BENGALI

Department of Consumer Affairs

যোগাযোগ পত্র – অসুস্থতার ছুটির অভিযোগ

নিউইয়র্ক সিটির উপভোক্তা বিষয়ক বিভাগ (ডিসিএ) (New York City Department of Consumer Affairs, DCA)-এ যোগাযোগ করার জন্য ধন্যবাদ। অনুগ্রহ করে নিচের প্রশ্নাবলীর উত্তর দিন। স্পষ্টভাবে প্রতিটি প্রশ্নের উত্তর টাইপ করুন অথবা প্রিন্ট করুন। যদি কোনো প্রশ্ন আপনার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য না হয় তাহলে অনুগ্রহ করে প্রযোজ্য নয় বলে চিহ্নিত করুন।

আপনার যদি এই ফর্ম সম্পর্কে কোনো প্রশ্ন থাকে অথবা ফর্মটি সম্পূর্ণ করতে আপনার যদি আমাদের কোনো কর্মীর সহায়তার প্রয়োজন হয় তাহলে অনুগ্রহ করে DCA-এর PaidSickLeave@dca.nyc.gov-এ যোগাযোগ করুন, (212) 436-0255 বা (212) 436-0258 নম্বরে কল করুন অথবা DCA-এর নিচের ঠিকানায় যোগাযোগ করুন। আপনি যদি ইংরেজী ব্যতীত অন্য কোনো ভাষায় এটি পেতে চান, তাহলে আমরা আপনাকে বিনামূল্যে অনুবাদ সহায়তা প্রদান করবো। আপনি সম্পূর্ণ করা ফর্ম নিম্নলিখিত উপায়ে জমা দিতে পারেন:

- ইমেল: PaidSickLeave@dca.nyc.gov অথপা
- ডাকযোগেঅথপা হাতেহাতেএই ঠিকানায় পাঠান: New York City Department of Consumer Affairs, Attn: Paid Sick Leave Division, 42 Broadway, 9th Floor, New York, NY 10004

DCA-এ আপনার সম্পূর্ণ করা ফর্ম পাওয়ার পর, আমাদের কোনো অতিরিক্ত তথ্যের প্রয়োজন হলে অথবা কি পদক্ষেপ নেওয়া হবে তা আপনাকে জানাতে আমরা পাঁচ ব্যবসায়িক দিবসের মধ্যে যোগাযোগ করবো।

আপনি DCA-এর থেকে কি ধরনের সহায়তা চাইছেন?	আমার নিয়োগকর্তার সঙ্গে আমার সমস্যা মেটাতে সাহায্য করুন।	নিয়োগকর্তা আইন লঙ্ঘন করছেন বলে আমি মনে করি, তা তদন্ত করুন।

আমদেরকে যদি আপনার নিয়োগকর্তার কাছে আপনার অভিযোগের সমাধান করতে অথবা আইনের কারণে আপনার পরিচয় উদঘাটন করতে হয় তাহলে DCA আপনাকে জানাবে।

আপনার যোগাযোগের তথ্য

নাম ☐ শ্রী/জনাব ☐ শ্রীমতি/জনাবা	M.I.	পদবি	মাতৃভাষা:
ঠিকানা (বিল্ডিং নম্বর, রাস্তার নাম, অ্যাপার্টমেন্ট / সুইট / অন্যান্য)			
শহর	রাজ্য	জিপ কোড	বরো
ফোন নম্বর 1 (প্রাথমিক)	ফোন নম্বর 2 (দ্বিতীয়)	ইমেল ঠিকানা:	

আপনার ইমেল ঠিকানা প্রদান করার মাধ্যমে, আপনি উপভোক্তা বিষয়ক বিভাগের (DCA) থেকে বৈদ্যুতিন মাধ্যমে যোগাযোগ পাওয়ার সম্মতি দিচ্ছেন এবং আপনি তালিকাভুক্ত এই ইমেলটিকে আপনার সঙ্গে যোগাযোগের একটি নির্ভরযোগ্য মাধ্যম বলে ঘোষণা করছেন।

