

কথিত নিরাপত্তা বা স্বাস্থ্য বিপদের বিজ্ঞপ্তি

কর্মচারী বা কর্মচারী প্রতিনিধিরা এই ফর্মটি ব্যবহার করে নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অফ লেবার (New York State Department of Labor) এর কাছে নিরাপত্তা বা স্বাস্থ্য ঝুঁকির অভিযোগ দায়ের করতে পারেন। অভিযোগ নথিভুক্ত করাই এটার একমাত্র কাজ নয়। 1980 সালের পাবলিক এমপ্লয়িজ সেকটি অ্যান্ড হেল্থ অ্যাক্টের 27a (5) (a) ধারায় বলা হয়েছে:

“কোনো কর্মচারী বা কর্মচারীদের প্রতিনিধি মনে করেন যে কোনো নিরাপত্তা বা স্বাস্থ্য মান লঙ্ঘন হচ্ছে, বা কোনো আসন্ন বিপদ রয়েছে, তাহলে তারা এই ধরনের লঙ্ঘন বা বিপদ সম্পর্কে কমিশনারকে (লেবার) নোটিশ দিয়ে একটি পরিদর্শনের অনুরোধ জানাতে পারেন।

এই ধরনের নোটিশ এবং অনুরোধ লিখিতভাবে হতে হবে, যুক্তিসঙ্গত বিশেষতার সাথে নোটিশের কারণ উল্লেখ করতে হবে, সেই কর্মচারী বা কর্মচারীদের প্রতিনিধির দ্বারা স্বাক্ষরিত হতে হবে, এবং কমিশনার কর্তৃক নিয়োগকর্তা বা দায়িত্বে থাকা ব্যক্তিকে পরিদর্শনের সময়ের আগে সোটির একটি কপি দিতে হবে, এই ধরনের নোটিশ প্রদানকারী ব্যক্তির অনুরোধ ছাড়া, তার নাম এবং আলাদা করে প্রতিটি কর্মচারী বা কর্মচারীদের প্রতিনিধিদের নাম গোপন রাখা হবে। এই ধরনের পরিদর্শন অবিলম্বে করা হবে।”

যদি লেবার কমিশনার নির্ধারণ করেন যে লঙ্ঘন বা বিপদের অস্তিত্ব আছে বলে বিশ্বাস করার মতো কোনো যুক্তিসঙ্গত কারণ নেই, তাহলে আপনাকে লিখিতভাবে অবহিত করা হবে।

দ্রষ্টব্য: আইনের ধারা 27a (10) (a) নিরাপত্তা এবং স্বাস্থ্য সংক্রান্ত অভিযোগ করা সহ তাদের অধিকার প্রয়োগকারী কর্মচারীদের জন্য সুস্পষ্ট সুরক্ষা প্রদান করে।

আরও তথ্যের জন্য: https://labor.ny.gov/workerprotection/safetyhealth/DOSH_PESH.shtm দেখুন।

নির্দেশাবলী:

- যথা সম্ভব সঠিকভাবে এবং সম্পূর্ণরূপে ফর্মটি পূরণ করুন। আপনার মনে করা প্রতিটি বিপদ বিশদভাবে বর্ণনা করুন।
- যদি এমন কোন প্রমাণ থাকে যা আপনার সন্দেহকে সুদূর করে যে কোনো বিপদ বিদ্যমান, তবে এটি আপনার বিবরণে অন্তর্ভুক্ত করুন (উদাহরণস্বরূপ, সাম্প্রতিক দুর্ঘটনা বা আপনার সাইটে কর্মীদের শারীরিক লক্ষণ)।
- প্রয়োজনে অতিরিক্ত কাগজের পৃষ্ঠা সংযুক্ত করুন।
- সম্পূর্ণ এবং স্বাক্ষরিত ফর্মটি ask.shnypesh@labor.ny.gov-তে ইমেল করুন, বা ফ্যাক্সকরুন অথবা নিচে তালিকাভুক্ত নিকটতম নিরাপত্তা ও স্বাস্থ্য বিভাগের (Division of Safety and Health, DOSH) ডিস্ট্রিক্ট অফিসে মেল করুন। এই ঠিকানায় পাঠিয়ে দিন:

Public Employee Safety and Health Bureau (PESH)

