|  |  |
| --- | --- |
| **English** | **Eastern Punjabi** |
| OSHA Online Complaint Form | OSHA ਔਨਲਾਈਨ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਫਾਰਮ |
| Notice of Alleged Safety or Health Hazards | ਕਥਿਤ ਸੁਰੱਖਿਆ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਖ਼ਤਰਿਆਂ ਦੀ ਸੂਚਨਾ |
| EMERGENCY NOTICE | ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਨੋਟਿਸ |
| Do Not Report an Emergency Using this Form or Email! | ਇਹ ਫਾਰਮ ਜਾਂ ਈਮੇਲ ਵਰਤਦੇ ਹੋਏ ਕਿਸੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਨਾ ਕਰੋ! |
| To report an emergency, fatality, or imminent life threatening situation please contact our toll free number immediately: | ਕਿਸੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ, ਸੰਕਟ ਜਾਂ ਜੀਵਨ ਲਈ ਖਤਰੇ ਵਾਲੀ ਕਿਸੇ ਅਟੱਲ ਸਥਿਤੀ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰਨ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਤੁਰੰਤ ਸਾਡੇ ਟੋਲ ਫ੍ਰੀ ਨੰਬਰ ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ: |
| 1-800-321-OSHA (6742) | 1-800-321-OSHA (6742) |
| TTY 1-877-889-5627 | TTY 1-877-889-5627 |
| Please fill out sections 1 through 19, but [READ THIS FIRST](https://www.osha.gov/pls/osha7/ecomplaintform.readme). Items noted with an asterisk (**\***) are required in order to accept your submission. | ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1 ਤੋਂ 19 ਤੱਕ ਭਾਗ ਭਰੋ, ਪਰੰਤੂ [READ THIS FIRST](https://www.osha.gov/pls/osha7/ecomplaintform.readme)। ਤਾਰਾ ਚਿੰਨ੍ਹ (**\***) ਨਾਲ ਦਿੱਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਆਈਟਮਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਬੇਨਤੀ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨ ਲਈ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹਨ। |
| \*1. Establishment Name | \*1. ਸੰਸਥਾਨ ਦਾ ਨਾਮ |
| Note: In order for OSHA to fully process your complaint, complete and accurate information about the worksite is necessary. | **ਨੋਟ**: OSHA **ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੀ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕਰੇ, ਇਸ ਲਈ ਕਾਰਜ ਸਥਾਨ ਬਾਰੇ ਪੂਰੀ ਅਤੇ ਸਹੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ।** |
| \*2. Site Street: | \*2. ਸਾਈਟ ਦਾ ਪਤਾ: |
| \*3. Site City: | \*3. ਸਾਈਟ ਦਾ ਸ਼ਹਿਰ: |
| \*4. Site State: | \*4. ਸਾਈਟ ਦਾ ਰਾਜ: |
| \*5. Site Zip Code: | \*5. ਸਾਈਟ ਦਾ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ: |
| 6. Mailing Address (if different): | 6. ਡਾਕ ਪਤਾ (ਜੇਕਰ ਵੱਖਰਾ ਹੈ): |
| 7. Management Official: | 7. ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਅਧਿਕਾਰੀ: |
| 8. Telephone Number: | 8. ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ: |
| 9. Type of Business: | 9. ਵਪਾਰ ਦਾ ਪ੍ਰਕਾਰ: |
| \*10. Hazard Description. | \*10. ਖ਼ਤਰੇ ਦਾ ਵਰਣਨ। |
| Describe briefly the hazards(s) which you believe exist. Include the approximate number of employees exposed to or threatened by each hazard: | ਉਸ ਖ਼ਤਰੇ (ਖ਼ਤਰਿਆਂ) ਦਾ ਸੰਖਿਪਤ ਵਰਣਨ ਦਿਓ, ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਮੰਨਦੇ ਹੋ ਕਿ ਮੌਜੂਦ ਹੈ। ਉਹਨਾਂ ਤਕਰੀਬਨ ਸਾਰੇ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ, ਜਿਹਨਾਂ ਨੂੰ ਖ਼ਤਰੇ ਵਿੱਚ ਪਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ ਜਾਂ ਜਿਹਨਾਂ ਨੇ ਹਰੇਕ ਖ਼ਤਰੇ ਦਾ ਸੰਕੇਤ ਦਿੱਤਾ ਹੈ। |
| \*11. Hazard Location. | \*11. ਖ਼ਤਰੇ ਦਾ ਸਥਾਨ। |
| Specify the particular building or worksite where the alleged violation exists: | ਉਸ ਖ਼ਾਸ ਇਮਾਰਤ ਜਾਂ ਕਾਰਜ ਸਥਾਨ ਦਾ ਵੇਰਵਾ ਦਿਓ, ਜਿੱਥੇ ਕਥਿਤ ਉਲੰਘਣਾ ਹੋ ਰਹੀ ਹੈ: |
