



## لیبر اسٹینڈرڈز کی شکایت کا فارم

غیر ادا شدہ اجرت، غیر قانونی کٹوتیوں، اجرت کے سپلیمنٹس، کم از کم اجرت، اور ٹائم، کھانے کی مدت نہیں، وغیرہ کا دعویٰ کرنے کے لیے اس فارم کا استعمال کریں۔

**نوٹ:** یہ شکایت فارم انگریزی کے علاوہ دیگر زبانوں میں دستیاب ہے۔ نیو یارک ریاست میں کام کرنے والا کوئی بھی شخص نیویارک ریاست محکمہ برائے مزدوری سے شکایت کر سکتا ہے۔ اس فارم کو پُر کرنے سے پہلے دعویٰ دائر کرنے کے بارے میں معلومات (LS223.2) کو پڑھنا یقینی بنائیں۔

براہ کرم اپنے دعوے سے متعلق ہر حصے کے تمام سوالات کے جوابات دیں۔ 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۔

### ہم درج ذیل اجرت یا اضافی دعوے قبول نہیں کر سکتے:

- نیویارک ریاست سے باہر کیے گئے کام کے لیے۔
- انتظامی، ایگزیکٹو، یا پیشہ ورانہ صلاحیت میں ملازمت کرنے والے ہر فرد سے جو فی ہفتہ \$1300 سے زیادہ کماتے ہیں (وہ سیکشنز [7] 190 اور [3] c-198 کے تحت کوریج سے ہٹا دئے گئے ہیں)۔
- کسی عوامی ادارے جیسے قصبہ، کاؤنٹی، یا شہر کی ملازمت میں لگے افراد سے۔
- ان افراد سے جو اپنے لیے کاروبار میں ہیں۔
- عوامی کام کے پروجیکٹ پر کیے گئے کام کے لیے (فارم PW-4 استعمال کریں)۔

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

1. نام: (پہلا) (درمیانی) (آخری)
2. دوسرا نام جسے کام پر جانا جاتا ہو:
3. ڈاک کا پتہ: نمبر: گلی: اپارٹمنٹ #
- شہر/قصبہ: کاؤنٹی: ریاست: زپ کوڈ:
4. فون: ( ) 5. دیگر فون: ( )
6. ای میل: 7. آپ کی بنیادی/ترجیحی زبان:

### حصہ 2. (کاروبار/کاروباری مالک کی معلومات) کے خلاف دعویٰ دائر کیا گیا

- a8. کاروبار کا نام:
- b8. قانونی نام (اگر مختلف ہو):
- c8. قانونی ادارے کی قسم:  فرد  LLC  شراکت داری  کارپوریشن  دیگر:
- d8. ڈاک کا پتہ: نمبر: گلی: فلور/کمرہ/سوٹ:#
- شہر/قصبہ: کاؤنٹی: ریاست: زپ کوڈ:
- e8. کاروبار کا فون: ( ) f8. ای میل:

a9. مالک(مالکان) کا نام اور عنوان(عنوانات)

b9. ڈاک کا پتہ: نمبر: گلی: اپارٹمنٹ #: ریاست: زپ کوڈ:

c9. مالک کا فون: ( ) d9. ای میل:

10. کاروبار کی قسم:  ریستوران  ریٹیل اسٹور  گھریلو مدد  تعمیر  دفتر  دیگر:

11. کام کے کاروباری اوقات: 12. کل # ملازمین:

a13. کیا کمپنی اب بھی کاروبار میں ہے؟  ہاں  نہیں b13. اگر "نہیں" تو کاروبار کب بند ہوا؟

14. ملازم کے بینک کا نام اور محل وقوع (چیک یا چیک سٹب کی کاپی منسلک کریں):

15. کیا آجر نے دیوالیہ پن کے لیے درخواست دائر کی ہے؟  ہاں  نہیں  نامعلوم

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

16. آپ کی ملازمت کا عہدہ: 17. آپ نے جس قسم کا کام انجام دیا:

18. بھرتی کی تاریخ: 19. آپ کی خدمات حاصل کرنے والے شخص کا نام اور عہدہ

20. آپ کے مینیجر/سپروائزر/فورمین کے نام:

21. اس شخص کا نام جس نے آپ کی اجرت ادا کی:

22. کام کی جگہ کا پتہ: نمبر: گلی: فلور/کمرہ/سوٹ#: زپ کوڈ:

شہر/قصبہ: کاؤنٹی: ریاست: زپ کوڈ:

23. کیا آپ باقاعدگی سے نیو سے باہر سفر کرتے ہیں کام کے لئے بارک ریاست؟  ہاں  نہیں