কর্মসংস্থানের তথ্য

নিয়োগকর্তা			কর্মক্ষেত্রে প্রধানত যে ভাষা ব্যবহৃত হয়:
আপনার অফিসের ঠিকানা (বিল্ডিং নম্বর, রাস্তার নাম, অ্যাপার্টমেন্ট / সুইট / অন্যান্য)			
শহর	রাজ্য	জিপ কোড	পৌরসভা
নিয়োগকর্তা এখনও ব্যবসায় নিয়োজিত? ☐ হ্যাঁ ☐ না	নিয়োগকর্তার কর্মঘন্টা		আপনার পদ/ভূমিকা
সুপারভাইজার অথবা ম্যানেজারের নাম	সুপারভাইজার/ম্যানেজারের ফোন নম্বর		সুপারভাইজার/ম্যানেজারের ইমেল ঠিকানা

কর্মী সংখ্যা:	☐ 1-4 জন কর্মী	☐ 5-19 জন কর্মী	☐ 20-99 জন কর্মী	☐ 100-499 জন কর্মী	☐ 500+ জনের বেশী কর্মী
শিল্প: ☐ শিক্ষা	☐ সরকার	☐ স্বাস্থ্য সে া	☐ অতিথিসেবা/হোটেল	☐ শিল্পকৌশল/উৎপাদন	☐ অলাভজনক
☐ পেশাদার পরিষেবা	☐ রেঁস্তোরা/খাদ্য পরিষেবা	☐ খুচরা	☐ মুদি দোকান	☐ নির্মাণ (কনস্ট্রাকশন)	☐ অন্যান্য

1. কত তারিখে আপনি এই নিয়োগকর্তার চাকুরীতে যোগ দেন?	_____/_____/_____ (মাস/দিন/বছর)		
2. গড়ে, আপনি এই নিয়োগকর্তার জন্য কতক্ষণ কাজ করেন?			
3. আপনি কি এই নিয়োগকর্তার হয়ে নিউইয়র্কে কাজ করতেন? (কেবলমাত্র ব্রঙ্কস, ব্রুকলিন, ম্যানহাটন, কুইন্স, স্টেটেন আইল্যান্ড)	☐ হ্যাঁ	☐ না	
4. আপনি কি এখনো আপনার নিয়োগকর্তার হয়ে কাজ করছেন?	☐ হ্যাঁ	☐ না	
5. আপনি যদি বর্তমানে আপনার নিয়োগকর্তার অধীনে কাজ না করে থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে তার কারণ নির্বাচন করুন।	পদত্যাগ করেছেন	বরখাস্ত করা হয়েছে	ছাড়িয়ে দেওয়া হয়েছে
6. আপনি যদি বর্তমানে আপনার নিয়োগকর্তার অধীনে কাজ না করে থাকেন, তাহলে শেষ কবে তিনি কাজ করেছিলেন?	_____/_____/_____ (মাস/দিন/বছর)		

আপনি নিউইয়র্ক শহরের অর্জিত অসুস্থ সময়ের আইনের (অর্থপ্রদত্ত অসুস্থতার ছুটি আইন) অধীনে রয়েছেন কিনা আমাদেরকে তা নির্ধারণে অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত প্রশ্নাবলীর উত্তর দিন।

1. আপনি কি কোনো ইউনিয়নের সদস্য?		☐ হ্যাঁ	☐ না
2. আপনি কি একজন সরকারী চাকুরিজীবী?		☐ হ্যাঁ	☐ না
3. আপনি কি ফেডারেল কর্ম অধ্যয়ন কলেজ প্রোগ্রামের সঙ্গে যুক্ত?		☐ হ্যাঁ	☐ না
4. আপনি কি নিউইয়র্ক রাজ্যের শিক্ষা বিভাগ কর্তৃক অনুমতিপ্রাপ্ত শারীরিক থেরাপিস্ট, অকুপেশনাল থেরাপিস্ট, স্পীচ ল্যাঙ্গুয়েজ প্যাথোলজিস্ট, বা অডিওলজিস্ট?		☐ হ্যাঁ	☐ না
5. আপনি কি কর্ম অভিজ্ঞতা কার্যক্রমের (WEP) সঙ্গে যুক্ত?		☐ হ্যাঁ	☐ না
6. আপনি কি ছাত্রবৃত্তি কার্যক্রম থেকে আর্থিক অনুদান পান?		☐ হ্যাঁ	☐ না
7. আপনি কি একজন স্বাধীন ঠিকাদার?	☐ হ্যাঁ	☐ না	আমি জানি না
8. আপনি কি কারও বাড়ীতে কাজ করেন?	☐ হ্যাঁ	☐ না	আমি জানি না