Albany District Office

1220 Washington Ave.
Building 12, Room 158
Albany, NY 12226
Phone: (518) 457-5508
Fax: (518) 485-1150

Garden City District Office

400 Oak Street, Suite 102
Garden City, New York 11530-6551
Phone: (516) 228-3970
Fax: (516) 794-7714

Syracuse District Office

450 South Salina Street, Room 202
Syracuse, New York 13202
Phone: (315) 479-3212
Fax: (315) 479-3451

Binghamton District Office

44 Hawley Street, Room 901
Binghamton, New York 13901
Phone: (607) 721-8211
Fax: (607) 721-8207

New York City District Office

PO Box 15047
Albany NY, 12212
Phone: (212) 775-3554
Fax: (212) 775-3542

Utica District Office

207 Genesee Street, Room 703A
Utica, New York 13501
Phone: (315) 793-2258
Fax: (315) 793-2303

Buffalo District Office

65 Court Street, Room 401
Buffalo, New York 14202
Phone: (716) 847-7133
Fax: (716) 847-7108

Rochester District Office

109 South Union Street, Room 402
Rochester, New York 14607
Phone: (585) 258-4570
Fax: (585) 258-4593

White Plains District Office

120 Bloomingdale Road, Room 255
White Plains, New York 10605
Phone: (914) 997-9514
Fax: (914) 997-9528

কথিত নিরাপত্তা বা স্বাস্থ্য বিপদের বিজ্ঞপ্তি

প্রতিষ্ঠানের নাম: _____

কেন্দ্রের ঠিকানা: রাস্তা _____

সিটি: _____ স্টেট: _____ জিপ: _____

কেন্দ্রের ফোন: (_____) _____ - _____ কেন্দ্রের ফ্যাক্স: (_____) _____ - _____

চিঠি পাঠানোর ঠিকানা: রাস্তা _____

সিটি: _____ স্টেট: _____ জিপ: _____

মেল ফোন: (_____) _____ - _____ মেল ফ্যাক্স: (_____) _____ - _____

ম্যানেজমেন্ট কর্মকর্তা: _____ ফোন: (_____) _____ - _____

ব্যবসার ধরন: _____

বিপদের বর্ণনা ও স্থান: আপনি বিশ্বাস করেন যে বিপদ(গুলি) রয়েছে সেগুলি বর্ণনা করুন। সুনির্দিষ্ট হোন এবং বিস্তারিত দিন। কথিত বিপদের বাস্তবিক অবস্থান অন্তর্ভুক্ত করুন। অবস্থানে রাস্তা, সিটি, স্টেট, জিপ, সাইটের ভিতরে বা বাইরে নির্দিষ্ট এলাকা এবং প্রতিটি বিপদের সম্মুখীন হওয়া বা বিপদের মধ্যে থাকা কর্মচারীর আনুমানিক সংখ্যা অন্তর্ভুক্ত করুন। প্রয়োজনে অতিরিক্ত পৃষ্ঠা ব্যবহার করুন।

এই পরিস্থিতিটি নজরে আনা হয়েছে: নিয়োগকর্তা শ্রম বিভাগ ছাড়া অন্য কোনো একটি সরকারী সংস্থা।

সংস্থার নাম: _____

অভিযোগকারীর নাম (আবশ্যিক): _____

একটি বাছুন: নিয়োগকর্তার কাছে অভিযোগকারীর নাম প্রকাশ করবেন না।

অভিযোগকারীর নাম নিয়োগকর্তার কাছে প্রকাশ করা যেতে পারে।

অভিযোগকারীর বাড়ির ঠিকানা (আবশ্যিক): রাস্তা: _____

সিটি: _____ স্টেট: _____ জিপ: _____

ফোন (আবশ্যিক): (_____) _____ - _____ ইমেল: _____

আমি, নীচে স্বাক্ষরকারী অভিযোগকারী, বিশ্বাস করি যে এই ফর্মে নাম দেওয়া প্রতিষ্ঠানে কাজের নিরাপত্তা বা স্বাস্থ্য ঝুঁকি(গুলি)

বিদ্যমান। আমি, (একটিতে টিক দিন):

একজন কর্মচারী

একজন কর্মচারীর (ইউনিয়ন) প্রতিনিধি। অনুগ্রহ আপনি ইউনিয়ন বা সংস্থার নাম লিখুন যাকে আপনি প্রতিনিধিত্ব করছেন:

আপনার পদমর্যাদা: _____

নিরাপত্তা ও স্বাস্থ্য কমিটির এখজন সদস্য

অন্য, উল্লেখ করুন: _____

স্বাক্ষর (আবশ্যিক):

তারিখ: ___ / ___ / ___