24. کاروبار کے ساتھ آپ کا تعلق:  خود روزگار  فارغ ہو گئے  چھوڑ دیا  عارضی طور پر فارغ

a25. کام کرنے کا آخری دن: b25. چھوڑنے کی وجہ:

a26. کیا آپ کسی یونین کے رکن تھے؟  ہاں  نہیں b26. اگر "ہاں"، یونین کا نام اور مقامی نمبر:

a27. آپ کی تنخواہ کی شرح: \$ فی دن  دن  ہفتہ  گھنٹہ  دیگر

b27. آپ کی ادائیگی کی اوور ٹائم شرح: \$

a28. کیا آپ کو مستقل بنیادوں پر بخشش حاصل ہوئی  ہاں  نہیں b28. اگر "ہاں" تو، فی گھنٹہ اوسط کتنا؟

c28. کیا آپ کے آجر نے آپ کے یا کسی دوسرے ملازم کی بخشش رکھی ہیں؟  نہیں  ہاں  آپ کی  ہاں - دوسروں کی

d28. اگر "ہاں"، تو کتنا؟ براہ کرم وضاحت کریں:

a29. آپ کی دن کی تنخواہ کیا تھی؟  پیر  منگل  بدھ  جمعرات  جمعہ  سنیچر  اتوار

b29. اس احاطہ نے کس مدت کا احاطہ کیا؟ (جیسے جمعہ کے ذریعے سنیچر)

30. آپ کو کتنی بار ادائیگی کی گئی؟  روزانہ  ہفتہ وار  ہر دو ہفتے  دیگر

31. آپ کو اجرت کی ادائیگی کیسے کی جاتی تھی؟  نقد  چیک  براہ راست جمع  پے کارڈ

مجموعہ: (براہ کرم وضاحت کریں - جیسے کچھ نقد اور کچھ چیک سے)

a32. کیا آپ کو یونیفارم پہننے کی ضرورت تھی؟  ہاں  نہیں b32. اگر "ہاں" تو یونیفارم کی وضاحت کریں

c32. کیا یونیفارم مفت تھی؟  ہاں  نہیں d32. اگر "نہیں" تو کیا آپ نے یونیفارم خریدا تھا اور اسکی کتنی قیمت تھی؟



## حصہ 6. غیر معاوضہ اجرت کا سپلیمنٹ دعویٰ

آپ پر واجب الادا اجرت کے سپلیمنٹس کے لیے اس حصے کو پُر کریں۔ اجرت کے ضمیمے آجر کی طرف سے وعدہ کردہ فرنچ بینیفٹ ادائیگیاں ہیں جیسے: چھٹیوں کی تنخواہ، اخراجات، اور چھٹی کی تنخواہ وغیرہ۔

34. تحریری پالیسی/بینڈ بک کی کاپی کا وعدہ کردہ فوائد کی وضاحت کریں یا منسلک کریں:

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

اس سیکشن کو پُر کریں اگر آپ کو ریاست کی کم از کم گھنٹہ اجرت سے کم ادائیگی کی گئی تھی اور/یا آپ کو اوور ٹائم ادا نہیں کیا گیا تھا، یا اگر آپ کا ایک دن میں 2 شفٹوں میں کام کرنے، یا ایک دن میں 10 گھنٹے سے زیادہ کام کرنے کا اجرت بقایا ہے۔ 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 40 گھنٹے سے زیادہ کام کرتے ہیں۔

a35. کیا آپ نے ہر گھنٹے کے کام کے لئے کم از کم اجرت ادا کی ہے؟  ہاں  نہیں

b35. کیا آپ کو 40 سے زائد گھنٹے کام کرنے کے لیے وقت کا 1/2 ادا کیا جاتا ہے؟  ہاں  نہیں

c35. کیا آپ کو 40 سے زیادہ گھنٹے کام کرنے کے لئے کوئی اجرت ادا کی جاتی ہے؟  ہاں  نہیں 3 d35. اگر "ہاں"، تو فی گھنٹہ کتنا؟

e35. کیا آپ کو ایک دن میں 2 شفٹوں میں کام کرنے یا ایک دن میں 10 گھنٹے سے زیادہ کام کرنے کے لیے اضافی گھنٹے کی ادائیگی کی جاتی ہے؟

ہاں  نہیں

f35. اگر مندرجہ بالا میں سے کسی کو "نہیں" ہے، تو براہ کرم وضاحت کریں اور نیچے اپنے کام کے ہفتے کے شیڈول کو پُر 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	صبح 10:00 بجے	شام 11:00 بجے	30 منٹ	12.5 گھنٹے
اتوار	:	:		
پیر	:	:		
منگل	:	:		
بدھ	:	:		
جمعرات	:	:		
جمعہ	:	:		
سنیچر	:	:		
				F. ہفتہ وار کل

