व्यक्तिगत सहायकको जाँच सूची

**व्यक्तिगत सहायकको नाम**

पहिलो नाम बीचको नाम थर नाम

अभिमुखिकरण **मिति**

**फाइल फोल्डर ( मनीला)**

\_\_\_\_\_\_ आवेदन

\_\_\_\_\_\_ भुक्तानीको विधि

\_\_\_\_\_\_ रेपिडपे कार्ड

\_\_\_\_\_\_ सन्दर्भहरूको सूची

\_\_\_\_\_\_ EEO प्रश्नावली

\_\_\_\_\_\_ W-4

\_\_\_\_\_\_ पृष्ठभूमिसम्बन्धी रिपोर्ट

\_\_\_\_\_\_ सूचना जारी गर्न प्राधिकरण

\_\_\_\_\_\_ कर्मचारी BRR

\_\_\_\_\_\_ LS-54 (4/9/11)

\_\_\_\_\_\_ सुरक्षा भिडियो

\_\_\_\_\_\_ पछाडिको प्रश्नोत्तर

\_\_\_\_\_\_ अभिमुखिकरण जाँच सूची

\_\_\_\_\_\_ कर्पोरेट अनुपालन शपथ पत्र

**स्वास्थ्य फोल्डर (रातो) पहिचान बाइन्डर**

\_\_\_\_\_\_ वार्षिक स्वास्थ्य मूल्याङ्कन \_\_\_\_\_\_ 1-9

\_\_\_\_\_\_ वार्षिक PPD (TB परीक्षण) वा X-ray \_\_\_\_\_\_ चालकको लाइसेन्स \_\_\_\_\_\_ SS कार्ड

\_\_\_\_\_\_ खोप रेकर्ड (MMR) टाइटर \_\_\_\_\_\_ पासपोर्ट \_\_\_\_\_\_ फोटो ID

\_\_\_\_\_\_ जन्म प्रमाणपत्र

थप टिपोटहरू:

**CDPAS आवेदन**

नाम:

पहिलो बीचको थर

ठेगाना:

शहर: राज्य: जीप:

फोन-सेल: ( ) घर: ( )

आपतकालीन सम्पर्क:

नाम नम्बर

वैकल्पिक सम्पर्क नाम नम्बर

**पत्राचारको ठेगाना:** (**केवल** उपरोक्त ठेगानाभन्दा फरक भए)

ठेगाना:

शहर: राज्य: जीप:

**(रोजगारदाता / उपभोक्ताको) नाम:**

फोन ( ) सम्बन्ध

**म बुझ्छु मेरा लागि यो आवेदन भर्दा कुनै CDPAS रोजगारदाता वा पश्चिमी न्युयोर्क इन्डिपेन्डेन्ट लिभिंग, इंकद्वारा नियुक्त गरिने रोजगार पाउनका लागि कुनै अन्तर्निहित वा स्पष्ट वाचा गरिएको छैन**। **(WNYIL). यदि कोही उपभोक्ता मेरो अन्तर्वार्तापछि मलाई रोजगार दिन चाहन्छ भने (उपभोक्ता / रोजगारदाताद्वारा), म रोजगारदाता / उपभोक्ता र WNYIL / CDPAS का लागि एक कर्मचारी बन्नेछु।**

**म अझै बुझ्छ कि पश्चिमी न्युयोर्क इन्डिपेन्डेन्ट लिभिंग, इंक फेडरल ड्रग-फ्री कार्यस्थल ऐन 1988 को पूर्ण रूपमा पालना गर्दछ । म थप बुझ्छु कि म CDPAS कार्यक्रमअन्तर्गत आफ्नी पत्नी वा 21 वर्षभन्दा कम आयुकी नाबालिगका लागि काम गर्न सक्दिँन र WNYIL द्वारा भुक्तान गर्न सकिन्छ; म यो पनि बुझ्दछु कि म कुनै पूर्व प्राधिकरणबिना आफ्नो रोजगारदाता / उपभोक्तासँग बस्न सक्दिन।**

**व्यक्तिगत सहायकको हस्ताक्षर:**

**मिति:**

CDPA-7/1/19

**भुक्तानीको प्रमाणीकृत विधि**

**प्रकाशित नाम मिति**

**हस्ताक्षर**

**प्रत्यक्ष जम्मा गर्ने विकल्प: कृपया विकल्प 1 वा विकल्प 2 हेर्नुहोस्:**

**1.** □ **तपाईँको प्रत्यक्ष जम्मा गर्ने खाता**

खाताको प्रकार (चेक बक्स जुन लागू हुन्छ): जाँच गर्दै □ बचत गर्दै □

\*\*(एक अमान्य चेक वा प्रत्यक्ष जम्मा बैँक स्टेटमेन्ट प्रदान गर्न सकिन्छ)

बैँकको नाम:

राउटिङ नम्बर (यो सँधै 9 अङ्कको हुन्छ]

खाताको नम्बर (बैँकद्वारा दिइने अङ्कको नम्बर भिन्न हुँदछ]

**2.** □ **रेपिडपे कार्ड WNYIL मार्फत जारी गरियो**

तपाईँको भुक्तानी स्वचालित रूपमा यो प्रिपेड कार्डमा हरेक भुक्तानी दिनमा जम्मा हुनेछ। र एक भुक्तानी स्टब तपाईँलाई मेल गरिनेछ।

**\*\*\*\*तपाईँको पहिलो भुक्तानी चेक तपाईँलाई मेल गरिनेछ वा तपाईँले भुक्तानी दिनहरूमा बिहान 11 बजेदेखि अपरान्ह 4:45 भित्र सङ्ग्रह गर्न सक्नुहुन्छ**

**व्यक्तिगत सहायक सन्दर्भको जानकारी**

**नाम: मिति:**

कृपया उनीहरूको ठेगाना वा फोन नम्बर (हरू) को साथमा तीन विश्वसनीय, प्रमाणित सन्दर्भहरू सूचीबद्ध गर्नुहोस्।

**सन्दर्भ #1 (अघिल्लो / हालको रोजगारदाता]**

नाम:

ठेगाना:

शहर, राज्य

अनि जीप कोड:

फोन नम्बर ( ) सेल नम्बर ( )

**सन्दर्भ #2 (व्यक्तिगत)**

नाम:

ठेगाना:

शहर, राज्य

अनि जीप कोड:

फोन नम्बर ( ) सेल नम्बर ( )

**सन्दर्भ #3 (व्यक्तिगत)**

नाम:

ठेगाना:

शहर, राज्य

अनि जीप कोड:

फोन नम्बर ( ) सेल नम्बर ( )

CDPA-7/1/19

**व्यक्तिगत सहायक EEOC प्रश्नावली**

**व्यक्तिगत सहायकको नाम:**

**ठेगाना:**

**शहर: राज्य: जीप:**

**फोन:**

**तपाईँको लिङ्ग के हो (*कुनै एक चयन गर्नुहोस*्)?**पुरुष □ महिला □

**तपाईँको जातीयता/जाति के हो (*कुनै एक चयन गर्नुहोस्*)?**

गोरो □ कालो /अफ्रिकी अमेरिकी □ हिस्पैनिक वा ल्याटिनो □ एसियाली □

अलास्का मूल निवासी / अमेरिकी भारतीय □ मूल हवाइयन/ अन्य प्रशान्त द्वीप निवासी □

दुई वा अधिक जातिहरू □ अन्य □

**के तपाईँसँग EEO अक्षमता छ (कुनै एक चयन गर्नुहोस्)?** शारीरिक **□**

श्रवण □ मानसिक भावनात्मक □ संज्ञानात्मक □ बहु □

दृश्य □ गैर-अक्षम □

**तपाईँ आफ्नो प्राथमिक भाषाबारे के विचार गर्नुहुन्छ?**

**के तपाईँ US सिपाही हुनुहुन्छ (कुनै एक चयन गर्नुहोस्)?** हो □ होईन □

**यदि हो भने, निम्नलिखितमध्ये एक चयन गर्नुहोस्:** अक्षम सिपाही □ सशस्त्र बल □

तकमाप्राप्त सिपाही □ अन्य संरक्षित सिपाही□ भियतनाम युगका सिपाही□

*(यो जानकारी संघीय रोजगार रिपोर्टिङ मानकहरूका लागि आवश्यक छ।* तपाईँको समय दिनु भएकोमा धन्यवाद।)

CDPA-7/1/19

**फारम W-4 (2019)**

**भविष्यको विकास ।** यो प्रकाशित भएपछि कानुन बनाइएको हो जस्ता फारम W-4 सँग सम्बन्धित कुनै पनि भविष्यको विकासका बारेमा नवीनतम् जानकारीका लागि www.irs.gov/FormW4 मा जानुहोस् ।

**उद्देश्य ।** तपाईँको रोजगारदाताले तपाईँको भुक्तानीबाट सही संघीय आयकर रोक्न सकून् यसैले फारम W-4 पूरा गर्नुहोस् । प्रत्येक वर्ष एक नयाँ फारम W-4 पूरा गर्ने कुरामा विचार गर्नुहोस् जब तपाईँको व्यक्तिगत वा वित्तीय स्थिति परिवर्तन हुन्छ ।

**रोकबाट छुट ।** यदि निम्नलिखित दुई कुरा लागू भएमा तपाईँ 2019 का लागि रोकबाट छुट पाउनका लागि दाबी गर्न सक्नुहुन्छ ।

2018 का लागि तपाईँसँग सबै संघीय आयकर फिर्ता गर्ने अधिकार थियो किनभने तपाईँसँग कुनै कर दायित्व थिएन, र

2019 का लागि तपाईँ सबै संघीय आयकर फिर्ता हुने आशा गर्नुहुन्छ किनभने तपाईँसँग कुनै कर दायित्व नभएको आशा रहेको छ ।

