|  |  |
| --- | --- |
| **English** | **Western Punjabi** |
| OSHA Online Complaint Form | OSHA آن لائن شکایت فارم |
| Notice of Alleged Safety or Health Hazards | دعوٰی دے مطابق سلامتی یا صحت دے خطریاں دا نوٹس |
| EMERGENCY NOTICE | ہنگامی نوٹس |
| Do Not Report an Emergency Using this Form or Email! | ایس فارم یا ای میل نوں ورتدے ہوئے اک ہنگامی صورتحال دی رپورٹ نہ کرو! |
| To report an emergency, fatality, or imminent life threatening situation please contact our toll free number immediately: | ایک ہنگامی صورتحال، اموات، یا فوری حیاتی دے لئی خطرناک صورت حال دی رپورٹ کرن لئی مہربانی کر کے ساڈے ٹول فری نمبر اتے فوری طور تے رابطہ کرو: |
| 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. | مہربانی کر کے 19 اچوں سیکشنز 1 نوں پر کرو، پر [اینوں پہلاں پڑھو](https://www.osha.gov/pls/osha7/ecomplaintform.readme)۔ تہاڈے جمع کران نوں قبول کرن دے لئی اک ستارے (**\***) دے نال نوٹ کوٹ کیتی گئیں شیواں دی لوڑ اے۔ |
| \*1. Establishment Name | \*1. عمارت دا ناں |
| Note: In order for OSHA to fully process your complaint, complete and accurate information about the worksite is necessary. | نوٹ کرو: OSHA دے ولوں تہاڈی شکایت دی پوری طرحاں عمل کاری کرن دے لئی، ورک سائٹ دے بارے اچ مکمل تے درست جانکاری ضروری اے۔ |
| \*2. Site Street: | \*2. سائٹ اسٹریٹ: |
| \*3. Site City: | \*3. سائٹ سٹی: |
| \*4. Site State: | \*4. سائٹ ریاست: |
| \*5. Site Zip Code: | \*5. سائٹ زپ کوڈ: |
| 6. Mailing Address (if different): | 6. ڈاک دا پتہ (ے وکھرا ہووے): |
| 7. Management Official: | 7. انتظامی افسر: |
| 8. Telephone Number: | 8. ٹیلیفون نمبر: |
| 9. Type of Business: | 9. کاروباراں دی قسم: |
| \*10. Hazard Description. | \*10. خطرہ دا بیان۔ |
| Describe briefly the hazards(s) which you believe exist. Include the approximate number of employees exposed to or threatened by each hazard: | اوس خطرہ (خطریاں) دی تفصیل دسو جیہڑے تہانوں یقین اے کہ موجود نیں۔ ملازماں دی اندازے دے نال تعداد شامل کرو جیہڑی ایس خطرے اچ اے یا ہر کسے خطرے اچ اے۔ |
| \*11. Hazard Location. | \*11. خطرہ دی تھاں۔ |
| Specify the particular building or worksite where the alleged violation exists: | اوس خصوصی عمارت یا کم کاج دی تھاں دی وضاحت کرو جتھے بیان کیتی خلاف ورزی موجود اے۔ |
| **\*12. This condition has been brought to the attention of:** (Choose all that apply)□ Employer□ Other Government Agency (specify) | **\*12. ایس شرط ول ایناں دی توجہ دلائی گئی اے:** (سارے چنوں جیہڑے لاگو ہوندے ہین)□ آجر□ درجی سرکاری ایجنسی (تفصیل دسو) |
| 13. I am a(n):□ Former Employee□ Current Employee□ Federal Safety and Health Committee□ Representative of Employees□ Other: (specify) | 13. میں آں اک:□ سابقہ ملازم□ موجودہ ملازم□ وفاقی تحفظ تے صحت دی کمیٹی□ ملازماں دا نمائندہ□ دوجے: (دسو) |
| 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 ایکٹ](https://www.osha.gov/pls/oshaweb/owadisp.show_document?p_table=OSHACT&p_id=2743&p_text_version=FALSE) شکایت کرن آلیاں نوں درخواست کرن دا حق دیندا اے کہ اونہاں دے ناواں نوں اونہاں دے مالکاں تے ظاہر نئیں کیتا جاوے گا۔ اپنا ناں تے پتہ فراہم کرنا، OSHA دے عملے نوں صرف تہاڈی شکایت دے بارے اچ گل بات کرن دی اجازت دیوے گا۔ |
