

|                  |                 |
|------------------|-----------------|
| Office Use Only: |                 |
| LS ID            | _____           |
| LCM              | _____           |
| PV               | Priority _____  |
| Taken by         | _____           |
| Date             | ___ / ___ / ___ |

## श्रम मानक शिकायत फॉर्म

इस फॉर्म का उपयोग अवैतनिक मजदूरी, अवैध कटौती, वेतन पूरक, न्यूनतम वेतन, ओवरटाइम, भोजन की अवधि नहीं, कोई अवकाश नहीं, आराम का कोई दिन नहीं आदि का दावा करने के लिए करें।

**नोट:** यह शिकायत फॉर्म अंग्रेजी के अलावा अन्य भाषाओं में उपलब्ध है। New York राज्य में काम करने वाला कोई भी व्यक्ति New York राज्य श्रम विभाग (Department of Labor) को शिकायत कर सकता है। इस फॉर्म को भरने से पहले दावा दायर करने के बारे में जानकारी (LS223.2) पढ़ना सुनिश्चित करें।

कृपया अपने दावे से संबंधित प्रत्येक भाग 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।

### हम निम्नलिखित वेतन या पूरक दावों को स्वीकार नहीं कर सकते:

- New York राज्य के बाहर किए गए कार्य के लिए।
- प्रशासनिक, कार्यकारी, या पेशेवर क्षमता में नियोजित किसी भी व्यक्ति से जो प्रति सप्ताह कुल \$1,300 से अधिक कमाता है (उन्हें धारा 190[7] और 198-c[3] के तहत कवरेज से बाहर रखा गया है)।
- एक सार्वजनिक इकाई जैसे कि कोई शहर, काउंटी या शहर द्वारा नियोजित व्यक्तियों से।
- उन व्यक्तियों से जो अपने लिए व्यवसाय करते हैं।
- सार्वजनिक कार्य परियोजना पर किए गए कार्य के लिए (फॉर्म PW-4 का उपयोग करें)।

### भाग 1. दावा दायर करने वाला व्यक्ति (कर्मचारी/शिकायतकर्ता संबंधी जानकारी)

1. नाम: (प्रथम) \_\_\_\_\_ (मध्य) \_\_\_\_\_ (अंतिम) \_\_\_\_\_
2. अन्य नाम जिससे आप काम पर जाने जाते हो: \_\_\_\_\_
3. डाक पता: \_\_\_\_\_ अपार्टमेंट #: \_\_\_\_\_ शहर/कस्बा: \_\_\_\_\_  
काउंटी: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ ज़िप कोड: \_\_\_\_\_
4. फ़ोन: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 5. अन्य फ़ोन: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
6. ईमेल: \_\_\_\_\_ 7. आपकी मुख्य/पसंदीदा भाषा: \_\_\_\_\_

### भाग 2. जिनकेके खिलाफ दाव दायरा किया गया (व्यवसाय/व्यवसाय के स्वामी की जानकारी)

- 8a. व्यवसाय का नाम: \_\_\_\_\_
- 8b. कानूनी नाम (यदि भिन्न हो): \_\_\_\_\_
- 8c. कानूनी निकाय प्रकार: व्यक्ति    LLC    भागीदारी    कॉर्पोरेशन    अन्य: \_\_\_\_\_

- 8d. डाक पता: \_\_\_\_\_ तल/कमरा/सुइट#: \_\_\_\_\_ शहर/कस्बा: \_\_\_\_\_  
काउंटी: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ ज़िप कोड: \_\_\_\_\_
- 8e. व्यवसाय फ़ोन: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 8f. ईमेल: \_\_\_\_\_
- 9a. मालिक (मालिकों) का (के) नाम और पद: \_\_\_\_\_

- 9b. डाक पता: \_\_\_\_\_ अपार्टमेन्ट #: \_\_\_\_\_ शहर/कस्बा: \_\_\_\_\_  
काउंटी: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ ज़िप कोड: \_\_\_\_\_

- 9c. मालिक का फ़ोन: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 9d. ईमेल: \_\_\_\_\_

10. व्यापार का प्रकार: रेस्टोरेंट रिटेल स्टोर घरेलू सहायता भवन निर्माण कार्यालय  
अन्य: \_\_\_\_\_

11. व्यवसाय के काम के घंटे: \_\_\_\_\_ 12. कर्मचारियों की कुल #: \_\_\_\_\_

- 13a. क्या कंपनी अब भी काम करती है? हाँ नहीं 13b. अगर "नहीं," तो व्यवसाय कब बंद हुआ? \_\_\_\_\_

