

Office Use Only:

LS ID _____

LCM _____

PV ____ Priority _____

Taken by _____

Date ____ / ____ / ____

لیبر اسٹینڈرٹز 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۔

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 لیے 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۔ اس فارم کو مکمل کرنے کے سلیبلے نیم آپ کے اگر کوئی سوالات ہ نی تو 888-469-7365 پر کال کریں۔

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 \$1,300 سے زیادہ کماتے ہیں (وہ سیکشنز [7] 190 اور [3] 198-c 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) _____ (درمیان) _____ (آخری) _____
2. دوسرا نام جس سے کام پر جانا جاتا ہو: _____
3. ڈاک کا پتہ: _____ اپارٹمنٹ #: _____ شہر/قصبہ: _____
4. فون: _____ () _____ - _____ () _____ دیگر فون: _____ () _____ - _____ () _____
5. فون: _____ () _____ - _____ () _____
6. ای میل: _____ آپ کی بنیادی/ترجیحی زبان: _____

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

- 8a. کاروبار کا نام: _____
- 8b. قانونی نام (اگر مختلف ہے تو): _____
- 8c. قانونی انٹیٹی کی قسم: افراد LLC شراکت داری کارپوریشن دیگر: _____
- 8d. ڈاک پتہ: _____ فلور/کمرہ/سوٹ #: _____ شہر/قصبہ: _____
- 8e. کاروباری فون: _____ () _____ - _____ () _____ ای میل: _____

9a. مالک کا نام اور عہدہ:

9b. ڈاک پتہ: _____ اپارٹمنٹ # _____ شہر/قصبہ: _____
کاؤنٹی: _____ ریاست: _____ زپ کوڈ: _____

9c. مالک کا فون: (_____) _____ - 9d. ای میل: _____

10. کاروبار کی قسم: ریسٹوراں ریٹیل اسٹور گھریلو معاون تعمیر دفتر
دیگر: _____

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

13a. کیا کمپنی اب بھی کاروبار میں ہے؟ ہاں نہیں 13b. 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 کے ملازمت کا عہدہ: _____

17. آپ نے جس قسم کا کام انجام دیا: _____

18. بھرتی کی تاریخ: ____ / ____ / ____ 19. اس شخص کا نام اور عہدہ جس نے آپ کو ملازمت پر رکھا ہے: _____

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

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

22. کام کی جگہ کا پتہ: _____ فلور/کمرہ/سوٹ #: _____ شہر/قصبہ: _____

کاؤنٹی: _____ ریاست: _____ زپ کوڈ: _____

23. کیا آپ کام کے لئے نیویارک ریاست سے باہر اکثر سفر کرتے تھے؟ ہاں نہیں

24. کاروبار سے آپ کا رشتہ: ابھی بھی ملازم فارغ چھوڑ دیا عارضی طور پر برطرف

25a. کام کرنے کا آخری دن: ____ / ____ / ____ 25b. چھوڑنے کی وجہ: _____

26a. کیا آپ کسی یونین کے رکن تھے؟ ہاں نہیں 26b. اگر "ہاں"، تو یونین کا نام اور مقامی نمبر: _____

27a. آپ کی ادائیگی کی شرح: \$ _____ فی دن ہفتہ گھنٹہ دیگر _____

27b. آپ کی ادائیگی کی اور ٹائم شرح: \$ _____

28a. کیا آپ نے لگاتار بخشش کمائی؟ ہاں نہیں 28b. کیا آپ نے لگاتار بخشش کمائی؟ _____

28c. کیا آپ کے آجر نے آپ کے یا کسی دوسرے ملازم کی بخشش رکھی ہے؟ ہاں - آپ کی ہاں - دوسروں کی

28d. اگر ہاں، تو کتنا؟ براہ کرم وضاحت کریں: _____

29a. آپ کی ادائیگی کا کون سا دن تھا؟ پیر منگل بدھ جمعرات جمعہ سنیچر اتوار

29b. اس میں کون سی مدت شامل تھی؟ (جیسے سنیچر سے جمعہ تک) _____

30. آپ کو کب کب ادائیگی کی جاتی تھی؟ روزانہ ہفتہ وار ہر دو ہفتے میں دیگر: _____

حصہ 7. غیر ادا شدہ 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 اجرت اور وقت کا 1/2 ادا کرنا ضروری ہے اگر وہ فی کیلنڈر ہفتے میں 40 گھنٹے سے زیادہ کام کرتے ہیں۔

35a. کیا آپ کو ہر گھنٹے کے کام کے لئے کم از کم اجرت ادا کی جاتی ہے؟ ہاں نہیں

35b. کیا آپ کو 40 سے زائد گھنٹے کام کرنے کے لیے وقت کا 1/2 ادا کیا جاتا ہے؟ ہاں نہیں

35c. کیا آپ کو 40 سے زیادہ گھنٹے کام کرنے کے لئے کوئی اجرت ادا کی جاتی ہے؟ ہاں نہیں

35d. اگر "ہاں" تو فی گھنٹہ کتنا؟

35e. 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 اجرت ادا کی جاتی ہے؟ ہاں نہیں