यदि तपाईँ छुट दिनुहुन्छ भने, 1,2, 3, 4 र 7 मात्र लाइनहरू पूरा गर्नुहोस् र यसलाई सत्यापित गर्नका लागि फारममा हस्ताक्षर गर्नुहोस्। 2019 का लागि तपाईँको छुट 17 फरवरी, 2020 मा समाप्त भइरहेछ । पबमा हेर्नुहोस् । 505, कर रोक र अनुमानित कर, तपाईँ रोकबाट छुट पाउनका लागि योग्य हुनुहुन्छ कि छैन भनेर थप जान्नका लागि हो ।

**सामान्य निर्देशन**

यदि तपाईँ छुट दिनुहुन्न भने, 2019 का लागि रोक लगाउनका लागि तपाईँद्वारा दाबी गरिने रोक भत्ताको संख्या र कुनै पनि करको अतिरिक्त राशीको दाबी गर्नका लागि बाँकी निर्देशनहरूको पालना गर्नुहोस्। नियमित मजदुरीका लागि रोक तपाईँले दावी गरेको भत्तामा आधारित हुनुपर्दछ र यो सपाट रकम वा मजदुरीको प्रतिशत नहुन सक्छ ।

तपाईँको कर रोकलाई अधिक सही निर्धारण गर्नका लागि तपाईँ ***www.irs.gov/W4Ap*p** मा गएर क्यालकुलेटरको प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ । यदि तपाईँसँग अधिक जटिल कर स्थिति छ, जस्तै यदि तपाईँको जागिर खाने जीवनसाथी छ, एकभन्दा बढी जागिर छ वा गैर-मजदुरी आयको ठूलो मात्रा तपाईँको जागिर बाहिर रोकको अधिन छैन भने यस क्यालकुलेटर प्रयोग गर्नेबारे विचार गर्नुहोस् । तपाईँको फारम W-4 प्रभावमा आइसकेपछि, तपाईँ यो क्यालकुलेटरको प्रयोग 2019 का लागि तपाईँको अनुमानित मोठ करको तुलनामा तपाईँद्वारा लिइएको करको राशी कति छ भनेर हेर्नका लागि पनि गर्न सक्नुहुनेछ । यदि तपाईँ क्यालकुलेटर प्रयोग गर्नुहुन्छ भने, तपाईँले फारम W-4 का लागि कुनै पनि कार्यपत्रकहरू पूरा गर्ने आवश्यकता पर्दैन ।

टिपोट गर्नुहोस्, यदि तपाईँले अधिक कर रोक्नुभएको छ भने जब तपाईँ आफ्नो कर फिर्ता दाखिल गर्नुहुन्छ तब तपाईँले फिर्ताको रकम प्राप्त गर्नुहुनेछ। यदि तपाईँद्वारा एकदम थोरै कर रोकिएको छ भने जब तपाईँ आफ्नो कर फिर्ता दाखिल गर्नुहुन्छ तब तपाईँले कर तिर्नुपर्नेछ र तपाईँले जरिमाना पनि तिर्नुपर्ने हुनसक्छ ।

**बहु रोजगारहरू वा जागिर भएका जीवनसाथीसँग फाइलरहरू।** यदि तपाईँसँग एक समयमा एक भन्दा बढी जागिरहरू छन् वा यदि तपाईँले संयुक्त रूपमा फाइलिङ गर्नु हुँदैछ र तपाईँको जीवनसाथीले पनि काम गर्दै हुनुहुन्छ भने सुरू गर्नु अघि दुई आयकर्ताहरू / बहु रोजगार कार्यपत्रकको निर्देशनसहित सबै निर्देशनहरू पढ्नुहोस् ।

**गैर-मजदुरी आय** यदि तपाईँसँग गैर-मजदुरी आयको ठूलो मात्रा छ जो रोकको अधिन छैन भने जस्तै ब्याज वा लाभांश, तब फारम 1040-ES, व्यक्तिहरूका लागि अनुमानित करको प्रयोग गरी अनुमानित कर भुक्तानी गर्ने विषयमा विचार गर्नुहोस्। नत्र भने तपाईँले अतिरिक्त कर तिर्नु पर्ने हुन्छ । वा तपाईँले आफ्नो भुक्तानी चेकबाट पर्याप्त करको भुक्तानी गरिसक्नु भएको छ भन्ने सुनिश्चित गर्नका लागि पृष्ठ 3 वा क्यालकुलेटर www.irs.gov/W4App मा गएर तपाईँ कटौती, समायोजन र अतिरिक्त आय कार्यपत्रकको उपयोग गर्न सक्नुहुन्छ । यदि तपाईँसँग पेन्सन वा वार्षिकी आय छ भने पब हेर्नुहोस् । 505 वा क्यालकुलेटरमा www.irs.gov/W4App को प्रयोग गरेर के तपाईँले फारम W-4 वा W-4P मा आफ्नो रोकलाई समायोजित गर्नुपर्छ भन्ने पत्तो लगाउनुहोस् ।

अनिवासी प्रवासी यदि तपाईँ एक अनिवासी प्रवासी हुनुहुन्छ भने यो फारमलाई पूरा गर्न अघि अधिसूचना 1392, अनिवासी प्रवासीका लागि पूरक फारम W-4 मा दिइएका निर्देशनहरू हेर्नुहोस् ।

**विशिष्ट निर्देशन**

**व्यक्तिगत भत्ता कार्यपत्रक**

दाबी गर्नका लागि रोक भत्ताहरूको संख्या निर्धारण गर्नुभन्दा पहिले पृष्ठ 3 मा रहेको यो कार्यपत्रकलाई पूरा गर्नुहोस् ।

**Line C. *घरका मुखियाले कृपया ध्यान दिनुहोस*्:** सामान्यतया, यदि तपाईँ अविवाहित हुनुहुन्छ र आफै आफ्ना लागि घर राख्ने लागतको 50% भन्दा बढी भुक्तानी गर्नु सक्नुहुन्छ र एक शिक्षित व्यक्ति हुनुहुन्छ भने मात्र तपाईँले आफ्नो कर फिर्ताका लागि परिवारको मुखियाद्वारा दाखिल स्थितिको दावी गर्न सक्नुहुनेछ । पबमा हेर्नुहोस् । दाखिल स्थितिबारे थप जानकारीका लागि 501 मा हेर्नुहोस् ।

**Line E. बच्चाहरूको कर क्रेडिट** जब तपाईँ आफ्नो कर फिर्ता दाखिल गर्नुहुन्छ तब तपाईँ आफ्नो योग्य बालबालिकाहरूका लागि बच्चाहरूको कर क्रेडिट दाबी गर्न योग्य हुन सक्नुहुन्छ । योग्य हुनका लागि, बच्चा 17 डिसेम्बर भित्रमा 31 वर्षभन्दा कम उमेरको हुनुपर्दछ, बच्चा तपाईँमाथि आश्रित हुनुपर्दछ जो तपाईँसँग वर्षमा आधा समय बस्ने हुनुपर्छ र उसँग एक वैध सामाजिक सुरक्षा नम्बर हुनुपर्दछ । बच्चाहरूको कर क्रेडिटबारे थप जान्नका लागि पब हेर्नुहोस् । 972, बच्चाहरूको कर क्रेडिट यस क्रेडिटलाई ध्यानमा राखेर तपाईँको भुक्तानीबाट रोकिएको करलाई कम गर्न कार्यपत्रकको लाइन E मा भएका निर्देशनहरू पालना गर्नुहोस्। कार्यपत्रकमा तपाईँलाई आफ्नो मोठ आम्दानीबारे सोधिनेछ । यस उद्देश्यका लागि, यदि तपाईँले संयुक्त रूपमा फिर्ता दाखिल गर्दै हुनुहुन्छ भने तपाईँको जीवनसाथीले कमाएका आयसहित मोठ आम्दानीमा तपाईँको सबै मजदुरी र अन्य आय समावेश हुन्छ ।

**Line F. अन्य आश्रितहरूका लागि क्रेडिट ।** जब तपाईँ आफ्नो कर फिर्ता दाखिल गर्नुहुन्छ, तब तपाईँ अन्य आश्रितहरूका लागि क्रेडिट दाबी गर्न योग्य हुन सक्नुहुन्छ, जसका लागि बच्चा कर क्रेडिट दाबी गर्न भने सकिँदैन, जस्तै एक योग्य बच्चा जसले बच्चा कर क्रेडिटका लागि उमेर वा बच्चाका लागि सामाजिक सुरक्षा नम्बरको आवश्यकतालाई पूरा गर्दैन वा एक योग्य आफन्त । बच्चाहरूको कर क्रेडिटबारे थप जान्नका लागि पब हेर्नुहोस् । 972. यस क्रेडिटलाई ध्यानमा राखेर तपाईँको भुक्तानीबाट रोकिएको करलाई कम गर्न कार्यपत्रकको लाइन F मा भएका निर्देशनहरू पालना गर्नुहोस्। कार्यपत्रकमा तपाईँलाई आफ्नो मोठ आम्दानीबारे सोधिनेछ । यस उद्देश्यको लागि, मोठ

