

WE ARE YOUR DOL



نرسوں کی شکایت فارم کے لئے الزمی اور ٹائم

* مطلوبہ فیلڈز کی نشاندہی کرتا ہے

کیا آپ RN یا LPN ہیں، یا کیا آپ RB یا LPN کی نمائندگی کرتے ہیں؟* ہاں نہیں

(اگر 'نہیں'، تو براہ کرم اس فارم کو مکمل نہ کریں۔)

کیا آپ صحت کی دیکھ بھال کی ایک ایسی سہولت میں کام کرتے ہیں یا آپ نے کام کیا ہے اور آپ کو اوور ٹائم کام کرنے کا حکم دیا گیا تھا؟*
(احاطہ شدہ سہولیات کی مثالوں میں اسپتال، نرسنگ ہوم، رہائشی صحت کی دیکھ بھال کی سہولیات، بچوں اور خاندانی خدمات کے دفتر کے ذریعہ چلائے جانے والے یا لائسنس یافتہ سہولیات وغیرہ شامل ہیں) ہاں نہیں

(اگر 'نہیں'، تو براہ کرم اس فارم کو مکمل نہ کریں۔)

دعوے کی معلومات

پہال نام*: [] آخری نام*: []

آپ کا میلنگ پتہ

گلی:

شہر/قصبہ: [] ضلع: [] ریاست: [] زپ کوڈ: []

آپ کا فون نمبر*: [] - [] ([]) آپ کی ای میل: []

مالزمت کا عنوان / آپ کے کام کے فرائض کی تفصیل*:

کیا آپ ایک گھنٹہ وار ملازم ہیں؟ ہاں نہیں

یونین کی ممبرشپ؟ ہاں نہیں

اگر 'ہاں'، تو مقامی نام اور نمبر:

کاروباری معلومات

کاروبار کا نام*: []

کاروبار کا پتہ (بشمول کاؤنٹی)

گلی*: []

شہر/قصبہ*: [] کاؤنٹی*: [] ریاست*: [] زپ کوڈ: []

کیا کام کا مقام کاروبار کے پتے کے برابر ہے؟* ہاں نہیں

گلی: _____

شہر/قصبہ*: _____ کاؤنٹی*: _____ ریاست*: _____ زیپ کوڈ: _____

سپروائزر کا نام: _____ سپروائزر کا فون نمبر: (____) _____ - _____

آجر کے کاروبار کی نوعیت*: _____ ہسپتال _____ نرسنگ ہوم _____ OCFS سہولت _____ دیگر - وضاحت کریں: _____

شکایتوں کی تفصیلات

ہر اس واقعے کے لئے جس کے لئے آپ کو الزمی اوور ٹائم کام کرنا پڑتا ہے، تاریخ، وہ گھنٹے فراہم کریں جو آپ کو اصل میں کام کرنے کے لئے مقرر کیے گئے تھے، اور اوور ٹائم گھنٹے جو آپ کو کام کرنے کی ضرورت تھی۔*

تاریخ (تواریخ)		اصل نظام الاوقات		الزمی اوور ٹائم	
شروع وقت	ختم وقت	کل گھنٹے	شروع وقت	ختم وقت	کل گھنٹے
MM/DD/YYYY					

کیا آپ کے آجر نے لازمی اوور ٹائم کی وجہ بتائی؟ ہاں _____ نہیں _____

اگر "ہاں"، تو اس کی وجہ بتائی گئی؟

اگر "ہاں"، تو حالت کیا تھی؟

کیا کسی اعلان کردہ قومی، ریاستی، یا میونسپل ایمرجنسی یا آفت یا دیگر تباہ کن واقعے کے دوران اوور ٹائم کی ضرورت تھی؟

ہاں _____ نہیں _____ پتہ نہیں _____

اگر "ہاں"، تو براہ کرم وضاحت کریں:

گر ہاں، تو کیا آپ جانتے ہیں کہ آجر ہنگامی صورتحال کے دوران الزمی اوور ٹائم کے استعمال کی اطلاع DOH اور DOL کو دے رہا ہے؟

ہاں _____ نہیں _____ پتہ نہیں _____

کیا اوور ٹائم کی ضرورت تھی کیونکہ آپ کے آجر نے طے کیا تھا کہ مریض کی دیکھ بھال تھی ایمرجنسی؟ ہاں _____ نہیں _____ پتہ نہیں _____

الز می اوور ٹائم کی وجہ پر منحصر ہے، آپ کے آجر کو عملے کو حاصل کرنے کے لئے مناسب کوششوں کو ختم کرنے کی ضرورت ہوسکتی ہے۔
براہ کرم اپنے علم کے مطابق درج ذیل سوالت کے جوابات دیں:

a. کیا آپ کے آجر نے رضاکاروں کو اوور ٹائم کام کرنے کے لئے کہا تھا؟ ہاں نہیں پتہ نہیں

b. کیا آپ کے آجر نے ان ملازمین سے رابطہ کیا جنہوں نے خود کو اضافی وقت کام کرنے کے لئے دستیاب کرایا؟
ہاں نہیں پتہ نہیں

c. کیا آپ کے آجر نے فی ڈائیم عملے سے رابطہ کیا؟ ہاں نہیں پتہ نہیں

d. کیا آپ کے آجر نے کسی عارضی ایجنسی سے رابطہ کیا؟ ہاں نہیں پتہ نہیں

کیا آپ کے آجر کے پاس نرس کوریج پلان ہے؟ ہاں نہیں

کیا آپ کا آجر مطلوبہ پوسٹر دکھاتا ہے؟ <https://dol.ny.gov/restricted-nurse-hours-poster> ہاں نہیں

کیا آپ یونین کے نمائندے ہیں جو اپنے ممبروں کی طرف سے یہ شکایت درج کرا رہے ہیں؟* ہاں نہیں

براہ کرم اس شکایت کے بارے میں آپ کے پاس موجود کوئی بھی اضافی معلومات فراہم کرنے کے لئے نیچے دی گئی جگہ کا استعمال کریں۔