

## नसरों के लिए अनिवार्य ओवरटाइम शिकायत फॉर्म

\* आवश्यक फ़ील्ड की ओर संकेत करता है

क्या आप RN या LPN हैं, या आप RN या LPN का प्रतिनिधित्व करते हैं?\* हाँ नहीं

(यदि नहीं, तो कृपया यह फॉर्म न भरें।)

क्या आप किसी बीमाकृत स्वास्थ्य देखभाल सुविधा में काम करते हैं या कर चुके हैं और आपको ओवरटाइम काम करना अनिवार्य किया गया था?\* (आवेदित सुविधाओं के उदाहरणों में अस्पताल, नर्सिंग होम, आवासीय स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएं, बाल एवं परिवार सेवा कार्यालय द्वारा संचालित या लाइसेंस प्राप्त सुविधाएं आदि शामिल हैं।) हाँ नहीं

(यदि नहीं, तो कृपया यह फॉर्म न भरें।)

### दावेदार की जानकारी

पहला नाम\*:  उपनाम\*:

आपका डाक पता

गली: \_\_\_\_\_

शहर/कस्बा: \_\_\_\_\_ काउंटी: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ ज़िप कोड: \_\_\_\_\_

आपका फोन नंबर\*:   -  आपका ईमेल: \_\_\_\_\_

नौकरी का पद/आपके नौकरी कर्तव्यों का विवरण\*:

क्या आप प्रति घंटे वेतन पाने वाले कर्मचारी हैं? हाँ नहीं

कोई यूनियन सदस्यता नहीं? हाँ नहीं

यदि 'हाँ', तो स्थानीय नाम और नंबर:

### व्यावसायिक जानकारी

व्यवसाय का नाम\*:

व्यवसाय का पता (काउंटी सहित)

गली\*: \_\_\_\_\_

शहर/कस्बा\*: \_\_\_\_\_ काउंटी\*: \_\_\_\_\_ राज्य\*: \_\_\_\_\_ ज़िप कोड: \_\_\_\_\_

क्या कार्य स्थान और व्यवसाय का पता एक ही है?\* हाँ नहीं

गली\*: \_\_\_\_\_

शहर/कस्बा\*: \_\_\_\_\_ काउंटी\*: \_\_\_\_\_ राज्य\*: \_\_\_\_\_ ज़िप कोड: \_\_\_\_\_

पर्यवेक्षक का नाम: \_\_\_\_\_ पर्यवेक्षक का फ़ोन नंबर: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

नियोक्ता के व्यवसाय की प्रकृति\*: अस्पताल नर्सिंग होम OCFS सुविधा अन्य - व्याख्या करें:

### शिकायत विवरण

प्रत्येक घटना के लिए, जिसके लिए आपको अनिवार्य रूप से अतिरिक्त समय काम करना पड़ा, तारीख, आपके मूल रूप से निर्धारित कार्य घटे, और आवश्यक अतिरिक्त कार्य घटे प्रदान करें।\*

दिनांक(तारीखें)	मूल अनुसूची			अनिवार्य ओवरटाइम			
	माह/दिन/वर्ष	शुरूआती समय	समापन समय	कुल घटे	शुरूआती समय	समापन समय	कुल घटे
_____ / _____ / _____							
_____ / _____ / _____							
_____ / _____ / _____							
_____ / _____ / _____							

क्या आपके नियोक्ता ने अनिवार्य ओवरटाइम का कारण बताया? हाँ नहीं

यदि "हाँ" तो क्या कारण दिया गया?

यदि "हाँ" तो परिस्थितियाँ क्या थीं?

क्या ओवरटाइम की आवश्यकता किसी घोषित राष्ट्रीय, राज्य या नगर पालिका आपातकाल या आपदा या अन्य विनाश कारी घटना\* के दौरान थी? हाँ नहीं निश्चित नहीं

यदि हां, तो कृपया बताएः

यदि हां, तो क्या आप जानते हैं कि नियोक्ता किसी आपातकालीन स्थिति के दौरान अनिवार्य ओवरटाइम के उपयोग की रिपोर्ट DOH और DOL को दे रहा है? हाँ नहीं निश्चित नहीं

क्या ओवरटाइम इसलिए आवश्यक था क्योंकि आपके नियोक्ता ने यह निर्धारित किया था कि रोगी की देख-भाल संबंधी आपातकालीन स्थिति है? हाँ नहीं निश्चित नहीं

यदि हां, " तो कृपया बताएः

अनिवार्य ओवरटाइम के कारण पर निर्भर करते हुए, आपके नियोक्ता को स्टाफिंग प्राप्त करने के लिए उचित प्रयासों को समाप्त करने की आवश्यकता हो सकती है। कृपया अपने सर्वोत्तम ज्ञान के अनुसार निम्नलिखित प्रश्नों के उत्तर दें:

- a. क्या आपके नियोक्ता ने ओवरटाइम काम करने के लिए स्वयंसेवकों को कहा था? हाँ नहीं निश्चित नहीं
- b. क्या आपके नियोक्ता ने उन कर्मचारियों से संपर्क किया जो अतिरिक्त समय तक काम करने के लिए उपलब्ध थे? हाँ नहीं निश्चित नहीं
- c. क्या आपके नियोक्ता ने प्रतिदिन काम करने वाले कर्मचारियों से संपर्क किया था? हाँ नहीं निश्चित नहीं
- d. क्या आपके नियोक्ता ने किसी अस्थायी एजेंसी से संपर्क किया है? हाँ नहीं निश्चित नहीं

आपके नियोक्ता के पास नर्स कवरेज योजना है? हाँ नहीं

क्या आपका नियोक्ता आवश्यक पोस्टर प्रदर्शित करता है? <https://dol.ny.gov/restricted-nurse-hours-poster> हाँ नहीं

क्या आप अपने सदस्यों की ओर से यह शिकायत दर्ज कराने वाले यूनियन प्रतिनिधि हैं?\* हाँ नहीं

कृपया इस शिकायत के संबंध में कोई भी अतिरिक्त जानकारी प्रदान करने के लिए नीचे दिए गए स्थान का उपयोग करें।