**यहाँ अलग गर्नुहोस् र आफ्नो रोजगारदातालाई फारम W-4 दिनुहोस्। तपाईँको रेकर्डका लागि कार्यपत्रक (हरू) राख्नुहोस् ।**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| फारम **W-4**  कोष आन्तरिक राजस्व सेवा विभाग | **कर्मचारीको रोकिएको भत्ता प्रमाणपत्र**  **► कि तपाईँ निश्चित संख्यामा भत्ताहरूको दाबी गर्ने हकदार हुनुहुन्छ वा रोकबाट छुट IRS द्वारा समीक्षाको अधीन छ । तपाईँको रोजगारदाताले यस फारमको एक प्रतिलिपि IRS लाई पठाउने आवश्यक पर्न सक्छ ।** | | | | | | | OMB नम्बर. 1545-0074  **2019** | | |
| 1. तपाईँको पहिलो नाम र बीचको प्रारम्भिक नाम | | थर नाम | | | 2 सामाजिक सुरक्षा नम्बर | | | | | |
| घरको ठेगाना (नम्बर र सडक वा ग्रामीण मार्ग) | | | **3** □ अविवाहित □ विवाहित □ विवाहित, तर उच्च एकल दरमाथि रोक ।  **टिपोट:** यदि विवाहित भएर पनि अलग फाइलिङ गरिएको छ भने “विवाहित, तर उच्च एकल दरमाथि रोकमा चयन गर्नुहोस् ।’ | | | | | | | |
| शहर वा नगर, राज्य र जीप कोड | | | **4** यदि तपाईँको थर तपाईँको सामाजिक सुरक्षा कार्डमा देखाइएको भन्दा फरक छ भने यहाँ हेर्नुहोस् । **प्रतिस्थापन कार्डका लागि तपाईँले 800-772-1213 मा कल गर्नुपर्छ ।**  ► □ | | | | | | | |
| 5 तपाईँले दाबी गरिरहनुभएको भत्ताहरूको मोठ संख्या (निम्न पृष्ठहरूमा लागू कार्यपत्रकहरूबाट) | | | | | | | | | **5** |  |
| 6 थप रकम, यदि कुनै छ भने, तपाईँ प्रत्येक भुक्तानी चेकबाट रोक्न चाहनुहुन्छ | | | | | | | | | **6** | $ |
| 7 म 2019 का लागि रोकबाट छुटको दाबी गर्दछु र म छुटका लागि निम्नलिखित **दुवै** सर्तहरू पूरा गर्छु भन्ने प्रमाणित गर्दछु ।  ● गत वर्षका मसँग **सबै** संघीय आयकर फिर्ता गर्ने अधिकार थियो किनभने मेरो कुनै कर दायित्व**थिएन**, **र**  ● यो वर्ष म **सबै** संघीय आयकर फिर्ता हुने आशा गर्दछु किनभने मेरो कुनै कर दायित्व नभएको आशा गरेको छु । | | | | | | | | |  | |
| यदि तपाईँ दुवै सर्तहरू पूरा गर्नुहुन्छ भने, यहाँ "छुट" लेख्नुहोस् ► | | | | | **7** |  | | | | |
| झूटो साक्षीको दण्डअन्तर्गत, मैले यो प्रमाणपत्र जाँच गरेको छु र मेरो ज्ञान र विश्‍वासअनुसार यो सत्य, सही, र पूर्ण छ भन्ने घोषणा गर्दछु ।  **कर्मचारीको हस्ताक्षर**  (तपाईँले हस्ताक्षर नगरेसम्म यो फारम मान्य हुनेछैन ।) ► मिति ► | | | | | | | | | | |
| 8 रोजगारदाताको नाम र ठेगाना (रोजगारदाता । IRS लाई पठाउँदा बाकस 8 र 10 पूरा गर्नुहोस् र यदि राज्य निर्देशिकाको नयाँ भर्तीका लागि पठाउँदै हुनुहुन्छ भने बाकस 8,9 र 10 पूरा गर्नुहोस् ।) | | | | 9 रोजगारको पहिलो मिति | | | 10 रोजगारदाता पहिचान नम्बर (EIN) | | | |

गोपनीयता ऐन र कागजी कार्यवाहीमा कटौती ऐन सूचनाका लागि, पृष्ठ 4 मा हेर्नुहोस् । क्याट. नम्बर.10220Q फारम **W-4**(2019)

फारम W-4 (2019) पृष्ठ 2

यदि तपाईँले संयुक्त रूपमा फिर्ता दाखिल गर्दै हुनुहुन्छ भने तपाईँको जीवनसाथीले कमाएका आयसहित मोठ आम्दानीमा तपाईँको सबै मजदुरी र अन्य आय समावेश हुन्छ ।

**लाइन G. अन्य क्रेडिटहरू ।**  यदि तपाईँ शिक्षाका लागि कर क्रेडिट जस्ता अन्य कर क्रेडिटहरू दाबी गर्ने अपेक्षा गर्नुहुन्छ भने तपाईँ आफ्नो भुक्तानी चेकबाट करलाई कम गर्न सक्नुहुनेछ(पबमा हेर्नुहोस् । 970) यदि तपाईँ त्यसो गर्नुहुन्छ भने, तपाईँको भुक्तानी चेक बढ्नेछ, तर तपाईँले आफ्नो कर फिर्ता दाखिल गर्दा तपाईँले प्राप्त गर्नु हुने कुनै पनि फिर्ताको रकम भने घट्नेछ । कार्यपत्रकका लागि पबमा रहेका 1--6 का निर्देशनहरू पालना गर्नुहोस्। 505 यदि तपाईँ यी क्रेडिटहरूलाई खातामा लिनका लागि आफ्नो रोकलाई घटाउन चाहनुहुन्छ भने । यदि तपाईँ कार्यपत्रक 1 -6 प्रयोग गर्नुहुन्छ भने लाइनहरू E र F मा "-0-" प्रविष्ट गर्नुहोस् ।

**कटौतीहरू, समायोजनहरू र अतिरिक्त आय कार्यपत्रक**

यदि तपाईँ आफ्नो वस्तुबद्ध कटौती र आयमा अन्य समायोजनहरू, जस्तै IRA योगदानका लागि खातामा तपाईँको भुक्तानी चेकबाट रोकेको कर कम गर्न सक्षम हुनुहुन्छ भन्ने निर्धारित गर्नका लागि यो कार्यपत्रक पूरा गर्नुहोस् । यदि तपाईँले यसो गर्नु भयो भने वर्षको अन्त्यमा तपाईँको फिर्ता रकम घट्नेछ तर तपाईँको भुक्तानी भने बढ्नेछ । यदि तपाईँ यसो गर्न चाहनुहुन्न भने तपाईँले यो कार्यपत्रक पूरा गर्ने वा आफ्नो रोकलाई कम गर्ने आवश्यकता पर्दैन ।

यदि तपाईँसँग अधिक मात्रामा गैर-मजदुरी आय छ, जो ब्याज वा लाभांश जस्ता रोकको अधीन छैन भने तपाईँको भुक्तानी चेकबाट करमा कति वृद्धि भयो भन्ने जान्नका लागि पनि यो कार्यपत्रकको प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ ।

अर्को विकल्प के हो भने यी वस्तुहरूलाई खातामा लैजानुहोस् र *www.irs.gov/W4App*.मा क्यालकुलेटरको प्रयोग गरेर आफ्नो रोकलाई अझ अधिक सटीक बनाउनुहोस् । यदि तपाईँ क्यालकुलेटर प्रयोग गर्नुहुन्छ भने, तपाईँले फारम W-4 का लागि कुनै पनि कार्यपत्रकहरू पूरा गर्ने आवश्यकता पर्दैन ।

**दुई-आयकर्ता/बहु कार्य कार्यपत्रक**

यदि तपाईँ एक समयमा एकभन्दा बढी जागिरहरू गर्नुहुन्छ वा संयुक्त रूपमा फाइलिङ गरिरहनु भएको छ र तपाईँको जागिर खाने जीवनसाथी हुनुहुन्छ भने यो कार्यपत्रक पूरा गर्नुहोस्। यदि तपाईँ यो कार्यपत्रक पूरा गर्नुहुन्न भने तपाईँसँग थोरै कर रोक हुन सक्छ । यदि त्यसो हो भने जब तपाईँ आफ्नो कर फिर्ता दाखिल गर्नुहुन्छ तब तपाईँले कर तिर्नुपर्नेछ जो दण्डको अधीन हुनसक्छ ।

केवल एक फारम W-4 बाट कार्यपत्रकहरूको प्रयोग गरेर सबै जागिरहरूमा दाबी गर्नका लागि तपाईँद्वारा दाबी गरिने मोठ भत्ता र करको कुनै पनि अतिरिक्त राशीको आँकडा पत्तो लगाउनुहोस् । तपाईँ वा तपाईँको जीवनसाथीले आफ्नो परिवारमा सबैभन्दा बढी भुक्तानी गर्ने जागिरका लागि दाखिल गर्नुहुन्छ र अन्य सबै जागिरहरूका लागि दर्ता गरिएको फारम W-4 मा शून्य भत्ता दावी गर्नुहुन्छ भने W-4 मा सबै भत्ताहरू दाबी गर्नुहोस् । उदाहरणका लागि, यदि तपाईँ प्रति वर्ष $ 60,000 कमाउनुहुन्छ र तपाईँको जीवनसाथीले $ 20,000 कमाउनुहुन्छ भने तपाईँ आफ्नो फारम W-4 को पङ्क्तिहरू 5 र 6 मा के प्रविष्ट गर्नुपर्ने भनेर निर्धारित गर्नका लागि कार्यपत्रकहरूलाई पूरा गर्नुपर्नेछ र तपाईँको जीवनसाथीले उसको वा उनको फारम W-4 को पङ्क्तिहरू 5 र 6 मा शून्य ("-0-") मा प्रविष्ट गर्नुपर्नेछ । पबमा हेर्नुहोस् । विवरणका लागि 505 हेर्नुहोस् ।

तपाईँको कर रोकलाई अधिक सटीक बनाउनका लागि अर्को विकल्प www.irs.gov/W4App मा गएर क्यालकुलेटरको प्रयोग गर्नु पर्नेछ ।