| **\*12. This condition has been brought to the attention of:** (Choose all that apply)  □ Employer  □ Other Government Agency (specify) | **\*12.**  **ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਦੇ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਲਿਆਂਦਾ ਗਿਆ ਹੈ:** (*ਉਹ ਸਾਰੇ ਚੁਣੋ, ਜੋ ਲਾਗੂ ਹਨ* )  □ ਮਾਲਕ  □ ਦੂਜੀ ਸਰਕਾਰੀ ਏਜੰਸੀ (ਵੇਰਵਾ ਦਿਓ) |
| 13. I am a(n):  □ Former Employee  □ Current Employee  □ Federal Safety and Health Committee  □ Representative of Employees  □ Other: (specify) | 13. ਮੈਂ ਹਾਂ:  □ ਭੂਤਪੂਰਵ ਕਰਮਚਾਰੀ  □ ਵਰਤਮਾਨ ਕਰਮਚਾਰੀ  □ ਸੰਘੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਕਮੇਟੀ  □ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਦੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ  □ ਹੋਰ: (ਵੇਰਵਾ ਦਿਓ) |
| The [OSH Act](https://www.osha.gov/pls/oshaweb/owadisp.show_document?p_table=OSHACT&p_id=2743&p_text_version=FALSE) gives complainants the right to request that their names not be revealed to their employer. Providing your name and address, will only allow OSHA staff to communicate with you regarding your complaint. | [OSH Act](https://www.osha.gov/pls/oshaweb/owadisp.show_document?p_table=OSHACT&p_id=2743&p_text_version=FALSE) ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਇਹ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਦਾ ਹੱਕ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਨਾਮ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਮਾਲਕ ਨੂੰ ਨਾ ਦੱਸੇ ਜਾਣ। ਤੁਹਾਡਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ ਦੇਣ ਨਾਲ, ਇਹ OSHA ਸਟਾਫ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੇ ਸੰਬੰਧ ਵਿੱਚ ਕੇਵਲ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦੇਵੇਗਾ। |
| 14. Please Indicate Your Desire:   * Do NOT reveal my name to my Employer * My name may be revealed to the Employer | 14. ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ ਇੱਛਾ ਦੱਸੋ:   * ਮਾਲਕ ਨੂੰ ਮੇਰਾ ਨਾਮ ਨਾ ਦੱਸੋ * ਮੇਰਾ ਨਾਮ ਮਾਲਕ ਨੂੰ ਦੱਸਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ |
| \*15. **Complainant Name:** | \*15. **ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਦਾ ਨਾਮ:** |
| **This constitutes my electronic signature.** (If this box is checked, this submission shall be considered as an authorized written signature.) | *ਇਹ ਮੇਰੇ ਇਲੈਕਟ੍ਰੋਨਿਕ ਹਸਤਾਖਰ ਹਨ।* (ਜੇਕਰ ਇਸ ਖਾਨੇ ਵਿੱਚ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਬੇਨਤੀ 'ਤੇ ਇੱਕ ਅਧਿਕਾਰਤ ਲਿਖਤ ਹਸਤਾਖਰ ਦੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾਏਗਾ।) |
| \*16.  **Complainant Telephone Number:** | \*16.  **ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਦਾ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ:** |
| 17. **Complainant Mailing Address**  **Street:**  **City:**  **Sate:**  **ZIP Code:** | 17. **ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਦਾ ਡਾਕ ਪਤਾ**  **ਗਲੀ:**  **ਸ਼ਹਿਰ:**  **ਰਾਜ:**  ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ**:** |
| \*18.  **Complainant E-Mail Address:** | \*18.  **ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਦਾ ਈ-ਮੇਲ ਪਤਾ:** |
| 19. If you are an authorized representative of employees affected by this complaint, please state the name of the organization that you represent and your title:  Organization Name:  Your Title: | 19. ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਤੋਂ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੋਏ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਦੇ ਇੱਕ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਸ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਮ ਦੱਸੋ, ਜਿਸਦੇ ਤੁਸੀਂ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਪਦਵੀ:  ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਮ:  ਤੁਹਾਡੀ ਪਦਵੀ: |