- a36. کیا ہر ہفتے کام کرنے والے گھنٹے اسی سے اوپر درج ہوتے ہیں  ہاں  نہیں
- b36. اگر "نہیں"، تو براہ کرم ہر ہفتے کام کیے جانے والے گھنٹوں کی اوسط تعداد کا اپنا تخمینہ فراہم کریں:
- c36. کیا آپ پر کال ان تنخواہ، یا یکساں دیکھ بھال کی تنخواہ واجب الادا ہے؟ اگر ہاں، تو براہ کرم وضاحت کریں اور تاریخ فراہم کریں۔

d36. دعوے کی حد: آپ کی کم از کم اجرت یا اوور ٹائم کلیم کس مدت کا احاطہ کرتا ہے؟  
تاریخ سے: \_\_\_\_\_ تک:

- e36. مندرجہ بالا دعوے کی حد کے دوران ادائیگی کی اپنی باقاعدہ اور اوور ٹائم شرحوں کے بارے میں معلومات فراہم کریں۔  
تاریخ سے: \_\_\_\_\_ تک:  
باقاعدہ: \$ \_\_\_\_\_ فی \_\_\_\_\_ اور ٹائم: \$ \_\_\_\_\_ فی \_\_\_\_\_  
تاریخ سے: \_\_\_\_\_ تک:  
باقاعدہ: \$ \_\_\_\_\_ فی \_\_\_\_\_ اور ٹائم: \$ \_\_\_\_\_ فی \_\_\_\_\_  
تاریخ سے: \_\_\_\_\_ تک:  
باقاعدہ: \$ \_\_\_\_\_ فی \_\_\_\_\_

### 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:

- a37.  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
- b37.  اجرت کا بیان فراہم کریں (بے اسٹب) \_\_\_\_\_
- c37.  آرام کا ایک دن فراہم کریں \_\_\_\_\_
- d37.  تمام مطلوبہ معلومات کے ساتھ تنخواہ کی شرح کا نوٹس فراہم کریں \_\_\_\_\_
- e37.  مطلوبہ نیو یارک ریاست ادا شدہ بیماری کی چھٹی کے حصول کے لیے فراہم کریں \_\_\_\_\_
- f37.  مطلوبہ نوٹس/کم از کم اجرت کا پوسٹر پوسٹ کریں \_\_\_\_\_
- g37.  نابالغ بچوں کی ملازمت کے قواعد پر عمل کریں (18 سال سے کم عمر) \_\_\_\_\_
- h37.  دیگر \_\_\_\_\_

### حصہ 9. دعوے کا پس منظر

- a38. کیا آپ نے اپنی اجرت مانگی؟  ہاں  نہیں
- b38. اگر "ہاں"، تو براہ کرم وضاحت کریں۔ آپ نے کس سے اور کب پوچھا اور کیا ہوا؟

c38. کیا آپ اپنی اجرت کی وصولی کے لیے پہلے ہی کارروائی کر چکے ہیں، جیسے چھوٹے دعوے عدالت میں دائر کرنا یا مقدمہ دائر کرنا؟  
 ہاں  نہیں

d38. اگر "ہاں"، تو براہ کرم وضاحت کریں۔ \_\_\_\_\_

## حصہ 10۔ اسسٹنس کا دعویٰ کریں

- a39. کیا آپ کا کوئی نمائندہ ہے (جیسے نجی وکیل، وکالت گروپ)؟  ہاں  نہیں
- b39. اگر "ہاں"، تو شخص یا گروپ کا نام فراہم کریں:
- c39. کیا اس نمائندے نے یہ دعویٰ دائر کرنے میں آپ کی مدد کی ہے  ہاں  نہیں
- d39. کیا آپ نے ادائیگی کی ہے، یا آپ اس نمائندے کو ادائیگی کرنے کا ارادہ رکھتے ہیں  ہاں  نہیں
- e39. 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).
- f39. کیا نمائندے کے علاوہ کسی نے بھی اس فارم کو پر کرنے میں آپ کی مدد کی؟  ہاں  نہیں
- g39. اگر "ہاں" تو آپ کی مدد کس نے کی اور انہوں نے آپ کی مدد کیوں کی؟

## اضافی تبصرے/مفید معلومات:

یہ دعویٰ پیش کر کے، آپ تسلیم کرتے ہیں اور سمجھتے ہیں کہ NYS DOL، کمشنر آف لیبر اتھارٹی کی صوابدید پر، تحقیقات کی قبولیت کے لئے آپ کے دعوے کا جائزہ لے گا، قبول شدہ کسی بھی دعوے پر تحقیقات کے دائرہ کار کا تعین کرے گا، اور جتنی جلدی ممکن ہو دعووں کو حل کرے گا۔ شکایات کے ازالے اور خلاف ورزیوں کے حل کا تعین کمشنر آف لیبر کے ذریعہ کیا جائے گا۔

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، ڈپٹی 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۔

تاریخ

دعویٰ دار دستخط

اپنا مکمل فارم صفحہ 1 والے پتے پر واپس کریں -