35f. اگر مندرجہ بالا میں سے کسی کا جواب "نہیں" ہے، تو براہ کرم وضاحت کریں اور نیچے اپنے کام کے ہفتے کے شیڈول کو مکمل کریں:

A. کام کا دن	B. کام کا دن شروع ہونے کا وقت	C. کام کا دن ختم ہونے کا وقت	D. کھانے کے لئے چھٹی کا وقت	E. کل گھنٹے
مثال	10:00 صبح	11:00 صبح	30 منٹ	12.5 گھنٹے
اتوار	:	:		
پیر	:	:		
منگل	:	:		
بدھ	:	:		
جمعرات	:	:		
جمعہ	:	:		
سنیچر	:	:		
F. ہفتہ وار کل				

36a. کیا مندرجہ بالا کام کے اوقات ہر ہفتے ایک جیسے ہیں؟ ہاں نہیں

36b. اگر "نہیں"، تو براہ کرم ہر ہفتے کام کیے جانے والے گھنٹوں کی اوسط تعداد کا اپنا تخمینہ فراہم کریں:

36c. کیا آپ پر کال-ان کی اجرت، یا یونیفارم میینٹیننس کی اجرت واجب الادا ہے؟ ہاں نہیں

اگر ہاں، تو براہ کرم وضاحت کریں اور تاریخ فراہم کریں:

36d. دعوے کی حد: آپ کی کم از کم اجرت یا اوور ٹائم کلیم کس مدت کا احاطہ کرتا ہے؟

اس تاریخ سے ___ / ___ / ___ اس تاریخ تک ___ / ___ / ___

36e. مندرجہ بالا دعوے کی حد کے دوران ادائیگی کی اپنی باقاعدہ اور اوور ٹائم شرحوں کے بارے میں معلومات فراہم کریں۔

اس تاریخ سے ___ / ___ / ___ اس تاریخ تک ___ / ___ / ___

باقاعدہ: \$ _____ فی _____ اور ٹائم: \$ _____ فی _____

اس تاریخ سے ___ / ___ / ___ اس تاریخ تک ___ / ___ / ___

باقاعدہ: \$ _____ فی _____ اور ٹائم: \$ _____ فی _____

اس تاریخ سے ___ / ___ / ___ اس تاریخ تک ___ / ___ / ___

باقاعدہ: \$ _____ فی _____ اور ٹائم: \$ _____ 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:

- 37a. 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
- 37b. اجرت کا بیان فراہم کریں (یے اسٹب) _____
- 37c. آرام کا ایک دن فراہم کریں _____
- 37d. تمام مطلوبہ معلومات کے ساتھ تنخواہ کی شرح کا نوٹس فراہم کریں _____
- 37e. مطلوبہ نیویارک ریاست کی ادا شدہ بیماری کی چھٹی کے حصول کے لیے فراہم کی وضاحت کریں _____
- 37f. مطلوبہ نوٹس/کم از کم اجرت کا پوسٹر پوسٹ کریں _____
- 37g. نابالغ بچوں کی ملازمت کے قواعد پر عمل کریں (18 سال سے کم عمر) _____
- 37h. دیگر _____

حصہ 9. دعوے کا پس منظر

- 38a. کیا آپ نے اپنی اجرت مانگی؟ ہاں نہیں
- 38b. اگر "ہاں"، تو براہ کرم وضاحت کریں۔ آپ نے کس سے اور کب پوچھا اور کیا ہوا؟ _____
- 38c. کیا آپ نے اپنی اجرت کی وصولی کے لیے پہلے ہی کارروائی کی ہے، جیسے چھوٹے دعوے کے عدالت میں کچھ دائر یا مقدمہ دائر کیا ہے؟ ہاں نہیں
- 38d. اگر "ہاں"، تو براہ کرم وضاحت کریں: _____

حصہ 10. دعویٰ میں مدد

- 39a. کیا آپ کا کوئی نمائندہ ہے (جیسے نجی وکیل، حمایتی گروپ)؟ ہاں نہیں
- 39b. اگر "ہاں"، تو شخص یا گروپ کا نام فراہم کریں: _____
- 39c. کیا اس نمائندے نے یہ دعویٰ دائر کرنے میں آپ کی مدد کی ہے؟ ہاں نہیں
- 39d. کیا آپ نے آپ اس نمائندے کو ادائیگی کی ہے، یا ادائیگی کرنے کا ارادہ رکھتے ہیں؟ ہاں نہیں
- 39e. 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).
- 39f. کیا نمائندے کے علاوہ کسی نے بھی اس فارم کو مکمل کرنے میں آپ کی مدد کی؟ ہاں نہیں
- 39g. اگر "ہاں" تو آپ کی مدد کس نے کی اور انہوں نے آپ کی مدد کیوں کی؟ _____

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 کرائیں۔ اگر میری رابطہ معلومات تبدیل ہو جائیں تو میں نیویارک اسٹیٹ ڈیپارٹمنٹ آف لیبر کو مطلع کروں گا۔

_____ / _____ / _____
دعویدار دستخ تاریخ

اپنا مکمل فارم صفحہ 1 والے پتے پر واپس کریں۔