**सुझाव:** यदि तपाईँको जागिर गर्ने जीवनसाथी छन् र तपाईँहरूको आय समान छ भने तपाईँ यो कार्यपत्र प्रयोग गर्नुको सट्टा "विवाहित, तर उच्च एकल दरमा रोक" बाकस चयन गर्न सक्नुहुन्छ । यदि तपाईँले यो विकल्प छनौट गर्नुभयो भने प्रत्येक पतिपत्नीले व्यक्तिगत भत्ता कार्यपत्रक भर्नु पर्दछ र फारम W-4 मा “विवाहित, तर उच्च एकल दरमा रोक” बाकस चयन गर्नुपर्दछ,तर केवल एक पति / पत्नीले क्रेडिटका लागि कुनै पनि भत्ताको दाबी गर्नु पर्दछ वा कटौती, समायोजन र अतिरिक्त आय कार्यपत्रक भर्नु पर्दछ ।

**रोजगारदाताका लागि निर्देशन**

**कर्मचारीहरूले 8,9 वा 10 बाकस पूरा नगर्नुहोस् । यदि आवश्यक भएमा तपाईँको रोजगारदाताले उक्त बाकसहरू पूरा गर्नेछन् ।**

**नयाँ भर्तीसम्बन्धी रिपोर्टिङ** रोजगारदाताहरूलाई कानुनद्वारा नयाँ कर्मचारीलाई नयाँ भर्तीको निर्दिष्ट राज्य निर्देशिकामा रिपोर्ट गर्न आवश्यक छ। रोजगारदाताहरूले भर्खर भर्तीमा लिएका कर्मचारीहरूका लागि नयाँ भर्ती रिपोर्टिङको आवश्यकताअनुरूप फारम W-4, बाकस 8,9 र 10 प्रयोग गर्न सक्दछन् । भर्खर नियुक्त भएका कर्मचारी एक यस्ता कर्मचारी हुन् जो यसभन्दा अघि रोजगारदाताद्वारा नियुक्त गरिएका थिएनन् वा जो यसभन्दा अघि रोजगारदाताद्वारा नियुक्त गरिएका थिए तर कम्तीमा 60 दिनसम्म यस्तो पूर्व रोजगारबाट अलग गरिएको छ। रोजगारदाताहरूले पूर्ण फारम W-4 को प्रति कसरी बुझाउने भनेर जान्नका लागि नयाँ भर्तीको उपयुक्त राज्य निर्देशिकामा सम्पर्क गर्नुपर्नेछ । नयाँ भर्तीको प्रत्येक निर्दिष्ट राज्य निर्देशिका ( यूएस क्षेत्रहरूसहित) को जानकारी र लिंकहरूका लागि ***www.acf.hhs.gov/css/employers*** मा जानुहोस् ।

यदि कुनै रोजगारदाताले नव-नियुक्त कर्मचारीका लागि नयाँ भर्तीको रिपोर्टिङको आवश्यकताको पालना गर्न नयाँ भर्तीको निर्दिष्ट राज्य निर्देशिकाका लागि फारम W-4 को प्रतिलिपि पठाइरहेका छन् भने निम्नलिखितअनुसार बाकस 8,9 र 10 पूरा गर्नुहोस् ।

**बाकस 8 ।** रोजगारदाताको नाम र ठेगाना प्रविष्ट गर्नुहोस्। यदि रोजगारदाताले यस फारमको एक प्रतिलिपि नयाँ भर्तीको राज्य निर्देशिकालाई पठाइरहेका छन् भने बाल सहायता एजेन्सीहरूलाई आय रोक आदेश पठाउनका लागि ठेगाना प्रविष्ट गर्नुहोस्।

**बाकस 9।** यदि रोजगारदाताले यस फारमको एक प्रतिलिपि नयाँ भर्तीको राज्य निर्देशिकामा पठाउँदै छन् भने, कर्मचारीको रोजगारको पहिलो मिति प्रविष्ट गर्नुहोस्, जुन भुक्तानका लागि मिति सेवाहरू पहिलो पटक कर्मचारीद्वारा गरिएको थियो । यदि रोजगारदाताले कर्मचारीलाई कम्तीमा 60 दिनका लागि नियुक्तिको सेवाबाट अलग भएपछि पुन नियुक्त गरेका हुन् भने पुनः नियुक्ति गरिएको मिति प्रविष्ट गर्नुहोस् ।

**बाकस 10।** रोजगारदाताको रोजगारदाता पहिचान नम्बर (EIN) प्रविष्ट गर्नुहोस्।

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| C:\Users\Paula\AppData\Local\Temp\FineReader12.00\media\image1.jpeg | **कराधान र वित्त विभाग**  **कर्मचारीको रोकिएको भत्ता प्रमाणपत्र**  **न्युयोर्क राज्य • न्युयोर्क शहर \* योन्कर्स** | | **IT-2104** | | |
| पहिलो नाम र बीचको प्रारम्भिक नाम थर नाम | | तपाईँको सामाजिक सुरक्षा नम्बर | | | |
| स्थायी घरको ठेगाना *(नम्बर र सडक वा ग्रामीण मार्ग)* अपार्टमेन्ट नम्बर | | एकल वा परिवारको प्रमुख □ विवाहित □  विवाहित, तर उच्च एकल दरमाथि रोक □  **टिपोट:** यदि विवाहित हुनुहुन्छ, तर कानुनी रूपमा अलग हुनु भएको छ भने Xin *एकल वा परिवारको प्रमुख* बाकसमा चिन्ह लगाउनुहोस् | | | |
| शहर, गाउँ वा डाक कार्यालय राज्य जीप कोड | |
| के तपाईँ न्युयोर्क शहरको निवासी हुनुहुन्छ? हो □ होईन □  के तपाईँ योन्कर्स शहरको निवासी हुनुहुन्छ? हो □ होईन □  **कुनै प्रविष्टि गर्नु अघि पृष्ठ 3 मा रहेको कार्यपत्रकलाई पूरा गर्नुहोस्।** | | | |  | |
| 1 न्युयोर्क राज्य र योन्कर्सका लागि तपाईँले भत्ताहरूको मोठ संख्या दाबी गरिरहनुभएको छ, **यदि लागू भएमा**  (*लाइन 20 बाट*) | | | | **1** |  |
| 2 न्युयोर्क शहरका लागि भत्ताहरूको मोठ संख्या (*लाइन 35 बाट*) | | | | **2** |  |
|  | | | | | |
| **तपाईँको रोजगारदातासँग विशेष सम्झौताअन्तर्गत प्रति वेतन अवधिका लागि अतिरिक्त रोक लगाउनका लागि तल दिइएका लाइनहरू 3,4 र 5 प्रयोग गर्नुहोस्** | | | | | |
|  | | | | | |
| 3 न्युयोर्क राज्य रकम | | | | **3** |  |
| 4 न्युयोर्क शहर रकम | | | | **4** |  |
| 5 योन्कर्स रकम | | | | **5** |  |

म यो प्रमाणपत्रमा दाबी गरिएको रोक भत्ताहरूको संख्याको हकदार छु भन्ने प्रमाणित गर्दछु ।

|  |  |
| --- | --- |
| कर्मचारीको हस्ताक्षर | मिति |

**जरिमाना-तपाईँद्वारा गरिएको कुनै पनि झुटो कथनका लागि $500 को जरिमाना लगाउन सकिन्छ जसले तपाईँको मजदुरीबाट तपाईँद्वारा रोकिएको रकम घटाउन सक्छ ।** तपाईँ आपराधिक दण्डको अधीनमा पनि हुन सक्नुहुन्छ ।

**कर्मचारी: यो पृष्ठलाई अलग गर्नुहोस् र यसलाई तपाईँको रोजगारदातालाई दिनुहोस्; आफ्नो रेकर्डका लागि एक प्रतिलिपि राख्नुहोस् ।**

**रोजगारदाता: यो प्रमाणपत्रलाई तपाईँको रेकर्डसँग राख्नुहोस् ।**

तपाईँ किन यो फारमको प्रतिलिपि न्युयोर्क राज्यमा पठाउँदै हुनुहुन्छ भन्ने निर्देश गर्नका लागि बक्स क र / वा बक्स ख मा X चिन्हद्वारा चिन्हित गर्नुहोस् (*निर्देशनहरू हेर्नुहोस*्):

क कर्मचारीले NYS का लागि 14 भन्दा अधिक छुट भत्ताको दाबी गरे.................. क □

ख कर्मचारी एक नयाँ भर्ती वा एक पुनः भर्ती हुन् । ख □ पहिलो मिति कर्मचारीले वेतन*(mm-dd-yyyy)* का लागि सेवाहरू प्रदर्शन गऱ्यो *(निर्देशनहरू हेर्नुहोस्)*:

के यस कर्मचारीका लागि निर्भर स्वास्थ्य बीमा सुविधाहरू उपलब्ध छ? .................छ □ छैन □

यदि छ भने, कर्मचारी योग्य भएको मिति प्रविष्ट गर्नुहोस् (mm-dd-yyy):

|  |  |
| --- | --- |
| रोजगारदाताको नाम र ठेगाना (रोजगारदाता: जब तपाईँ NYS कर विभागलाई यस फारमको एक प्रति पठाउनुहुन्छ तब मात्र यो खण्डलाई पूरा गर्नुहोस् ।) | रोजगारदाता पहिचान नम्बर |

**निर्देशन**

**2019 का लागि प्रभावकारी परिवर्तन**

फारम IT-2104 लाई कर वर्ष 2019 का लागि संशोधन गरिएको छ। रोजगारदाताहरूले क्षतिपूर्ति व्यय कर भुक्तानी गर्न रोजेका कर्मचारीहरू र 2018 न्युयोर्क च्यारिटेबल गिफ्ट ट्रस्ट कोषमा योगदान पुर्‍याउने कर्मचारीहरूलाई अतिरिक्त भत्ताको अनुमति प्रदान गरिएको छ।

