाग 6 देखें)। प्रत्येक सप्ताह के लिए एक पंक्ति का उपयोग करें। सकल वेतन का मतलब करें या अन्य कटौतियों से पहले अर्जित राशि है। अतिरिक्त सप्ताहों के लिए, या अधिक जानकारी देने के लिए एक अलग शीट संलग्न करें।

A. पेट्रोल सप्ताह समाप्त होने की तिथि	B. सप्ताह में काम के दिनों की संख्या	C. सप्ताह में काम के घंटे	D. आपकी भुगतान के लिए दर (अर्जित या वादा की गई)	E. वेतन से अवैध कटौती (जैसे जुर्माना ब्रेकरेज आदि)	E. सप्ताह के लिए बकाया सकल वेतन	G. भुगतान किया गया सकल वेतन (यदि नियोक्ता ने बकाया वेतन में से कुछ का भुगतान कर दिया है तो उस राशि को यहाँ लिखें)	H. बकाया सकल वेतन और भुगतान किए गए सकल वेतन के बीच अंतर
उदा. 4/4/2017	7	35	\$16.00 प्रति घंटा		\$560 (CxD)	\$0	\$560 (F-G)
I. कुल							

31a. यदि आपका पेचेक बैंक (NSF) द्वारा स्वीकार नहीं किया गया था, तो कृपया चेक नंबर और पेट्रोल सप्ताह की समाप्ति तिथि प्रदान करें। यदि उपलब्ध हो, चेक की एक प्रति प्रदान करें: _____

31b. दावा सीमा: आपका वेतन दावा किस समय अवधि को कवर करता है? तिथि इस दिन से: ____/____/____ इस दिन तक: ____/____/____

भाग 5. अभुक्त वैतनिक अस्वस्थता अवकाश

इस सेक्शन में बीमार होने पर आपकी देय वैतनिक अवकाश के लिए भरें। न्यूयॉर्क राज्य श्रम कानून की धारा 196-बी में कर्मचारियों को वैतनिक अस्वस्थता अवकाश प्रदान करने के लिए पांच या अधिक कर्मचारियों वाले नियोक्ताओं या \$1 मिलियन से अधिक की शुद्ध आय की आवश्यकता होती है। 30 सितंबर, 2020 को न्यूयॉर्क राज्य में कवर किए गए कर्मचारियों ने प्रत्येक 30 घंटे के काम के लिए एक घंटे की दर से छुट्टी अर्जित करना शुरू किया। 1 जनवरी, 2021 से कर्मचारी अर्जित अवकाश का उपयोग करना शुरू कर सकते हैं।

A. उपार्जित समयावधि सवैतनिक अस्वस्थता अवकाश	B. उपार्जित अस्वस्थता सवैतनिक अवकाश की राशि	C. तिथि जब सवैतनिक अस्वस्थता अवकाश का लाभ उठाया गया	D. बकाया लाभ समय की मात्रा	E. भुगतान के नियमित दर	F. बकाया लाभ भुगतान की राशि
उदा. 9/30/20-1/8/21	16.5 घंटे	1/11/21	8 घंटे	\$20/घंटा	\$160
G. कुल					

भाग 6. अभुक्त वेतन का अनुपूरक दावा

आप पर बकाया वेतन अनुपूरकों के लिए इस अनुभाग को भरें। वेतन अनुपूरक अनुषंगी लाभ भुगतान हैं जिनका नियोक्ता द्वारा वादा किया जाता है जैसे: अवकाश वेतन, व्यय, अवकाश वेतन आदि।

32. वादा किए गए लाभों के बारे में बताएं या लिखित नीति/पुस्तिका की एक प्रति संलग्न करें:

A. बकाया लाभ का प्रकार	B. समयावधि लाभ कब अर्जित किया गया	C. तिथि लाभ भुगतान देय	D. बकाया लाभ समय की मात्रा	E. बकाया लाभ भुगतान की राशि	F. इनके द्वारा वादा किया गया:
उदा. अवकाश वेतन	1/1/16–12/31/16	1/1/17	1 सप्ताह	\$700	☒ लिखित नीति ☐ मौखिक वादा
					☐ लिखित नीति ☐ मौखिक वादा
					☐ लिखित नीति ☐ मौखिक वादा
					☐ लिखित नीति ☐ मौखिक वादा
G. कुल					

