



मेयर्स अफिस अफ इक्विटी सिटी अफ पिट्सबर्ग पेड सिक डेज एक्ट (तलबी बिरामी बिदा ऐन)

उजुरी फाराम

सिटी अफ पिट्सबर्ग, मेयर्स अफिस अफ इक्विटी (Mayor's Office of Equity, MOE) लाई सम्पर्क गर्नुभएकोमा तपाईंलाई धन्यवाद छ। कृपया निर्देशनहरूलाई पालना गर्नुहोस् र तलको जानकारी भर्नुहोस्।

- कृपया तलका हरेक प्रश्नहरूको तपाईंले आफ्नो क्षमताले सक्नेसम्मको आफ्नो जवाफलाई अक्षर नजोडिकन लेखेर वा टाइप गरेर स्पष्ट रूपमा दिनुहोस्। यदि कुनै जवाफका बारेमा तपाईं निश्चित हुनुहुन्न भने कृपया त्यसलाई उल्लेख गर्नुहोस्। यदि कुनै प्रश्न तपाईंमा लागू हुँदैन भने कृपया N/A वा लागू नहुने भनेर चिन्ह लगाउनुहोस्।
- तपाईंले भरिएको फारामलाई देहायका तरिकाहरूमा बुझाउन सक्नुहुन्छ:
 - निम्नमा इमेल गरेर: PaidSickLeave@pittsburghpa.gov वा
 - निम्न ठेगानामा पत्राचार गरेर: Office of Equity, Attn: Paid Sick Leave Division 5th Floor, 414 Grant St., Pittsburgh, PA 15219
- तपाईंको भरिएको फाराम प्राप्त गरिसकेपछि हामीलाई आवश्यक पर्ने कुनै पनि थप जानकारी सङ्कलन गर्ने बारेमा छलफल गर्न वा हामीले कुन कार्यवाही गर्दै छौं भनेर तपाईंलाई सूचित गर्नका लागि हामीले तपाईंलाई पाँच (5) कार्यालय दिनभित्र सम्पर्क गर्ने छौं।

तपाईं पिट्सबर्गको पेड सिक डेज एक्ट (तलबी बिरामी बिदा ऐन) द्वारा समेटिनु हुन्छ कि हुनुहुन्न भनेर निर्धारण गर्नमा हामीलाई मद्दत गर्नका लागि कृपया देहायका प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस् ।		
1. के तपाईं स्वतन्त्र कन्ट्याक्टर (करारकर्ता) हो ? (उदाहरण: तपाईंले 1099 प्राप्त गर्नुहुन्छ)	हो	होइन
2. के तपाईं मौसमी कर्मचारी हो ? (एक क्यालेन्डर वर्षमा 16 हप्ताभन्दा बढी अवधि नहुनेगरी तपाईंलाई काममा लगाइएको हुन्छ)	हो	होइन
3. के तपाईं सामूहिक सौदाबाजी सम्झौताद्वारा समेटिनुभएको छ ? (उदाहरण: युनियन सदस्य)	हो	होइन
4. के तपाईं विद्यार्थी इन्टर्न हो ?	हो	होइन
5. के तपाईं सङ्घीय वा राज्यको कर्मचारी हो ?	हो	होइन
6. के तपाईंले सिटी अफ पिट्सबर्गको भौगोलिक सीमाहरूभित्र कम्तीमा पनि 35 घण्टा/वर्ष काम गर्नुभएको छ ?	हो	होइन