पृष्ठ 3 मा भएको कार्यपत्रक र पृष्ठ 4 मा सुरू हुने चार्टहरू जसले रोकिएको भत्ता गणना गर्छ वा लाइन (हरू) 3, 4 वा 5 मा थप डलर रकम प्रविष्ट गर्नका लागि प्रयोग गर्न संशोधित गरिएको छ। यदि तपाईँले पहिले फारम IT-2104 दाखिल गर्नुभएको छ र कार्यपत्रक वा चार्टहरूको प्रयोग गर्नुभएको छ भने, तपाईँले एक नयाँ 2019 फारम IT-2104 पूरा गर्नुपर्नेछ र यसलाई आफ्नो रोजगारदातालाई दिनुपर्नेछ ।

**कसले यो फारम दाखिल गर्नुपर्छ**

यो प्रमाणपत्र, फारम IT-2104, एक कर्मचारीद्वारा पूरा गरिन्छ र रोजगारदातालाई आफ्नो कर्मचारीको वेतनबाट रोक लगाउनका लागि न्युयोर्क राज्य {र न्युयोर्क शहर र योन्कर्स) लाई कति कर तिर्नुपर्छ भन्ने निर्देश दिनका लागि दिइन्छ । जति अधिक भत्ताहरू दाबी गरिन्छ, करको मात्रा उत्ति नै कम हुन्छ ।

यदि तपाईँले IT-2104 फारम दाखिल गर्नुहुन्न भने तपाईँको रोजगारदाताले संघीय फारम W-4 मा तपाईँले दाबी गरेका भत्ताहरूको समान रूपमा प्रयोग गर्न सक्नेछ । कर कानुनमा भिन्नताका कारण यसले न्युयोर्क राज्य, न्युयोर्क शहर र योन्कर्सका लागि रोकिएको करको गलत रकमको परिणाम दिन सक्छ । IT-2104 फारमलाई प्रत्येक वर्ष पूरा गर्नुहोस् र आफ्नो रोजगारदातासँग यसलाई दाखिल गर्नुहोस् यदि भत्ताहरूको संख्या तपाईँ दाबी गर्नुहुन्छ भने

संघीय फारम W-4 भन्दा फरक छ वा परिवर्तन भएको छ। प्रत्येक वर्ष एक नयाँ फारम IT-2104 पूरा गर्नका लागि सामान्य कारणहरूमा निम्नलिखित समावेश छ:

• तपाईँले एक नयाँ काम सुरू गर्नुभयो ।

• तपाई अब निर्भर हुनुहुन्न ।

• तपाईँको व्यक्तिगत परिस्थितिहरू परिवर्तन हुन सक्छन् ( उदाहरणका लागि, तपाईँ विवाहित हुनुहुन्थ्यो वा थप बच्चा छ)

• तपाईँ NYC वा योन्कर्स भित्र वा बाहिर सर्नुभयो ।

• तपाईँ आफ्नो व्यक्तिगत आयकर फिर्तामा भएको कटौतीहरूको आकलन गर्नुहुन्छ ।

• तपाईँ न्युयोर्क राज्य क्रेडिटका लागि भत्ताको दाबी गर्नुहुन्छ ।

• जब तपाईँले विगत वर्षका लागि आफ्नो व्यक्तिगत आयकर फिर्ता दाखिल गर्नु भएको थियो तब तपाईँले कर तिर्नु परेको थियो वा ठूलो रकम फिर्ता पाउनु भएको थियो ।

• तपाईँको मजदुरी बढेको छ र तपाईँ कर वर्ष अवधिमा $107,650 वा अधिक कमाउने अपेक्षा गर्नुभएको छ।

• तपाईँ र तपाईँको जीवनसाथीको मोठ आम्दानी कर वर्षका लागि बढेर $ 107,650 वा अधिक भएको छ।

• तपाईँसँग अन्य स्रोतहरू वा अर्को जागिरबाट उल्लेखनीय रूपमा बढी वा कम आम्दानी छ।

• तपाईँ अब रोकबाट छुटका लागि योग्य हुनुहुन्न ।

**2** को पृष्ठ 7IT-2104 (2019)

\* तपाईँलाई आन्तरिक राजस्व सेवाद्वारा सल्लाह दिइएको छ कि तपाईँ आफ्नो मूल संघीय फारम W-4 मा दाबी गरिएकोभन्दा कम भत्ताका लागि हकदार हुनुहुन्छ र अस्वीकृत भत्ताहरूको दाबी तपाईँको मूल फारम IT-2104 मा गरिएको थियो ।

**रोकबाट छुट**

तपाईँ रोकबाट छुटको दाबी गर्नका लागि फारम IT-2104 प्रयोग गर्न सक्नुहुन्न । आयकर रोकबाट छुटको दाबी गर्नका लागि तपाईँले फारम IT-2104-E, रोकबाट छुट पाउने प्रमाणपत्र आफ्नो रोजगारदातासँगै दर्ता **गर्नुपर्छ** । तपाईँले छुटका लागि योग्य हुनका लागि प्रत्येक वर्ष नयाँ प्रमाणपत्र दर्ता गर्नु पर्छ । यदि तपाईँसँग विगत वर्षमा न्युयोर्कको कुनै आयकर दायित्व थिएन, तपाईँ चालू वर्षमा कुनै पनि आशा गर्नुहुन्न र तपाईँको उमेर 65 वर्षभन्दा मुनिको, 18 वर्षभन्दा कम्ती वा 25 वर्ष मुनिको पूर्ण-समय विद्यार्थी हुनुहुन्छ भने मात्र रोक लगाउनबाट यो छुट स्वीकार्य हुन्छ । यदि तपाईँ एक सैन्य जीवनसाथी हुनुहुन्छ र सैन्य जीवनसाथी रेसिडेन्सी राहत ऐनद्वारा संशोधित गरिएको सेवा-सदस्य नागरिक राहत ऐनअन्तर्गत निर्धारित सर्तहरू पूरा गर्नुहुन्छ भने तपाईँ रोकबाट छुट पाउन दाबी गर्न सक्नुहुन्छ । यदि तपाईँ निर्भर हुनुहुन्छ जो 18 वर्षभन्दा कम उमेरको वा पूर्ण-समय विद्यार्थी हुनुहुन्छ भने तपाईँको आम्दानी $3,100 भन्दा अधिक भएको खण्डमा तपाईँले कर तिर्नुपर्ने हुन्छ ।

**रोक भत्ता**

तपाईँ आफ्नो लागि,यदि विवाहित हुनुहुन्छ भने जीवनसाथीका लागि रोक भत्ता दाबी गर्न सक्नुहुन्न । पृष्ठ 3 मा कार्यपत्रकको भाग 1 र भाग 5 मा गणना गरिएको रोक भत्ता संख्याको दाबी गर्नुहोस् । यदि तपाईँ थप कर रोक्न चाहनुहुन्छ भने, तपाईँ कम भत्ताको दाबी गर्न सक्नुहुनेछ । **यदि तपाईँ 14 भन्दा अधिक भत्ताको दाबी गर्नुहुन्छ भने** तपाईँको रोजगारदाताले तपाईँको **फारम IT-2104** को एक प्रति न्युयोर्क राज्य कर विभागलाई पठाउनु पर्नेछ । त्यसपछि तपाईँलाई आफ्नो भत्तालाई सत्यापित गर्न लगाउन सक्छ । यदि तपाईँ 1 वा 2 लाइनमा नकरात्मक भत्ता (शून्यभन्दा कम) मा पर्नुहुन्छ र तपाईँको रोजगारदाता तपाईँको नकारात्मक भत्ताहरूलाई समायोजित गर्न सक्दैन भने 0 प्रविष्ट गर्नुहोस् र तल *थप डलरको रकम(हरू)* हेर्नुहोस् ।

**मजदुरीबाहेक अन्य स्रोतहरूबाट आय-** यदि तपाईँसँग मजदुरीको अतिरिक्त अन्य स्रोतहरूबाट (जस्तै ब्याज, लाभांश वा निर्वाह भत्ता प्राप्त) आम्दानी $1,000 भन्दा बढी छ भने लाइन 1 र लाइन 2 (यदि लागू छ भने) मा दाबी गरिएको भत्ताको संख्या कम गर्नुहोस् जो प्रत्येक गैर-मजदुरी आयको $ 1,000 का लागि IT-2104 द्वारा प्रमाणित भएको छ । यदि तपाईँ नकारात्मक भत्ता ( शून्यभन्दा कम्ती) मा आइपुग्नुभयो भने माथि दिइएका *रोक भत्ता* हेर्नुहोस् । विशेष गरी तपाईँसँग गैर-मजदुरी आयको महत्वपूर्ण मात्रा छ भने तपाईँ अनुमानित कर भुक्तान गर्ने विषयमा पनि विचार गर्न सक्नुहुन्छ । कर्मचारीद्वारा त्रैमासिक आधारमा भुक्तानी सोझै कर विभागलाई गरिनका लागि अनुमानित कर आवश्यक पर्दछ । थप जानकारीका लागि फारम IT-2105 मा दिइएका *व्यक्तिका लागि अनुमानित कर भुक्तान भाउचर*निर्देशनहरू हेर्नुहोस् वा पृष्ठ 6 मा रहेको*मद्दतको आवश्यकता छ ?* मा हेर्नुहोस् ।

**अन्य क्रेडिटहरू** (कार्यपत्रक लाइन 14)-यदि तपाईँ कार्यपत्रकमा सूचीबद्ध क्रेडिट बाहेक कुनै पनि क्रेडिटहरू दाबी गर्न योग्य हुनुहुन्छ, जस्तै लगानी कर क्रेडिट भने तपाईँले थप भत्ताहरू दाबी गर्न सक्नुहुनेछ ।