অভিযোগের তথ্য

1. আপনার নিয়োগকর্তা কি নিউইয়র্ক শহরের অর্থপ্রদত্ত অসুস্থতার ছুটির আইন লঙ্ঘন করেছেন বলে আপনি কি মনে করেন?	☐ হ্যাঁ	☐ না

2. যদি হ্যাঁ হয়, কোন তারিখে আপনার নিয়োগকর্তা আইন লঙ্ঘন করেছেন বলে আপনি মনে করেন? _____ /_____ /_____ (মাস/দিন/বছর)

3. নিচের কোন উপায়ে আপনার নিয়োগকর্তা নিউইয়র্ক শহরের অর্থপ্রদত্ত অসুস্থতার ছুটির আইন লঙ্ঘন করেছেন তা অনুগ্রহ করে জানান। প্রযোজ্য সব কটিতে টিক দিন।

আমাকে অসুস্থতার ছুটি ব্যবহার করতে দেননি	অসুস্থতার ছুটির জন্য আমাকে পর্যাপ্ত ক্ষতিপূরণ দেননি	আমাকে আগের বছরের থেকে যাওয়া অসুস্থতার ছুটি এই বছর নিতে দেননি
আমাকে আমার বদলে আরেকজন শ্রমিকের ব্যবস্থা করে দিতে বলেন	আমি যত সময় কাজ করতে পারিনি পরে আমাকে ঠিক ততক্ষণ কাজ করতে হয়েছে	আমাকে মেডিক্যাল নথি জমা দিতে বলা হয়
☐ অসুস্থতার জন্য ছুটির অনুরোধ, অসুস্থতার কারণে পাপ্য ছুটি নেওয়া অথবা অভিযোগ দাখিল করার জন্য আমার উপর প্রতিশোধ নেওয়া হচ্ছে	☐ আমাকে কর্মচারী অধিকার বিজ্ঞপ্তি প্রদান করা হয় না	☐ অন্যান্য

4. কি হয়েছে তা নিজের ভাষায় বর্ণনা করুন। প্রয়োজনে অতিরিক্ত পৃষ্ঠা নিন।

5. আপনি কি নিয়োগকর্তার সঙ্গে সমস্যা মেটানোর চেষ্টা করেছেন?	☐ হ্যাঁ	☐ না

6. আপনি আপনার নিয়োগকর্তার কাছ থেকে কোন ধরনের মীমাংসা চাইছেন? (যেমন, আপনার নিয়োগকর্তার কাছ থেকে ক্ষমাপ্রার্থনা পত্র, অপরিশোধিত মুজরি শোধ, সময়ের ক্ষরিপূরণ, ইত্যাদি।)

7. অনুগ্রহ করে এই সমস্যা সমাধানে সহায়ক হবে এমন কিছু অতিরিক্ত তথ্য আমাদের প্রদান করুন।

অনুগ্রহ করে এই ফর্মের সঙ্গে সম্পর্কিত নথি প্রদান করুন (যেমন, আপনার বেতন বাট , কর্মসংস্থানের চুক্তি, যৌথ দরকষাকষি চুক্তি, অসুস্থতার ছুটি সম্পর্কিত নিয়োগকর্তার নীতি এবং আপনার অসুস্থতার ছুটির অনুরোধের প্রতিলিপি)। আপনার অভিযোগের প্রক্রিয়া করার জন্য DCA-এর আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্যের প্রয়োজন নেই। আপনি যদি কোনো স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য প্রদান করেন, তাহলে DCA এটিকে গোপনীয় হিসেবে সংরক্ষিত রাখবে, আপনার অনুমতি অথবা আইনের আদেশ ছাড়া কারো কাছে তা প্রদান করা হবে না।

আমি আমার জ্ঞাতার্থে জানাচ্ছি যে এই তথ্য সত্য, নির্ভুল এবং সম্পূর্ণ।

অভিযোগকারী কর্মীর স্বাক্ষর

তারিখ

মুদ্রিত নাম

পিতামাতা অথবা অভিভাবকের স্বাক্ষর
(যদি 18 বছর বয়সের নিচে কেউ অভিযোগ করেন)

পিতামাতা অথবা অভিভাবকের মুদ্রিত নাম