

مبینہ حفاظت یا صحت کے خطرات کا نوٹس

ملازمین یا ملازمین کے نمائندے اس فارم کو نیو یارک اسٹیٹ ڈپارٹمنٹ آف لیبر میں حفاظت یا صحت کے خطرے کی شکایت درج کرنے کے لئے استعمال کر سکتے ہیں۔ یہ واحد ذریعہ نہیں ہے کہ شکایت درج کی جاسکتی ہے۔

1980 کے پبلک ایمپلائز سیفٹی اینڈ ہیلتھ ایکٹ کا سیکشن 27a (5) (a) کہتا ہے:

"کوئی بھی ملازم یا ملازمین کا نمائندہ جو یہ سمجھتا ہے کہ حفاظت یا صحت کے معیار کی خلاف ورزی موجود ہے، یا یہ کہ کوئی خطرہ موجود ہے، کمشنر (لیبر) کو اس طرح کی خلاف ورزی یا خطرے کا نوٹس دے کر معائنہ کی درخواست کر سکتا ہے۔

اس طرح کا نوٹس اور درخواست تحریری طور پر ہو گی، مناسب خاصیت کے ساتھ نوٹس کی بنیادوں کو بیان کرے گی، ایسے ملازم یا ملازمین کے نمائندے کے دستخط ہوں گے، اور ایک کاپی کمشنر کی طرف سے آجر یا انچارج شخص کو معائنہ کے وقت کے بعد فراہم کیا جائے، سوائے اس کے کہ ایسا نوٹس دینے والے شخص کی درخواست پر، اس کا نام اور انفرادی ملازمین یا ملازمین کے نمائندوں کے نام چھپائے جائیں گے۔ اس طرح کے معائنے فوری طور پر کیے جائیں گے۔"

اگر کمشنر آف لیبر اس بات کا تعین کرتا ہے کہ خلاف ورزی یا خطرہ موجود ہے تو، آپ کو تحریری طور پر مطلع کیا جائے گا۔

نوٹ: دفعہ کا سیکشن 27a (10) (a) اپنے حقوق کا استعمال کرنے والے ملازمین کو واضح تحفظ فراہم کرتا ہے، بشمول حفاظت اور صحت کی شکایات کرنا۔

مزید معلومات کے لیے یہاں جائیں: https://labor.ny.gov/workerprotection/safetyhealth/DOSH_PESH.shtm

ہدایات:

- فارم کو جتنا ممکن ہو درست اور مکمل طور پر مکمل کریں۔ ہر خطرے کو تفصیل سے بیان کریں جو آپ کے خیال میں موجود ہے۔
- اگر کوئی ثبوت ہے جو آپ کے شک کی حمایت کرتا ہے کہ خطرہ موجود ہے تو، اسے اپنی وضاحت میں شامل کریں (مثال کے طور پر، آپ کی سائٹ پر ملازمین کا حالیہ حادثہ یا جسمانی علامات)۔
- ضرورت کے مطابق کاغذ کی اضافی شیٹس استعمال کریں۔
- مکمل اور دستخط شدہ فارم کو ask.shnypesh@labor.ny.gov پر میل، یا فیکس کریں۔ نیچے درج ذیل میں دیے گئے قریبی ڈویژن آف سیفٹی اینڈ ہیلتھ (DOSH) ڈسٹرکٹ آفس کو ax یا میل کریں۔ اس پر توجہ دلائیں:

پبلک ایمپلائز سیفٹی اینڈ ہیلتھ بیورو (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

مبینہ حفاظت یا صحت کے خطرات کا نوٹس

اسٹیبلشمنٹ کا نام: _____

سائٹ پتہ: گلی _____

شہر: _____ ریاست: _____ زپ: _____

سائٹ فون: (_____) _____ - سائٹ فیکس: (_____) _____ - _____

ڈاک کا پتہ: گلی _____

شہر: _____ ریاست: _____ زپ: _____

میل فون: (_____) _____ - میل فیکس: (_____) _____ - _____

مینجمنٹ آفیشل: _____ فون: (_____) _____ - _____

کاروبار کی قسم: _____

خطرے کی تفصیل اور مقام: ان خطرات کی وضاحت کریں جن کے بارے میں آپ کا خیال ہے کہ وہ موجود ہیں۔ مخصوص رہیں اور تفصیلات دیں۔ مبینہ خطرے کے جسمانی مقام کو شامل کریں۔ سڑک، شہر، ریاست، مقام میں زپ، سائٹ کے اندر یا باہر مخصوص علاقہ، اور ہر خطرے سے متاثر ہونے والے یا خطرے سے دوچار ملازمین کی تقریباً تعداد شامل کریں۔ اگر ضرورت ہو تو اضافی شیٹس استعمال کریں۔

اس شرط کو توجہ دلائی گئی ہے: آجر a محکمہ محنت کے علاوہ سرکاری ایجنسی۔ ایجنسی کا نام: _____

شکایت کنندہ کا نام (ضروری): _____

ایک پر نشان لگائیں: شکایت کنندہ کا نام آجر کو ظاہر نہ کریں۔

شکایت کنندہ کا نام آجر کو ظاہر کیا جا سکتا ہے۔

شکایت کنندہ کے گھر کا پتہ (ضروری): گلی: _____

شہر: _____ ریاست: _____ زپ: _____

فون (ضروری): (_____) _____ - _____ ای میل: _____

میں، ذیل میں دستخط شدہ شکایت کنندہ، مانتا ہوں کہ اس فارم میں درج اسٹیبلشمنٹ میں ملازمت کی حفاظت یا صحت کے خطرات موجود ہیں۔ میں ہوں، (کسی ایک پر نشان لگائیں):

ایک ملازم

ملازمین کا (یونین) نمائندہ۔ براہ کرم یونین یا تنظیم کا نام درج کریں جسے آپ نمائندہ: _____

آپ کا عنوان: _____

سیفٹی اینڈ ہیلتھ کمیٹی کے رکن

دیگر، وضاحت کریں: _____

دستخط (ضرورت): _____ تاریخ: ____ / ____ / ____