तल दिइएको चार्टमा तपाईँको दर्ता गरिएको स्थिति र आफ्नो न्युयोर्क समायोजित मोठ आम्दानी (NYAGI) पत्तो लगाउनुहोस् र इङ्गित गरिएको संख्याबाट अपेक्षित क्रेडिटको रकमलाई विभाजन गर्नुहोस्। लाइन 14 मा परिणाम (छेउको पूर्ण संख्यामा गोलो पार्नुहोस्) प्रविष्ट गर्नुहोस् ।

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **एकल र NYAGI हो:** | **परिवारको प्रमुख र NYAGI हो:** | **विवाहित र NYAGI हो:** | **अपेक्षित क्रेडिटको रकम विभाजित गर्नुहोस्, द्वारा**: |
| $ 215,400 भन्दा कम | भन्दा कम  $269,300 | $323,200 भन्दा कम | 66 |
| $215,400 र $1,077,550 को बीच | $269,300 र $1,616,450 को बीच | $323,200 र $2,155,350 को बीच | 68 |
| भन्दा माथि  $1,077,550 | भन्दा माथि  $1,616,450 | भन्दा माथि  $2,155,350 | 88 |

**उदाहरण:** *तपाईँ विवाहित हुनुहुन्छ र तपाईँको न्युयोर्क समायोजित मोठ आय $323,200 भन्दा कम हुने आशा गर्नुहुन्छ ।* यसका अतिरिक्त, तपाईँ S निगमबाट लगानी कर क्रेडिटको प्रवाहको माध्यमबाट प्राप्त गर्ने लागी अपेक्षा गर्नुहुन्छ जसमा तपाईँ एक शेयरधारक हुनुहुन्छ । *लगानी कर क्रेडिट $160 हुनेछ ।* अपेक्षित क्रेडिटलाई 66 द्वारा विभाजित गर्नुहोस् । 160/66 = 2.4242 ।अतिरिक्त रोक भत्ता(हरू) 2 हुनेछ । *लाइन 14 को दुईमा प्रविष्ट गर्नुहोस् ।*

**विवाहित दम्पति दुवै जागिर गरिरहेका** -यदि तपाईँ र तपाईँको जीवनसाथी दुवै जागिर गर्नुहुन्छ भने तपाईँले आफ्नो सम्बन्धित रोजगारदाताहरूसँग एक अलग IT-2104 प्रमाणपत्र दर्ता गर्नुपर्नेछ । यदि तपाईँ उच्च मजदुरी प्राप्त गर्ने पति-पत्नीले दम्पतिको सबै भत्ता दाबी गर्नुहुन्छ र कम वेतन पाउने पति-पत्नीले शून्य भत्ताहरू दाबी गर्छन् भने तपाईँको रोक तपाईँको मोठ करभन्दा राम्रो हुनेछ । तपाईँ जतिको हकदार हुनुहुन्छ त्यसभन्दा बढी भत्ताको दाबी नगर्नुहोस् । यदि तपाईँको संयुक्त पारिश्रमिक हो भने:

• $107,650 **भन्दा कम भए,** तपाईँले प्रत्येक बाकसमा **X**  चिन्हित गर्नुपर्दछ, तर प्रमाणपत्र अगाडि *विवाहित, तर उच्च एकल दरमा रोक* चिन्ह लगाउनु पर्नेछ र तपाईँ र तपाईँको जागिर गर्ने जीवनसाथीको बीच लाइन 20 र लाइन 35 ( यदि लागू भए) मा गणना गरिएको भत्ताहरूको मोठ संख्यालाई विभाजित गर्नुहोस् ।

• $107,650 वा अधिक भए, भाग 6 मा चार्ट(हरू) को प्रयोग गर्नुहोस् र लाइन 3 मा अतिरिक्त रोक डलर रकम प्रविष्ट गर्नुहोस् ।

**एकभन्दा अधिक जागिर गर्ने करदाताहरू-** यदि तपाईँसँग एकभन्दा अधिक जागिर छ भने आफ्नो प्रत्येक रोजगारदातासँग एक अलग IT-2104 प्रमाणपत्र दर्ता गर्नुहोस् । तपाईँ जतिको हकदार हुनुहुन्छ केवल उत्ति नै भत्ताको मोठ संख्या दाबी गर्न सुनिश्चित गर्नुहोस्। यदि तपाईँ आफ्नो उच्च भुक्तान भएको जागिरमा आफ्नो सबै भत्ताको दाबी गर्नुहुन्छ र कम भुक्तान भएको जागिरमा शून्य भत्ताको दाबी गर्नुहुन्छ भने तपाईँको मोठ कर राम्रो हुनेछ । यसका अतिरिक्त, यदि तपाईँ दुई वा बढी रोजगारीको साथ एकल करदाता वा परिवारको प्रमुख हुनुहुन्छ र सबै जागिरहरूबाट तपाईँको संयुक्त आय $107,650 भन्दा कम छ भने तपाईँसँग पर्याप्त कर रोक छ भन्ने सुनिश्चित गर्न तपाईँद्वारा उच्च भुक्तान भएको जागिर रोजगारदातासँग दर्ता गर्नुभएको प्रमाणपत्रमा लाइन 1 र लाइन 2 (यदि लागू भए) मा भत्ताको संख्यालाई सतद्वारा घटाउनुहोस् । यदि तपाईँ नकारात्मक भत्ता ( शून्यभन्दा कम्ती) मा आइपुग्नुभयो भने माथि दिइएका *रोक भत्ता*  हेर्नुहोस् ।

यदि तपाईँ एकल वा परिवारको प्रमुख करदाता हुनुहुन्छ र तपाईँको सबै जागिरबाट तपाईँको संयुक्त पारिश्रमिक $107,650 र $2,263,265 को बीचमा छ भने भाग 7 मा चार्ट(हरू) को प्रयोग गर्नुहोस् र लाइन 3 मा चार्टबाट थप रोक डलरको रकम प्रविष्ट गर्नुहोस् ।

यदि तपाईँ एक विवाहित करदाता हुनुहुन्छ र तपाईँको सबै जागिरबाट तपाईँको संयुक्त पारिश्रमिक $107,650 वा बढी हुन्छ भने भाग 6 मा चार्ट(हरू) प्रयोग गर्नुहोस् र लाइन 3 मा चार्टबाट थप रोक डलरको रकम प्रविष्ट गर्नुहोस् ( चार्टभित्र उच्च आय भएको पारिश्रमिकका लागि उच्च भुक्तान गर्ने जागिर शब्दलाई प्रतिस्थापन गर्नुहोस्) ।

**निर्भरहरू**- यदि तपाईँ अन्य करदातामाथि निर्भर हुनुहुन्छ र तपाईँको आय $3,100 भन्दा अधिक हुने अपेक्षा छ भने तपाईँले $2,500 भन्दा अधिकको प्रत्येक $1,000 आयका लागि आफ्नो रोक भत्तालाई एकले कम गर्नुपर्नेछ । यसले तपाईँको रोजगारदाताले पर्याप्त कर रोकेको सुनिश्चित गर्दछ।

माथिका निर्देशनहरू पालना गरेपछि तपाईँले आफ्नो कर फिर्ता दर्ता गर्दा थप कर तिर्नु पर्दैन भन्ने सुनिश्चित गर्न मद्दत मिल्नेछ ।

**केवल एक जागिर भएको घरको मुखिया**-यदि तपाईँ आफ्नो राज्यको आयकर फिर्तामा परिवारको मुखिया दर्ता गर्ने स्थिति प्रयोग गर्नुहुन्छ भने प्रमाणपत्रको अगाडि भएको *एकल वा परिवारको मुखिया* बाकसमा चिन्हित गर्नुहोस्। यदि तपाईँसँग केवल एक जागिर मात्र छ भने तपाईँ लाइन 15 मा दुई थप रोक भत्ताहरूको दाबी गर्न सक्नुहुन्छ ।

**थप डलर रकम (हरू)**

तपाईँ फारम IT-2104 मा लाइन 3,4 र 5 लाई पूरा गरेर आफ्नो रोजगारदातालाई प्रत्येक भुक्तान अवधि थप डलर रकम रोकका लागि अनुरोध गर्न सक्नुहुनेछ । धेरै जसो उदाहरणहरूमा, यदि तपाईँ नकारात्मक संख्यामा भत्ताको गणना गर्नुहुन्छ र तपाईँको रोजगारदाताले नकारात्मक संख्यालाई समायोजित गर्न सक्दैनन् भने प्रत्येक नकारात्मक भत्ताका लागि तपाईँद्वारा लाइन 3 मा न्युयोर्क राज्यमा रोकका लागि प्रत्येक हप्ता करको थप $1.85 र लाइन 4 मा न्युयोर्क शहरमा रोकका लागि प्रत्येक हप्ता करको थप $0.80 दाबी गरिएको छ। योन्कर्सका बासिन्दाहरूले न्युयोर्क राज्यको रकमको 16.75% (.1675) लाइन 5 मा योन्कर्सका लागि थप रोकका लागि प्रयोग गर्नुपर्छ ।

**टिपोट:** यदि तपाईँ आफ्नो रोजगारदातासँग यस भत्ताको प्रमाणपत्रअन्तर्गत 3,4 वा 5 मा थप डलरको रकम रोक्न अनुरोध गरिरहनु भएको छ भने अतिरिक्त डलरको रकम, यी निर्देशनहरूद्वारा निर्धारण गरेअनुसार वा भाग 6 वा भाग 7 मा चार्ट(हरू) को प्रयोग गरेर, साप्ताहिक पेरोलका लागि सही छ। त्यसैले, यदि तपाईँलाई साप्ताहिक आधारमा भुक्तान गरिएको छैन भने तपाईँले डलरको रकमलाई समायोजन गर्न आवश्यक पर्दछ) जसलाई तपाईँले गणना गर्नुहुन्छ । उदाहरणका लागि, यदि तपाईँलाई साप्ताहिक रूपमा भुक्तान गरिँदैछ भने तपाईँको गणना गरिएको डलरको रकम दुई गुणा गर्नुपर्नेछ ।