14. नियोक्ता के बैंक का नाम और स्थान (चेक या चेक स्टब की प्रति जोड़ें): \_\_\_\_\_

15. क्या नियोक्ता ने दिवाला निकाला है? हाँ नहीं अज्ञात

### भाग 3. दावा दायर करने वाला व्यक्ति (नौकरी संबंधी जानकारी)

16. आपका पद नाम: \_\_\_\_\_

17. आपके द्वारा किए गए काम का प्रकार: \_\_\_\_\_

18. नियुक्ति की तिथि: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 19. आपको नियुक्त करने वाले व्यक्ति का नाम और पद: \_\_\_\_\_

20. आपके प्रबंधक/पर्यवेक्षक/फोरमैन का नाम: \_\_\_\_\_

21. आपको वेतन देने वाले व्यक्ति का नाम: \_\_\_\_\_

22. कार्यस्थल का पता: \_\_\_\_\_ तल/कमरा/सुइट#: \_\_\_\_\_ शहर/कस्बा: \_\_\_\_\_  
काउंटी: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ ज़िप कोड: \_\_\_\_\_

23. क्या आप काम के लिए नियमित रूप से New York राज्य के बाहर जाते रहते हैं? हाँ नहीं

24. व्यवसाय से आप का संबंध:

अभी भी नियोजित निकाल दिए गए छोड़ दी अस्थायी रूप से नौकरी से मुक्त किया गया

- 25a. काम का आखिरी दिन: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 25b. छोड़ने का कारण: \_\_\_\_\_

- 26a. क्या आप यूनियन के सदस्य थे? हाँ नहीं 26b. यदि "हाँ," तो यूनियन का नाम और लोकल नं: \_\_\_\_\_

- 27a. आपकी भुगतान के लिए दर: \$ \_\_\_\_\_ प्रति दिन सप्ताह घंटा अन्य : \_\_\_\_\_

- 27b. आपके ओवरटाइम वेतन की दर: \$ \_\_\_\_\_



33b. दावे का रेंज: आपका वेतन का दावा किस समय अवधि को कवर करता है?

शुरू होने की तिथि \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ तक \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

### भाग 5. बकाया सवेतन बीमारी की छुट्टी

आपके देय सवेतन बीमारी की छुट्टी के लिए इस विभाग को भरें। New York State Labor law (न्यूयॉर्क राज्य श्रम कानून) की धारा 196-बी के तहत, पाँच या अधिक कर्मचारी या \$1 मिलियन से अधिक की निवल आय वाले नियोक्ताओं को अपने कर्मचारियों को सवेतन बीमारी की छुट्टी देना आवश्यक 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 छुट्टी का उपयोग करना शुरू कर सकते हैं।

| A. सवेतन बीमारी की छुट्टी अर्जित करने की अवधि | B. अर्जित सवेतन बीमारी की छुट्टी की मात्रा | C. सवेतन बीमारी की छुट्टी (छुट्टियों) के उपयोग की तिथि(याँ) | D. देय बेनिफिट वक्त की मात्रा | E. वेतन की नियमित दर | F. बेनिफिट भुगतान की देय राशि |
|---|--|---|-------------------------------|----------------------|-------------------------------|
| उदा. 9/30/20-1/8/21                           | 16.5 घंटे                                  | 1/11/21   | 8 घंटे                        | \$20/घंटा            | \$160                         |
|   |  |   |                               |                      |                               |
|   |  |   |                               |                      |                               |
|   |  |   |                               |                      |                               |
| <b>G. कुल</b>                                 |  |   |                               |                      |                               |

### भाग 6. बकाया वेतन सप्लीमेन्ट का दावा

आपके देय वेतन सप्लीमेन्ट के लिए इस विभाग को भरें। वेतन सप्लीमेन्ट अनुषंगी लाभ भुगतान हैं जिनका नियोक्ता द्वारा वादा किया जाता है जैसे: वेकेशन का वेतन, एक्सपेन्सिस, और ल्यौहारों का वेतन आदि।

34. वादा किए गए बेनिफिट्स बताएं या लिखित नीति/हैंडबुक की एक प्रति संलग्न करें:

| A. देय बेनिफिट का प्रकार | B. अर्जित टाइम पीरियड बेनिफिट | C. बेनिफिट भुगतान देय तिथि | D. देय बेनिफिट टाइम की मात्रा | E. देय बेनिफिट भुगतान की राशि | F. बेनिफिट का वादा करने वाला:   |
|--------------------------|-------------------------------|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---|
| उदा. अवकाश वेतन          | 1/1/16-12/31/16               | 1/1/17                     | 1 सप्ताह                      | \$700                         | <input checked="" type="checkbox"/> लिखित नीति<br><input type="checkbox"/> मौखिक वादा |
|                          |                               |                            |                               |                               | लिखित नीति<br>मौखिक वादा  |
|                          |                               |                            |                               |                               | लिखित नीति<br>मौखिक वादा  |
|                          |                               |                            |                               |                               | लिखित नीति<br>मौखिक वादा  |
| <b>G. कुल</b>            |                               |                            |                               |                               |   |