भाग 7. अभुक्त न्यूनतम वेतन या ओवरटाइम के लिए दावा

इस अनुभाग को भरें यदि आपको राज्य के न्यूनतम प्रति घंटा वेतन से कम का भुगतान किया गया था और/या आपको ओवरटाइम का भुगतान नहीं किया गया था। अधिकांश कर्मचारियों को कम से कम न्यूनतम वेतन और समय और ½ का भुगतान किया जाना चाहिए और यदि वे प्रति कैलेंडर सप्ताह में 60 घंटे से अधिक काम करते हैं।

- 33a. क्या आपको काम किए गए प्रत्येक घंटे के लिए न्यूनतम वेतन का भुगतान किया जाता है? ☐ हाँ ☐ नहीं
- 33b. क्या आपको 60 घंटे से अधिक काम किए गए घंटों के लिए घंटे का ½ गुना का भुगतान किया जाता है? ☐ हाँ ☐ नहीं
- 33c. क्या आपको 60 घंटे से अधिक काम किए गए घंटों के लिए भुगतान किया जाता है? ☐ हाँ ☐ नहीं 33d. यदि "हाँ", तो प्रति घंटे कितना?
- _____
- 33e. क्या आपको अपने 'अवकाश के दिन' काम करना पड़े तो क्या आपको समय और ½ का भुगतान किया जाता है? ☐ हाँ ☐ नहीं
- 33f. यदि उपरोक्त में से किसी के लिए भी "नहीं" है, तो कृपया इसकी व्याख्या करें और नीचे अपने कार्य सप्ताह का शेड्यूल भरें:

A. काम का दिन	B. काम के दिन की शुरुआत का समय	B. काम के दिन की समाप्ति का समय	D. भोजन के लिए अवकाश	E. कुल घंटे
उदाहरण	10:00 am	11:00 pm	30 मिनट	12.5 घंटे
रविवार	:	:		
सोमवार	:	:		
मंगलवार	:	:		
बुधवार	:	:		
गुरुवार	:	:		
शुक्रवार	:	:		
शनिवार	:	:		
F. कुल साप्ताहिक				

34a. क्या प्रति सप्ताह काम के घंटे ऊपर सूचीबद्ध के समान हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं

34b. यदि "नहीं," तो कृपया प्रति सप्ताह काम के घंटों की औसत संख्या का अपना अनुमान प्रदान करें: _____

34c. दावा सीमा: आपका न्यूनतम वेतन या ओवरटाइम के लिए दावा कितनी समयावधि को कवर करता है?

तिथि इस दिन से: ____ / ____ / ____ इस दिन तक: ____ / ____ / ____

भाग 8. गैर-वेतन शिकायत

यदि आप गैर-वेतनी संबंधी शिकायत करना चाहते हैं तो लागू होने वाले की जांच करें। सभी लागू होने वालों की जांच करें। कृपया व्याख्या करें और यदि आवश्यक हो तो एक अतिरिक्त शीट प्रदान करें।

नियोक्ता इसमें विफल रहा:

35a. ☐ 30-मिनट का खाना खाने का समय प्रदान करना

जब नियोक्ता भोजन की अवधि प्रदान करने में विफल रहा तब क्या आपको काम किए गए समय के लिए भुगतान किया गया था?

☐ हाँ ☐ नहीं

35b. ☐ एक वेतन विवरण प्रदान करें (आंशिक भुगतान करें)

35c. ☐ एक दिन का अवकाश प्रदान करें

35d. ☐ इनमें से कम से कम एक स्वीकार्य तरीके से कर्मचारी वेतन का भुगतान प्रदान करें: नकद/चेक/प्रत्यक्ष जमा/पेरोल डेबिट कार्ड (भुगतान कार्ड)

35e. ☐ प्रत्यक्ष जमा या पेरोल डेबिट कार्ड द्वारा वेतन के भुगतान के लिए लिखित कर्मचारी अनुमति प्राप्त करें।