**रोक अधीनबाट जोगिनुहोस्**

फारम IT-2104, तपाईँको रोजगारदाताको रोक तालिकाहरूसँग मिलेर करको सही रकम तपाईँको भुक्तानीबाट रोकिएको छ भन्ने सुनिश्चित गर्न डिजाइन गरिएको हो । यदि तपाईँ वर्ष भरिमा पर्याप्त करको भुक्तान गर्न विफल हुनुभयो भने जब तपाईँ आफ्नो फिर्ता दर्ता गर्नुहुन्छ तब तपाईँले एक ठूलो कर दायित्व तिर्नु पर्नेछ । कर विभागले ब्याज निर्धारण गर्नुपर्छ र कर दायित्वबाहेक केही परिस्थितिहरूमा जरिमाना लगाउनु पर्छ । यद्यपि यदि तपाईँले फिर्ता दर्ता गर्नुभएन भने पनि हामी तपाईँले व्यक्तिगत आयकर तिर्नु भएको छ भन्ने निर्धारण गर्न सक्दछौं र हामी तपाईँले वर्षभरि तिर्नु पर्ने करको रकममा ब्याज र जरिमानाको आकलन गर्न सक्दछौं ।

**रोजगारदाताहरू**

**बाकस क**- यदि तपाईँले कुनै कर्मचारीको फारम IT-2104 को एक प्रति कर विभागमा बुझाउन आवश्यक छ किनकि कर्मचारीले 14 भन्दा बढी भत्ताहरूको दाबी गरेको छ भने बाकस क मा X चिन्हित गर्नुहोस् र फारम IT-2104 को प्रति पठाउनुहोस्: **NYS कर विभाग, आयकर लेखा परीक्षा प्रशासक, रोक प्रमाणपत्र समन्वयक, W A हरिमन क्याम्पस, अल्बानी NY 12227-0865 ।** यदि कर्मचारी पनि नयाँ भर्ती हो वा पुनः भर्ती भएको हो भने बाकस ख का निर्देशनहरू हेर्नुहोस् । प्रकाशन 55 *डिजाइन गरिएको निजी वितरण सेवाहरू*हेर्नुहोस्, यदि प्रयोग गरिएको छैन भने U.S मेल ।

**ग्राहक रिपोर्टहरूका लागि प्रकटीकरण र प्राधिकरण**

**प्रकटीकरण**

पश्चिमी न्युयोर्क इन्डिपेन्डेन्ट लिभिङ, इंकसँग रोजगारका लागि मेरो आवेदन (सम्झौता वा स्वयंसेवक सेवाहरूसहित) को सम्बन्धमा, म बुझ्छ कि उपभोक्ता रिपोर्टहरू तपाईँ ("कम्पनी") द्वारा अनुरोध गरिनेछ। यी रिपोर्टहरूमा कानुनद्वारा अनुमति दिएअनुसार निम्न प्रकारका जानकारीहरू समावेश हुन सक्दछन्: पहिलेका रोजगारदाताहरूको नाम र मितिहरू, कार्य अनुभव, शिक्षा, दुर्घटनाहरू, लाइसेन्स, क्रेडिट (कानुनले अनुमति दिएअनुसार - जहाँ आवश्यक हुन्छ, तपाईँलाई थप प्रकटीकरणका साथ प्रस्तुत गरिनेछ) आदि । म अझै बुझ्छु कि संघीय, राज्य र अन्य एजेन्सीहरूबाट जसले यस प्रकारको रेकर्डहरू कायम राख्छन् त्यस्ता रिपोर्टहरूमा सार्वजनिक रेकर्डको जानकारी समावेश हुन सक्छ जस्तै तर सीमित छैन: मेरो ड्राइभिङ रेकर्ड, कर्मचारीहरूको क्षतिपूर्तिको दाबी, निर्णयहरू, दिवालियापनको कार्यवाही, निष्कासन, आपराधिक रेकर्ड, आदि ।

यसका अतिरिक्त, मेरो काम वा भाडाको व्यक्तिको प्रदर्शन, चरित्र, सामान्य प्रतिष्ठा र व्यक्तिगत विशेषताहरूका बारेमा जानकारी सङ्कलन गर्नका लागि अनुसन्धानकर्ता उपभोक्ता रिपोर्टहरू (पूर्व रोजगारदाता वा घरमालिकहरू, विगतका वा हालका मेरा छिमेकी र सहकर्मीहरूसँग व्यक्तिगत अन्तर्वार्ताबाट जम्मा गरिएको, इत्यादि) र जीवन शैली (जीवन शैली) प्राप्त गर्न सकिन्छ ।

यदि म काममा भर्ती हुन्छु भने म बुझ्छु कि मेरो रोजगारदाताले मेरो रोजगार, सम्झौता अवधि वा स्वयंसेवक सेवा अवधि यस्ता उपभोक्ता रिपोर्टहरू प्राप्त गर्नका लागि यस प्रकटीकरण र प्राधिकरणको प्रयोग गर्न सक्छन् ।

**प्राधिकरण**

**म कम्पनीद्वारा यहाँ द्वारा खरिद वा उपभोक्ता रिपोर्ट (हरू) र अनुसन्धानकर्ता उपभोक्ता रिपोर्ट (हरू) लाई अधिकृत गर्दछु । यदि भर्ती गरिएको (वा सम्झौता गरिएको) हो भने यो प्राधिकरण फाइलमा रहनेछ र कम्पनीका लागि मेरो रोजगार, सम्झौता वा स्वयंसेवक अवधि कुनै पनि समयमा त्यस्ता रिपोर्टहरू प्राप्त गर्नका लागि जारी रहेको प्राधिकरणको रूपमा काम गर्नेछ । म माथि उल्लेखित जानकारी प्रस्तुत गर्न उपभोक्ता रिपोर्टिङ एजेन्सीद्वारा सम्पर्क गरिएको कुनै पनि व्यक्ति, व्यवसाय वा एजेन्सीलाई आरक्षण बिना नै अधिकृत गर्नेछु ।**

**यो प्राधिकरण मेरो अधिकारका निम्न प्रतिनिधित्वहरूमा अनुकूलित छ;**

म बुझ्छु कि मसँग उपभोक्ता रिपोर्टिङ एजेन्सीसँग अनुरोध गर्ने अधिकार छ: **B & B रिपोर्टिङ, इंक** ("एजेन्सी"), 401 साउथ मार्केट स्ट्रीट, स्काट्सबोरो, AL 35768(टोल फ्री टेलिफोन नम्बर) 844-752-1356, उपयुक्त पहिचानमा कम्पनीद्वारा प्रस्तुत कुनै पनि रिपोर्टको प्रतिहरू प्राप्त गर्नका लागि र एजेन्सीद्वारा सूचनाको स्रोत र एजेन्सीको तर्फबाट मेरो अनुरोधको समयमा मलाई यस फाइलहरूमा सबै जानकारीको प्रकृति र तत्त्वको अनुरोध गर्नका लागि कुनै पनि अन्वेषक उपभोक्ता रिपोर्ट(हरू) द्वारा कभर गरिएको प्रकृति र क्षेत्रको पूर्ण र सटीक प्रकटीकरण प्रदान गर्नेछ । एजेन्सीले पहिला रोजगारको अनुरोधहरूका लागि दुई वर्षको अवधिभित्र पेस गरेको र मेरो अनुरोध ( क्यालिफोर्निया तीन वर्ष) भन्दा अघि अन्य उद्देश्यहरूका लागि एक वर्षको अवधिभित्र पेस गरेको जस्ता रिपोर्टहरू प्राप्त गर्नेहरूको विषयमा पनि मसँग खुलासा गर्नेछ । म कम्पनीलाई एजेन्सीबाट माथि उल्लेखित जानकारी प्राप्त गर्नका लागि सहमति दिदँछु । म बुझ्छु कि म कुनै पनि समय, कुनै पनि प्रकारको रिपोर्टमा रहेको कुनै पनि जानकारी जो गलत छ त्यसबारे म विवाद गर्न सक्छु । म एजेन्सीको गोपनीयता नीतिबारे उनीहरूको वेबसाइट: www.bbreporting.com.मा गएर पनि हेर्नसक्छु ।

म बुझ्दछु कि यदि कम्पनी क्यालिफोर्निया, मिनेसोटा वा ओक्लाहोमामा अवस्थित छ भने मलाई कम्पनीद्वारा रिपोर्ट प्राप्त गर्ने समय कम्पनीद्वारा प्राप्त कुनै पनि रिपोर्टको एक प्रतिको अनुरोध गर्ने अधिकार छ। निम्नलिखित बाकसहरू जाँच गरेर यस्ता सबै रिपोर्टहरूको एउटा प्रति मलाई पनि पठाइदिने म अनुरोध गर्दछु यहाँ जाँच गर्नुहोस्: □