## भाग 7. बकाया न्यूनतम वेतन या ओवरटाइम का 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, या अगर आपको एक दिन में 2 शिफ्ट में काम करने के लिए, या एक दिन में 10 घंटे से अधिक काम करने के लिए अतिरिक्त वेतन प्राप्त है। अधिकांश कर्मचारियों को कम से कम न्यूनतम वेतन और समय और ½ का भुगतान किया जाना चाहिए, यदि वे प्रति सप्ताह में 40 घंटे से अधिक काम करते हैं।

- 35a. क्या आपको काम किए गए प्रत्येक घंटे के लिए न्यूनतम वेतन का भुगतान किया जाता है? हाँ नहीं
- 35b. क्या आपको 40 से अधिक घंटों के लिए काम करने पर अतिरिक्त घंटों के लिए डेढ़ गुना दर पर वेतन चुकाया जाता है? हाँ नहीं
- 35c. क्या आपको 40 घंटे से अधिक काम करने पर अतिरिक्त घंटों के लिए वेतन चुकाया जाता है? हाँ नहीं
- 35d. यदि "हाँ", तो प्रति घंटा कितना? \_\_\_\_\_
- 35e. क्या आपको एक दिन में 2 शिफ्ट में काम करने पर एक घंटे का अतिरिक्त भुगतान किया जाता है या एक दिन में 10 घंटे से अधिक काम करने पर? हाँ नहीं
- 35f. यदि उपरोक्त में से किसी के लिए भी "नहीं" है, तो कृपया नीचे अपने कार्य सप्ताह का शेड्यूल भरें:

| A. काम का दिन           | B. काम का दिन शुरू होने का समय | C. काम का दिन पूरा होने का समय | D. भोजन के लिए छुट्टी | E. कुल घंटे |
|-------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------|-------------|
| उदाहरण                  | 10:00 am                       | 11:00 pm                       | 30 मिनट               | 12.5 घंटे   |
| रविवार                  | :                              | :                              |                       |             |
| सोमवार                  | :                              | :                              |                       |             |
| मंगलवार                 | :                              | :                              |                       |             |
| बुधवार                  | :                              | :                              |                       |             |
| गुरुवार                 | :                              | :                              |                       |             |
| शुक्रवार                | :                              | :                              |                       |             |
| शनिवार                  | :                              | :                              |                       |             |
| <b>F. साप्ताहिक योग</b> |                                |                                |                       |             |

- 36a. क्या प्रति सप्ताह काम के घंटे ऊपर सूचीबद्ध हैं? हाँ नहीं
- 36b. यदि "नहीं," तो कृपया प्रति सप्ताह काम के घंटों की औसत संख्या का अपना अनुमान प्रदान करें: \_\_\_\_\_
- 36c. क्या आप कॉल-इन वेतन, या वर्दी रखरखाव भुगतान के लिए बकाया है? हाँ नहीं  
यदि हाँ, कृपया विस्तार से बताएं और तिथियाँ प्रदान करें: \_\_\_\_\_
- 36d. दावे का रेंज: आपका न्यूनतम वेतन या ओवरटाइम के लिए दावा कितनी समयावधि को कवर करता है?  
शुरू होने की तिथि \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ तक \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

36e. उपरोक्त दावा सीमा के दौरान अपने वेतन की नियमित और ओवरटाइम दरों के बारे में जानकारी प्रदान करें।

शुरू होने की तिथि \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

तक \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

नियमित: \$ \_\_\_\_\_ प्रति \_\_\_\_\_

ओवरटाइम: \$ \_\_\_\_\_ प्रति \_\_\_\_\_

शुरू होने की तिथि \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

तक \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

नियमित: \$ \_\_\_\_\_ प्रति \_\_\_\_\_

ओवरटाइम: \$ \_\_\_\_\_ प्रति \_\_\_\_\_

शुरू होने की तिथि \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

तक \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

नियमित: \$ \_\_\_\_\_ प्रति \_\_\_\_\_

ओवरटाइम: \$ \_\_\_\_\_ प्रति \_\_\_\_\_

### भाग 8. वेतन के अलावा शिकायत

अगर आप वेतन से जुड़ी न हो ऐसी शिकायत करना चाहते हैं तो लागू होने वाले के सामने सही का निशान बनाएं। लागू होने वाले सभी के सामने सही का निशान बनाएं। कृपया विस्तार से बताएं और ज़रूरत पड़ने पर अतिरिक्त कागज़ प्रदान करें।

