NEW YORK STATE | Department of Labor

WORKING FOR YOU

कथित सुरक्षा या स्वास्थ्य संबंधी जोखिमों का नोटिस

कर्मचारी या कर्मचारी प्रतिनिधि इस फ़ॉर्म का इस्तेमाल New York State Department of Labor (न्यूयॉर्क राज्य श्रम विभाग) के पास सुरक्षा या स्वास्थ्य संबंधी जोखिम की शिकायत दर्ज करने के लिए कर सकते हैं। यह शिकायत दर्ज करने का एकमात्र तरीका नहीं है।

1980 के सार्वजनिक कर्मचारी सुरक्षा और स्वास्थ्य कानून का खंड 27a (5) (a) कहता है:

> "कोई भी कर्मचारी या कर्मचारी प्रतिनिधि जिसका मानना है कि सुरक्षा या स्वास्थ्य मानक का उल्लंघन मौजूद है या कि एक करीबी खतरा मौजूद है, वह ऐसे उल्लंघन या खतरे की सूचना (श्रम) आयुक्त को देकर एक निरीक्षण की माँग कर सकते हैं।
>
> **ऐसा नोटिस और माँग लिखित रूप में होंगे,** नोटिस के आधार की वाजिब विशेषता प्रस्तुत करेंगे, **कर्मचारी या कर्मचारी प्रतिनिधि द्वारा हस्ताक्षरित होंगे,** और आयुक्त के द्वारा इसकी एक प्रति निरीक्षण के समय से पहले नियोक्ता या प्रभारी व्यक्ति को प्रदान की जाएगी, जिसमें, नोटस देने वाले व्यक्ति के ऐसा किया जाने की माँग करने पर व्यक्तिगत कर्मचारी या कर्मचारी प्रतिनिधियों के नाम शामिल नहीं किए जाएंगे। ऐसे निरीक्षण तुरंत किए जाएंगे।"

यदि श्रम आयुक्त यह निर्धारण करे कि उल्लंघन या खतरा मौजूद है ऐसा मानने का कोई वाजिब आधार नहीं है, तो आपको लिखित रूप से सूचित किया जाएगा।

नोट: कानून का खंड 27a (10) (a) कर्मचारियों के अपने अधिकारों के उपयोग, जिसमें सुरक्षा और स्वास्थ्य संबंधी शिकायत करना शामिल है, स्पष्ट संरक्षण प्रदान करता है।

अधिक जानकारी के लिए यहाँ जाएं: https://labor.ny.gov/workerprotection/safetyhealth/DOSH_PESH.shtm.

निर्देश:

- फ़ॉर्म को यथासंभव सटीकता से और पूर्ण रूप से भरें। आपकी राय में मौजूद प्रत्येक खतरे का विस्तृत विवरण दें।
- अगर आपके संदेह, कि खतरा मौजूद है, का समर्थन करने वाला कोई साक्ष्य हो, तो इसे अपने विवरण में शामिल करें (उदाहरण के लिए हाल ही में हुई कोई दुर्घटना या फिर आपकी साइट पर कर्मचारियों को हुए शारीरिक लक्षण)।
- आवश्यकतानुसार अतिरिक्त कागज़ का इस्तेमाल करें।
- भरे हुए और हस्ताक्षतिर फ़ॉर्म को ईमेल द्वारा ask.shnypesh@labor.ny.gov को भेजें, या उसे नीचे सूचीबद्ध सब से करीबी स्वास्थ्य और सुरक्षा संभाग (DOSH) कार्यालय को फैक्स या डाक द्वारा भेजें। इसे इनके ध्यान पर प्रेषित करें:

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

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

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

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

New York City District Office
PO Box 15047
Albany NY, 12212
Phone: (212) 775-3554
Fax: (212) 775-3542

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

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

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

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

Official Use Only
Complaint Number: ______________________________

कथित सुरक्षा या स्वास्थ्य संबंधी जोखिमों का नोटिस

संगठन का नाम: ______________________________

साइट का पता: स्ट्रीट ______________________________

शहर: ______________________________ राज्य: ________ ज़िप: ______________

साइट का फ़ोन नंबर: (_____) _____ - _______ साइट का फ़ैक्स नंबर: (_____) _____ - _______

डाक पता: स्ट्रीट ______________________________

शहर: ______________________________ राज्य: ________ ज़िप: ______________

मेल फ़ोन: (_____) _____ - _______ मेल फ़ैक्स: (_____) _____ - _______

प्रबंधन अधिकारी: ______________________________ फ़ोन: (_____) _____ - _______

व्यवसाय का प्रकार: ______________________________

खतरे का विवरण और स्थान: आपको जो लगता हो कि मौजूद हैं उस (उन) जोखिम (जोखिमों) का वर्णन करें। स्पष्ट रहें और विवरण दें। कथित जोखिम का भौतिक स्थान शामिल करें। स्थान में सड़क, शहर, राज्य, ज़िप, साइट के भीतर या बाहर का विशेष क्षेत्र, और प्रत्येक खतरे के संपर्क में आने वाले या उससे जोखिम में हैं उन कर्मचारियों की अंदाज़न संख्या बताएं। ज़रूरत पड़े तो अतिरिक्त कागज़ इस्तेमाल करें।

इस स्थिति को इनके ध्यान में लाया गया है: ☐ नियोक्ता ☐ श्रम विभाग को छोड़ कर कोई अन्य सरकारी एजेन्सी।

एजेन्सी का नाम: ______________________________

शिकायत करने वाले का नाम (आवश्यक): ______________________________

एक चुनें: ☐ शिकायत करने वाले का नाम नियोक्ता के सामने प्रकट न करें।

☐ शिकायत करने वाले का नाम नियोक्ता को बताया जा सकता है।

शिकायत करने वाले के घर का पता (आवश्यक): स्ट्रीट: ______________________________

शहर: ______________________________ राज्य: ________ ज़िप: ______________

फोन (आवश्यक): (_____) _____ - _______ ईमेल: ______________________________

मैं, नीचे हस्ताक्षर करने वाला/वाली शिकायतकर्ता मानता/मानती हूँ कि इस फ़ॉर्म में नामित संगठन में नौकरी की सुरक्षा या स्वास्थ्य संबंधी जोखिम मौजूद है (हैं)। मैं हूँ, (एक के सामने सही का निशान बनाएं):

☐ एक कर्मचारी

☐ एक कर्मचारी (यूनियन) प्रतिनिधि। कृपया उस यूनियन या संगठन का नाम दर्ज करें जिसका आप प्रतिनिधित्व करते/करती हैं:

____

आपका पद: ______________________________

☐ स्वास्थ्य और सुरक्षा समिति सदस्य

☐ अन्य, स्पष्ट रूप से बताएं: ______________________________

हस्ताक्षर (आवश्यक): ______________________________ **तिथि:** ____ / ____ / _____