उजुरीसम्बन्धी जानकारी		
के तपाईंलाई रोजगारदाताले पेड सिक डेज एक्ट (तलबी बिरामी बिदा ऐन) लाई उल्लङ्घन गरेका छन् भन्ने लाग्छ ?	हो	होइन
यदि लाग्छ भने रोजगारदाताले कानुनलाई पहिलोपटक कहिले उल्लङ्घन गरेका थिए तपाईंलाई विश्वास छ ?	_____ / _____ / _____ (महिना/दिन/वर्ष) (MM/DD/YYYY)	
कृपया रोजगारदाताले कानुनलाई देहायहरू मध्ये कुन तरिकाहरूमा उल्लङ्घन गरेका थिए भनेर उल्लेख गर्नुहोस् र तलको ठाउँमा थप जानकारी उपलब्ध गराउनुहोस् । लागू हुने सबैमा ठीक चिन्ह लगाउनुहोस्		
<input type="checkbox"/>	बिरामी समय प्रयोग गर्न नदिएको ।	
<input type="checkbox"/>	पिट्सबर्गमा काम गरेको हरेक 35 घण्टाको समयक लागि 1 घण्टाको बिरामी समय जम्मा गर्न नदिएको ।	
<input type="checkbox"/>	लगातार 3 दिनभन्दा कम समय अनुपस्थित हुँदा त्यसका लागि कागजपत्र (लिखित प्रमाण) आवश्यक गराएको ।	
<input type="checkbox"/>	"मनासिब" कागजपत्र (लिखित प्रमाण) स्वीकार नगरेको ।	
<input type="checkbox"/>	बिरामी बिदा अनुरोध गर्ने, बिरामी बिदा प्रयोग गर्ने वा उजुरी दायर गर्ने कर्मचारीविरुद्ध बदला लिएको ।	
<input type="checkbox"/>	एक वर्षभरि जम्मा भएको बिरामी बिदालाई अर्को वर्षमा सार्न अनुमति नदिएको ।	
<input type="checkbox"/>	कर्मचारीलाई आफ्नो सङ्ग्राम प्रतिस्थापन कर्मचारी खोज्न आवश्यक गराएको ।	
<input type="checkbox"/>	व्यक्तिगत रूपमा ह्याण्डआउट नदिएर वा स्पष्ट देखिने ठाउँमा जानकारीलाई नटाँसेर वा नराखेर कानुन अन्तर्गतका अधिकारहरूको सूचना उपलब्ध नगराएको ।	
<input type="checkbox"/>	बिरामी बिदा अनुरोध गरेको वा प्रयोग गरेको कारणले गर्दा कर्मचारीलाई दण्डित गरेको ।	
कृपया के भएको थियो बहिर आफ्नै शब्दमा बताउनुहोस् । आवश्यक भएमा थप पानाहरू प्रयोग गर्नुहोस् । कृपया कथित उल्लङ्घनहरूका सबै मितिहरूलाई समावेश गर्नुहोस् ।		
के तपाईंले आफ्नो उजुरीलाई रोजगारदातासँग समाधान गर्ने प्रयास गर्नुभएको छ ? (एउटा छनोट गर्नुहोस्)	छ	छैन
तपाईंले कस्तो प्रकारको राहत खोज्दै हुनुहुन्छ ? (अगाडिको तलब, पुनर्नियुक्ति इत्यादि)		
कृपया यो मामिलालाई समाधान गर्नमा उपयोगी हुने कुनै पनि थप जानकारी हामीलाई उपलब्ध गराउनुहोस् ।		

<p>कृपया यस फारामका साथमा कुनै पनि सम्बन्धित कागजपत्रहरू उपलब्ध गराउनुहोस् (अर्थात्, तलबको भुक्तान रसिद (पे स्टब), रोजगारी करार, सामूहिक सौदाबाजी सम्झौता, बिरामी बिदाका बारेमा रोजगारदाताको नीति र बिरामी बिदाका लागि तपाईंले गर्नुभएको अनुरोधको प्रतिलिपि) । MOE लाई तपाईंको उजुरीको प्रक्रियालाई अगाडि बढाउनका लागि स्वास्थ्य-सम्बन्धी जानकारी आवश्यक पर्दैन ।</p>		
<p>अधिकारीहरू समक्ष झुठो विवरणहरू प्रस्तुत गरेमा सो कार्यका लागि 18 PA. CONS. STAT. ANN. § 4904 बमोजिम शपथसँग अबद्ध असत्यको दण्ड अनुसार दण्डसजाय हुनेगरी म यो घोषणा गर्छु कि मलाई थाहा भएसम्म यो जानकारी सत्य, ठीक र पूर्ण छ ।</p>		
<p>उजुरीकर्ताको हस्ताक्षर</p>		<p>मिति</p>
<p>अक्षर नजोडिएको पूरा नाम</p>		
<p>(यदि उजुरीकर्ता 18 वर्षभन्दा कम उमेरको भएमा)</p>	<p>अभिभावक वा संरक्षकको हस्ताक्षर</p>	<p>अभिभावक वा संरक्षकको अक्षर नजोडिएको पूरा नाम</p>