नियोक्ता इसमें विफल रहा:

37a. 30-मिनट का खाना खाने का समय प्रदान करें \_\_\_\_\_

जब नियोक्ता भोजन का समय प्रदान करने में विफल रहा तो क्या आपको काम करने के वक्त के लिए भुगतान किया गया था? हाँ नहीं

37b. वेज स्टेटमेन्ट प्रदान करें (पे स्टब) \_\_\_\_\_

37c. आराम का दिन प्रदान करें \_\_\_\_\_

37d. सभी आवश्यक जानकारी के साथ वेतन की दर की सूचना प्रदान करना \_\_\_\_\_

37e. आवश्यक New York राज्य सवेतन बीमारी की छुट्टी अर्जित करने के लिए प्रावधान करना \_\_\_\_\_

37f. आवश्यक नोटिस/कृषि न्यूनतम वेतन पोस्टर पोस्ट करना \_\_\_\_\_

37g. अवयस्कों (18 वर्ष से कम) के रोज़गार के नियमों का पालन करना \_\_\_\_\_

37h. अन्य \_\_\_\_\_

### भाग 9. दावे की पार्श्वभूमि

38a. क्या आपने अपने वेतन के लिए पूछा? हाँ नहीं

38b. यदि "हाँ", कृपया विस्तार से बताएं। आपके कब और किस से माँगा, और क्या हुआ?

- 38c. क्या आपने अपने वेतन को पाने के लिए पहले ही कोई कार्रवाई की है, जैसे स्मॉल क्लेम्स कोर्ट में फाइल करना या मुकद्दमा दायर करना? हाँ नहीं
- 38d. यदि "हाँ", कृपया विस्तार से बताएं: \_\_\_\_\_

### भाग 10. दावे में सहायता

- 39a. क्या आपका कोई प्रतिनिधि है (उदा. निजी वकील, वकालत समूह)? हाँ नहीं
- 39b. यदि "हाँ," तो व्यक्ति या समूह का नाम प्रदान करें: \_\_\_\_\_
- 39c. क्या इस प्रतिनिधि ने दावे इस दावे को फाइल करने में आपकी मदद की? हाँ नहीं
- 39d. क्या आपने भुगतान किया है, या क्या आप इस प्रतिनिधि को भुगतान करने की योजना बना रहे हैं? हाँ नहीं
- 39e. 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।
- 39f. क्या प्रतिनिधि के आलावा किसी ने इस फॉर्म को भरने में आपकी सहायता की? हाँ नहीं
- 39g. यदि "हाँ," तो आपकी सहायता किसने और क्यों की? \_\_\_\_\_

### अतिरिक्त टिप्पणियाँ/उपयोगी जानकारी:

इस विवेको जर्नल करके आप स्वीकार करते हैं और सईतेहैतक NYS DOL, श्र् आरुतत के तववेक के आधार पर, जांच के ललए आपके विवेका रूलरंकन करेगा, स्वीकार तकए गए तकसी भी विवेपर जांच का िर्रा तनधाररत करेगा, और िवों को िर्रासंभव शीघ्रता सेहल करेगा। लशकार्तों का तनपटान और उललंघनों का सर्धान श्र् आरुतत की ओर सेतनधाररत तकर्ा जाएगा।

मैं प्रमाणन करता/करती हूँ कि उपरोक्त जानकारी मेरी श्रेष्ठ जानकारी के अनुसार सच्ची है और मैं अवगत हूँ कि गलत बयान देने के लिए जुर्माने होते हैं। मैं श्रम कमीशनर, डेप्युटी या एजेंट को कमीशनर ऑफ लेबर के खाते में मेरे नाम पर इस दावे के भुगतान के रूप में लिखे गए किन्हीं चेक या मनी ऑर्डर को प्राप्त करने, उस पर मेरा नाम लिखने और उन्हें जमा करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ। अगर मेरी संपर्क जानकारी बदलती है, तो मैं न्यूयॉर्क राज्य श्रम विभाग (New York State Department of Labor) को सूचित करूँगा/करूँगी।

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
दावेदार के हस्ताक्षर

तिथि

अपने भरे हुए फॉर्म को पेज 1 दिए गए पते पर वापस भेज दें।