| SEND | ਭੇਜੋ |
| Clear Form |  |
| Punishment for Unlawful Statements | ਗ਼ੈਰਕਾਨੂੰਨੀ ਬਿਆਨਾਂ ਲਈ ਸਜ਼ਾ |
| Potential complainants also should keep in mind that it is unlawful to make any false statement, representation, or certification in any complaint. Violations can be punished under [Section 17(g)](https://www.osha.gov/pls/oshaweb/owadisp.show_document?p_table=OSHACT&p_id=3371#17g) of the OSH Act by a fine of not more than $10,000, or by imprisonment of not more than 6 months, or by both. | ਸੰਭਾਵਿਤ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵੀ ਗਲਤ ਬਿਆਨ, ਵਰਣਨ ਜਾਂ ਪ੍ਰਮਾਣੀਕਰਨ ਕਰਨਾ ਗ਼ੈਰਕਾਨੂੰਨੀ ਹੈ। ਉਲੰਘਣਾਵਾਂ ਦੀ ਸਜ਼ਾ OSH ਅਧਿਨਿਯਮ ਦੀ [Section 17(g)](https://www.osha.gov/pls/oshaweb/owadisp.show_document?p_table=OSHACT&p_id=3371#17g) ਦੇ ਅਧੀਨ $10,000 ਤੱਕ ਦਾ ਜੁਰਮਾਨਾ, ਜਾਂ ਛੇ ਮਹੀਨੇ ਤੱਕ ਦੀ ਕੈਦ, ਜਾਂ ਦੋਵਾਂ ਰਾਹੀਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। |
| Public reporting burden for this voluntary collection of information is estimated to vary from 15 to 25 minutes per response with an average of 17 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An Agency may not conduct or sponsor, and persons are not required to respond to the collection of information unless it displays a valid OMB Control Number. Send comment regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden to the Directorate of Enforcement Programs, Department of Labor, Room N-3119, 200 Constitution Ave., NW, Washington, DC; 20210. | ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਇਸ ਸਵੈਇੱਛਤ ਇਕੱਤਰੀਕਰਨ ਲਈ ਜਨਤਕ ਸੂਚਨਾ ਦੇਣ ਦੀ ਜ਼ੁੰਮੇਵਾਰੀ ਔਸਤਨ ਪ੍ਰਤੀ ਜਵਾਬ 15 ਤੋਂ 25 ਮਿੰਟਾਂ ਤੋਂ ਪ੍ਰਤੀ ਜਵਾਬ 17 ਮਿੰਟਾਂ ਤੱਕ ਭਿੰਨ-ਭਿੰਨ ਹੋਣ ਦਾ ਅਨੁਮਾਨ ਲਗਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨ ਲਈ ਸਮਾਂ, ਮੌਜੂਦਾ ਡੇਟਾ ਸਾਧਨਾਂ ਦੀ ਖੋਜ ਕਰਨਾ, ਲੁੜੀਂਦਾ ਡੇਟਾ ਇਕੱਤਰ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਉਸਨੂੰ ਕਾਇਮ ਰੱਖਣਾ, ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਇਕੱਤਰੀਕਰਨ ਪੂਰਾ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਉਸਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨਾ। ਕੋਈ ਏਜੰਸੀ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਵਿਹਾਰ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੀ ਜਾਂ ਨਾਮ ਪੇਸ਼ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੀ, ਅਤੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਇਕੱਤਰੀਕਰਨ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਇੱਕ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਓ.ਐਮ.ਬੀ. ਨਿਯੰਤਰਣ ਨੰਬਰ (OMB Control Number) ਪ੍ਰਗਟ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ। ਇਸ ਜ਼ੁੰਮੇਵਾਰੀ ਅਨੁਮਾਨ ਜਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਇਕੱਤਰੀਕਰਨ ਦੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਪੱਖ ਦੇ ਸੰਬੰਧ ਵਿੱਚ ਟਿੱਪਣੀ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਪਤੇ 'ਤੇ ਭੇਜੋ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਇਸ ਜ਼ੁੰਮੇਵਾਰੀ ਨੂੰ ਘੱਟ ਕਰਨ ਦੇ ਸੁਝਾਅ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ - Directorate of  Enforcement Programs, Department of Labor, Room N-3119, 200 Constitution Ave., NW, Washington, DC; 20210. |
| *OMB Approval# 1218-0064; Expires: 08-31-2017* | *OMB* ਮਨਜ਼ੂਰੀ *# 1218-0064;*  ਮਿਆਦ ਪੁੱਗਦੀ ਹੈ *: 08-31-2017* |
| **DO NOT SEND THE COMPLETED FORM TO THIS OFFICE.** | **ਭਰਿਆ ਹੋਇਆ ਫਾਰਮ ਇਸ ਦਫ਼ਤਰ ਨੂੰ ਨਾ ਭੇਜੋ।** |