| 14. Please Indicate Your Desire:* Do NOT reveal my name to my Employer
* My name may be revealed to the Employer
 | 14. مہربانی کر کے اپنی خواہش دسو:* آجر دے سمنڑے میرا ناں نہ دسو
* آجر نوں میرا ناں دسیا جا سکدا اے
 |
| \*15. **Complainant Name:** | \*15. **شکایت کرن آلے دا ناں:** |
| **This constitutes my electronic signature.** (If this box is checked, this submission shall be considered as an authorized written signature.) | **ایہدے نال میرے الیکٹرانک دستخط دی تشکیل ہوندی اے۔** (جے ایس خانہ اتے نشان لایا جاندا اے، تے ایس جمع کران نوں اک مجاز تحریری دستخط دے طور تے منیا جاوے گا۔) |
| \*16.  **Complainant Telephone Number:** | \*16.  **شکایت کرن آلے دا ٹیلیفون نمبر:** |
| 17. **Complainant Mailing Address****Street:****City:****Sate:****ZIP Code:** | 17. **شکایت کرن آلے دا ڈاک دا پتہ:****اسٹریٹ:****شہر:****ریاست:****ZIP کوڈ:** |
| \*18.  **Complainant E-Mail Address:** | \*18.  **شکایت کرن آلے دا ای میل پتہ:** |
| 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. جے تسی ایس شکایت توں متاثر ہوں آلے ملازماں دے مجاز نمائندے او، تے مہربانی کر کے، تے مہربانی کر کے ایس تنظیم دا ناں لکھو جیہدی تسی نمائندگی کردے او تے اپنا عہدہ وی:تنظیم دا ناں تہاڈا عہدہ: |
| SEND | گھلو |
| Clear Form | فارم صاف کرو |
| Punishment for Unlawful Statements | غیرقانونی بیانات دے لئی سزا |
| 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. | ممکنہ شکایت کنندگان نوں ایہہ ذہن اچ رکھنا چائیدا کہ کسے وی شکایت اچ کوئی وی جھوٹا بیان ، نمائندگی، یا تصدیق کرنا غیرقانونی اے۔ خلاف ورزیاں دی سزا OSH ایکٹ دے [Section 17(g)](https://www.osha.gov/pls/oshaweb/owadisp.show_document?p_table=OSHACT&p_id=3371#17g) دے ہیٹھاں دتی جا سکدے اے اک جرمانہ کر کے جیہڑا $10,000 تو ودھ نہ ہووے، یا قید دی سزا دے نال جیہڑی چھ مہینیاں توں ودھ نہ ہووے، یا دونواں دے نال۔ |
| 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. | معلومات نوں ایس رضاکارانہ طریقہ نال جمع کران دے لئی پبلک رپورٹنگ بوجھ دا، فی جواب 17 منٹ دی اوسط دے نال 15 توں 25 منٹ تائیں مختلف ہون دی گویڑ لائی گئی اے، ایس اچ ہدایتاں دا جائزہ لینا، موجودہ اعداد و شمار دے ذرائع دی گویڑ لانا، لوڑ آلے اعداد و شمار نوں جمع تے برقرار رکھنا، تے معلومات دے مجموعہ نوں مکمل کرنا تے جائزہ لینا شامل اے۔ اک ایجنسی منعقد نئی یا سپانسر نئی کر سکدی اے، تے لوکاں ولوں معلومات دے مجموعہ اتے جواب دینا لازمی نئی اے ماسوائے جدوں کہ ایہہ اک درست OMB کنٹرول نمبر وکھاندا ہووے۔ ایس بوجھ دے تخمینے یا معلومات دے مجموعہ دے کسے دوجے پہلو بارے اچ رائے بشمول، ایس بوجھ نوں کم کرن لئی تجویزاں ڈائریکٹوریٹ آف انفورسمنٹ پروگرامز، ڈیپارٹمنٹ آف لیبر، روم نمبر N-3119، 200 کانسٹیٹیوشن ایونیو، واشنگٹن ڈی سی 20210 نوں گھلو۔ |
| *OMB Approval# 1218-0064; Expires: 08-31-2017* | *OMB منظوری# 1218-0064؛ معیاد مکدی اے: 08-31-2017* |
| **DO NOT SEND THE COMPLETED FORM TO THIS OFFICE.** | **ایس دفتر نوں مکمل کیتا ہویا فارم نہ گھلو۔** |