

English	Western Punjabi
OSHA Online Complaint Form	OSHA آن لائن شکایت فارم
Notice of Alleged Safety or Health Hazards	دعویٰ دے مطابق سلامتی یا صحت دے خطریاں دا نوٹس
EMERGENCY NOTICE	بنگامی نوٹس
Do Not Report an Emergency Using this Form or Email!	ایس فارم یا ای میل نوں ورتدے ہوئے اک بنگامی صورتحال دی رپورٹ نہ کرو!
To report an emergency, fatality, or imminent life threatening situation please contact our toll free number immediately:	ایک بنگامی 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)	OSHA(6742)-1-800-321
TTY 1-877-889-5627	TTY 1-877-889-5627
Please fill out sections 1 through 19, but READ THIS FIRST . Items noted with an asterisk (*) are required in order to accept your submission.	مہربانی کر کے 19 اچوں سیکشنز 1 نوں پر کرو، پرائیویٹ پبلک پڑھو۔ ساڈے جمع کران نوں قبول کرن دے لئی اک ستارے (*) دے نال نوٹ کوٹ کیتی گئیں شیواں دی لوڑاے۔
*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 (اے وکھرا مووے):
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 which you believe exist. Include the approximate number of employees exposed to or threatened by each hazard:	اوس خطرہ (خطریاں) دی تفصیل دسو جیہڑے تانوں یقین اے اندازے دے نال تعداد شامل کرو جیہڑی ایس خطرے اچ اے یا ہر کسے خطرے اچ اے۔
*11. Hazard Location.	*11. خطرہ دی تھان۔
Specify the particular building or worksite where the alleged violation exists:	اوس خصوصی عمارت یا کم کاج دی تھان دی وضاحت کرو جتھیں ایس کوٹیاں وجود اے۔
*12. This condition has been brought to the attention of: (Choose all that apply)	*12. ایس شرط ول ایناں دی توجہ دلائی گئی اے: (سارے چنوں جیہڑے لاگو ہوندے ہین)
<input type="checkbox"/> Employer	<input type="checkbox"/> آجر
<input type="checkbox"/> Other Government Agency (specify)	<input type="checkbox"/> درجی سرکاری ایجنسی (تفصیل دسو)
13. I am a(n):	13. میں آن اک:

<input type="checkbox"/> Former Employee <input type="checkbox"/> Current Employee <input type="checkbox"/> Federal Safety and Health Committee <input type="checkbox"/> Representative of Employees <input type="checkbox"/> Other: (specify)	<input type="checkbox"/> سابقہ ملازم <input type="checkbox"/> موجودہ ملازم <input type="checkbox"/> وفاقی تحفظ تے صحت دی کمیٹی <input type="checkbox"/> ملازماں دا نمائند <input type="checkbox"/> دوجے: (دسو)
<p>The OSH Act 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.</p>	<p>OSH ایکٹ شکایت کرن آلیاں نوں درخواست کرن دا حق دیندا اے کہ اونٹاں دے ناواں نوں اونٹاں دے مالکاں تے ظاہر نہیں 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۔</p>
<p>14. Please Indicate Your Desire:</p> <input type="checkbox"/> Do NOT reveal my name to my Employer <input type="checkbox"/> My name may be revealed to the Employer	<p>14. مہربانی کر کے اپنی خواہش دسو:</p> <input type="checkbox"/> آجر دے سمیڑے میرا ناں نہ دسو <input type="checkbox"/> آجر نوں میرا ناں دسیا جا سکدا اے
<p>*15. Complainant Name:</p>	<p>*15. شکایت کرن آلیے دا ناں:</p>
<input type="checkbox"/> This constitutes my electronic signature. (If this box is checked, this submission shall be considered as an authorized written signature.)	<input type="checkbox"/> ایہدے نال میرے الیکٹرانک دستخط دی شکایت ہوندی اے۔ <small>(جر ایس خانہ اثر نشان لایا جاندا اے، تر ایس جمع کران نوں اک مجاز تحریری دستخط دے طور تر منیا جاوے گا۔)</small>
<p>*16. Complainant Telephone Number:</p>	<p>*16. شکایت کرن آلیے دا ٹیلیفون نمبر:</p>
<p>17. Complainant Mailing Address Street: City: State: ZIP Code:</p>	<p>17. شکایت کرن آلیے دا ڈاک دا پتہ: اسٹریٹ: شہر: ریاست: ZIP کوڈ:</p>
<p>*18. Complainant E-Mail Address:</p>	<p>*18. شکایت کرن آلیے دا ای میل پتہ:</p>
<p>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:</p> <p>Organization Name: Your Title:</p>	<p>19. جے تسی ایس شکایت توں متاثر ہوں آلیے 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:</p> <p>تنظیم دا ناں تھاڈا عہدہ:</p>
<p>SEND</p>	<p>گھلو</p>
<p>Clear Form</p>	<p>فارم صاف کرو</p>
<p>Punishment for Unlawful Statements</p>	<p>غیر قانونی بیانات دے لٹی سزا</p>
<p>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</p>	<p>ممکنہ شکایت کنندگان نوں ایہ ذہن اچ رکھنا چاہیدا کہ کسے وی شکایت لکھوئی وی جھوٹا بیان، نمائندگی، یا تصدیق کرنا غیر قانونی اے۔ خلاف ورزیاں دی سزا OSH ایکٹ دے Section 17(g) دے پٹھاں دتی جا سکدے اے اک جرمانہ کر کے جیہڑا \$10,000 تو ودھ نہ ہووے، یا قید دی سزا دے نال جیہڑی چھ</p>

<p>Section 17(g) 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.</p>	<p>مہینیاں توں ودھ نہ ہووے، یا دونوں دے نال۔</p>
<p>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.</p>	<p>معلومات نوں ایس رضاکارانہ طریقہ نال جمع کران دے لئی جواب 17 منٹ دی اوسط دے نال 15 توں 25 منٹ تائیں مختلف مون دی گوپڑ لائی گئی اے، ایس اچ ہدایتاں دا جائزہ لینا، موجودہ اعداد و شمار دے ذرائع دی گوپڑ لانا، لوڑ آئے 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 سکتی اے، تے لوکاں ولوں معلومات دے مجموعہ اتے جواب دینا لازمی نئی اے ماسوائے جدوں کہ ایہ اک درست OMB کنٹرول نمبر دکھاندا 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 200، N-3119 کانسٹیٹیوشن ایونیو، واشنگٹن ڈی سی 20210 نوں گھلو۔</p>
<p>OMB Approval# 1218-0064; Expires: 08-31-2017</p>	<p>OMB منظوری# 0064-1218؛ معیاد مکدی اے: 2017-31-08</p>
<p>DO NOT SEND THE COMPLETED FORM TO THIS OFFICE.</p>	<p>ایس دفتر نوں مکمل کیتا ہویا فارم نہ گھلو۔</p>