35f. ☐ एक समाप्ति नोटिस प्रदान करें

35g. ☐ कृपया संपूर्ण आवश्यक जानकारी के साथ भुगतान दर की सूचना प्रदान करें _____

35h. ☐ वेतन का भुगतान समय पर करें

35i. ☐ वेतन का भुगतान "बुक्स पर करें"

35j. ☐ आवश्यक न्यू यॉर्क स्टेट सैवैतनिक अस्वस्थता अवकाश के उपार्जन के लिए प्रदान करें _____

35k. ☐ आवश्यक नोटिस/कृषि न्यूनतम वेतन पोस्टर पोस्ट करें

35l. ☐ अवयस्कों (18 वर्ष से कम) के रोज़गार के नियमों का पालन करें

35m. ☐ सुलभ पेयजल उपलब्ध कराएं

35n. ☐ शौचालय और हाथ धोने की सुविधाएं प्रदान करें

35o. ☐ एक सप्ताह में अनैच्छिक रूप से 60 घंटे से अधिक काम करने के लिए मजबूर करना

35p. ☐ अन्य _____

भाग 9. दावे की पृष्ठभूमि

36a. क्या आपने अपने वेतन के लिए पुछा? ☐ हाँ ☐ नहीं

36b. यदि "हाँ," तो इसकी व्याख्या करें। आपके कब और किस से पूछा, और क्या हुआ?

भाग 10. जवाबी कार्रवाई

37a. क्या आपने इस और दूसरे श्रमिक कानून उल्लंघन के बारे में शिकायत की? ☐ हाँ ☐ नहीं

37b. यदि "हाँ", तो फिर क्या हुआ?

37c. क्या आपको और आपके सहकर्मियों को नकारात्मक कार्रवाई का सामना करना पड़ा है क्योंकि आपने कार्यस्थल की समस्याओं के बारे में बात की थी, या संघ आयोजन गतिविधियों में भाग लिया? ☐ हाँ ☐ नहीं

37d. यदि "हाँ", तो फिर क्या हुआ?

37e. क्या अब आप इस नियोक्ता के खिलाफ जवाबी शिकायत करना चाहते हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं

भाग 11. दावा सहायता

38a. क्या आपका कोई प्रतिनिधि (उदा. निजी वकील, वकालत समूह) है? ☐ हाँ ☐ नहीं

38b. यदि "हाँ," तो व्यक्ति या समूह का नाम प्रदान करें: _____

38c. क्या इस प्रतिनिधि ने इस दावे को फाइल करने में आपकी मदद की? ☐ हाँ ☐ नहीं

38d. क्या आपने भुगतान किया है, या क्या आप इस प्रतिनिधि को भुगतान करने की योजना बना रहे हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं

38e. क्या आप चाहते हैं कि आपके दावे के बारे में हम इस प्रतिनिधि से बात करें? ☐ हाँ ☐ नहीं
यदि हाँ, तो प्रतिनिधियों को प्रतिनिधित्व पत्र (LS 11) जमा करना होगा।

38f. क्या प्रतिनिधि के आलावा किसी ने इस फॉर्म को भरने में आपकी सहायता की? ☐ हाँ ☐ नहीं

38g. यदि "हाँ," तो आपकी सहायता किसने और क्यों की? _____

अतिरिक्त टिप्पणियां/उपयोगी जानकारी:

मैं प्रमाणित करता/ती हूँ कि ऊपर दी गई जानकारी मेरी जानकारी के अनुसार सही है, और मुझे पता है कि गलत बयान देने के लिए दंड का प्रावधान है। मैं श्रम आयुक्त, प्रतिनियुक्ति या एजेंटों को इस दावे पर भुगतान के रूप में मुझे दिए गए किसी भी चेक या मनी ऑर्डर को प्राप्त करने, मेरे नाम का समर्थन करने और श्रम आयुक्त के खाते में जमा करने के लिए अधिकृत करता/ती हूँ। अगर मेरी संपर्क जानकारी बदलती है तो मैं न्यूयॉर्क राज्य के श्रम विभाग को सूचित करूंगा/गी।

दावेदार के हस्ताक्षर

तिथि