क्यालिफोर्नियाको एक आवेदकको रूपमा, म बुझ्दछु कि मेरो समीक्षाको लागि एजेन्सीको फाइलमा रहेको सबै जानकारीहरू प्राप्त गर्न क्यालिफोर्निया नागरिक संहिताको धारा 1786.22 अन्तर्गत मसँग एजेन्सीलाई उचित समय (बिहान 9:00 देखि साँझ 5:00 सम्म (मध्य समय क्षेत्र) सोमबार देखि शुक्रवार) सम्पर्क राख्ने अधिकार छ । म निम्न प्रकारको जानकारी प्राप्त गर्न सक्दछु: 1) व्यक्तिगत रूपमा एजेन्सी कार्यालयमा, जसको ठेगाना माथि सूचीबद्ध छ। म कसैलाई आफ्नो साथमा लिएर एजेन्सीको कार्यालयमा जान सक्छु । उचित पहिचान प्रस्तुत गर्नका लागि एजेन्सीलाई यो तेस्रो पक्षको आवश्यकता पर्न सक्छ । म एजेन्सीका लागि यस तेस्रो पक्षको साथ एजेन्सीको जानकारीको खुलासा वा त्यसमाथि छलफल गर्नका लागि त्यस्ता भ्रमणको समयमा प्राधिकरणमा हस्ताक्षर गर्न आवश्यक हुन सक्छ; 2) प्रमाणित मेलद्वारा, यदि मैले अघिबाटै मेरो फाइल मलाई पठाइयोस् वा मद्वारा पहिचान गरिएको तेस्रो पक्षलाई भन लिखित अनुरोधमा पहिचान प्रदान गरेको भए; 3) टेलिफोन द्वारा, यदि मैले पहिले एजेन्सीलाई लिखित रूपमा उचित पहिचान प्रदान गरेको भए; र 4) एजेन्सीले कर्मचारीहरूलाई मेरो फाइलको कुनै पनि जानकारी मलाई बुझाउनका लागि प्रशिक्षण दिइएको छ र यदि फाइलमा कुनै पनि जानकारी समावेश गरिएको छ भने त्यस्ता जानकारी मलाई व्याख्या गरिनेछ ।

म बुझ्दछु कि यदि म न्युयोर्कमा रोजगारका लागि आवेदन दिइरहेको छु भने मलाई न्युयोर्क सुधार कानुनको धारा 23-ए को एक प्रति प्राप्त गर्ने अधिकार छ।

म बुझ्दछु कि यदि वाशिंगटन राज्यमा कुनै रोजगारदातालाई रिपोर्ट उपलब्ध गराइन्छ भने म यी रिपोर्टहरूको सम्बन्धमा वाशिंगटन राज्य कानुनअन्तर्गत मेरो अधिकारसम्बन्धी थप जानकारीका लागि निम्नलिखित कार्यालयमा सम्पर्क गर्न सक्छु: स्टेट अफ वाशिंगटन अटर्नी जनरल, उपभोक्ता संरक्षण प्रभाग, 800 5th Ave, Ste । 2000, सिएटल, वाशिंगटन 98104-3188, (206) 464-7744 ।

म बुझ्दछु कि फेयर क्रेडिट रिपोर्टिङ ऐनअन्तर्गत मसँग अधिकारहरू छन्, र म अधिकारहरूको सारांश स्वीकार गर्दछु \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (प्रारम्भिकहरू)।

**कृपया तपाईँको कानुनी नाम छाप्नुहोस् र हस्ताक्षर गर्नुहोस्:**

थर नाम पहिलो बीचको

हस्ताक्षर: मिति:

**पृष्ठभूमि जाँच गर्ने फारम**

सबै जानकारीलाई पूर्ण रूपमा गोप्य राखिनेछ ।

नाम

पहिलो बीचको थर

ठेगाना

सडक शहर राज्य जीप

बीचको नाम वा अन्य नामहरू प्रयोग गरियो

जन्म मिति

सामाजिक सुरक्षा #

के तपाईँलाई कहिल्यै मामुली यातायात उल्लङ्घनबाहेक कुनै आपराधिक अपराधका लागि पक्राउ गरिएको वा दोषी ठहऱ्याइएको छ?

के तपाईँलाई कहिल्यै अभियोग लगाइएको छ, पक्राउ गरिएको छ वा दुर्व्यवहार वा यौनसम्बन्धित अपराधका लागि दोषी ठहऱ्याइएको छ?

के तपाईँको जीवन शैली वा पृष्ठभूमिमा केही यस्तो कुरा छ जसले तपाईँको क्षमतामाथि प्रश्न उठाउँछ?

यदि तपाईँले यीमध्ये कुनै पनि प्रश्नको जवाफ हो भनेर दिनु भएको छ भने, कृपया व्याख्या गर्नुहोस्:

कृपया टिपोट गर्नुहोस्: यीमध्ये कुनै पनि प्रश्नका "हो '\* 1 मा उत्तर दिएमा स्वचालित रूपमा तपाईँलाई अयोग्य ठहर गरिनेछैन । परिस्थितिहरूलाई व्याख्या गर्नका लागि कृपया प्रदान गरिएका खाली ठाउँहरू प्रयोग गर्नुहोस्।

म आफ्नो पृष्ठभूमि र आपराधिक वा पुलिस रेकर्डको एक स्वतन्त्र जाँच गर्नका लागि WNYIL लाई प्राधिकृत गर्दछु । म WNYIL र कुनै पनि व्यक्ति वा संस्थालाई जसले कुनै पनि र सबै दायित्वहरूबाट, दाबी वा कानुनी मुद्दा माथिको कुनै पनि र सबै स्रोतहरूबाट प्राप्त गरेको जानकारीको सम्बन्धमा यस प्राधिकरणको बमोजिम जानकारी प्रदान गर्दछ, जारी गर्दछु । यस आवेदनमा समावेश जानकारी मेरो उत्तम ज्ञानको हिसाबमा सहि छ। म बुझ्दछु कि यस आवेदनमा कुनै पनि भौतिक तथ्यलाई बेवास्ता गर्दा यस आवेदनलाई अस्वीकार गर्ने आधार हुन सक्छ ।

हस्ताक्षर मिति

कृपया यस पानाको पछाडि कुनै प्रश्न वा प्रतिक्रिया लेख्नुहोस् ।

नियन्त्रण गर्दै

उपभोक्ता निर्देशित व्यक्तिगत सहायता सेवाहरू

*WNY इन्डिपेन्डेन्ट लिभिङ इंकका एजेन्सीहरूका परिवारको एक सदस्य...*

3108 मेन स्ट्रीट, बफेलो, न्युयोर्क 14214-1384

(716) 836-0822 (आवाज/TDD) ♦ (716) 836-0091 (फ्याक्स)

www.wnyil.org/cdpas/

**ज्ञापनपत्र**

**फोटो IP चिन्ह**

प्रिय उपभोक्ता:

पश्चिमी न्युयोर्क इन्डिपेन्डेन्ट लिभिङ, इंकले व्यक्तिगत सहयोगीहरूका लागि फोटो ID परिचायक चिन्हहरू प्रदान गर्दछ । यी परिचायक चिन्हहरू अनिवार्य छैनन्, र उपभोक्ता / रोजगारदाताको अनुरोधमा मात्र कार्यवाही गरिनेछ।

परिचायक चिन्हको मुख्य उद्देश्य व्यक्तिगत सहायकहरूलाई उनीहरूको उपभोक्ता / रोजगारदातासम्म खराब मौसम वा अन्य आपतकालीन समयमा पुग्न अनुमति दिनका लागि हो, जहाँ सर्वसाधारणका लागि गाडी चलाउन प्रतिबन्ध लगाइएको हुन्छ । व्यक्तिगत सहायकले आफ्नो परिचायक चिन्हसँगै लिएर हिड्नु पर्दछ । रोजगारीको समाप्तिपछि परिचायक चिन्ह पश्चिमी न्युयोर्क इन्डिपेन्डेन्ट लिभिङ, इंकलाई फिर्ता गर्नु पर्नेछ ।

यदि तपाईँ आफ्ना व्यक्तिगत सहायकलाई आधिकारिक एजेन्सीको परिचायक चिन्ह प्राप्त गराउन चाहनुहुन्छ भने, तपाईँले टेकिङ कन्ट्रोल स्टाफलाई 716-836-0105 मा सम्पर्क गर्नुपर्नेछ । त्यसपश्चात हामी तपाईँको व्यक्तिगत सहायक 3108 मेन सेन्टको बफेलो कार्यालयमा कहिले आउन सक्दछन् भनेर एक समय तालिका बनाउनका लागि तिनीसँग सम्पर्क गर्नेछौँ । (जिम स्टेक आउटको पछाडि), परिचायक चिन्ह प्रशोधनको लागि ।

तपाईँको सहयोगका लागि धन्यवाद।

नियन्त्रण गर्दै

CDPAS कार्यक्रम कर्मचारी

WNYIL

3/22/16

 **भुक्तानी दिन र भुक्तानी दरबारे सूचना र स्वीकृति**

**न्युयोर्क राज्य श्रम कानुनको धारा 195.1 अन्तर्गत**

**प्रतिघण्टा दर कर्मचारीका लागि सूचना**

|  |
| --- |
| 1. रोजगारदाताबारे जानकारी  नाम:  WNY स्वतन्त्र रहन-सहन  (DBA) नाम (हरू) को रूपमा व्यवसाय गर्दै:  माथिको जस्तै  FEIN (वैकल्पिक):  222316065  भौतिक ठेगाना:  3108 मेन स्ट्रीट  बफेलो, NY 14214  पत्राचारको ठेगाना:  माथिको जस्तै  फोन: 716-836-0822 |

2. सूचना दिइयो:

⮽भर्तीमा राख्दा

भुक्तानी दर (हरू) मा परिवर्तन हुनुभन्दा अघि, भत्ताहरू दाबी गरियो वा भुक्तानीको दिन

LS 54(01/17)

**3. कर्मचारीको वेतन दर:**

$ 11.75 प्रति घण्टा

**4. भत्ता लिइयो**:

⮽कुनै पनि होईन

□सुझावहरू\_\_\_\_\_\_\_ प्रति घण्टा

□खाना \_\_\_\_\_\_\_ प्रति खाना

□लजिंग \_\_\_\_\_

□अन्य \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. नियमित वेतन**: \_\_\_\_\_\_\_\_

**6. वेतन छ**:

□ साप्ताहिक

⮽ द्वि-साप्ताहिक

□अन्य

**7. ओभर टाइम वेतन दर:**

$ 17.63 प्रति घण्टा (यो केही अपवादहरूसँग कार्यकर्ताको नियमित दरको कम्तीमा 1 ½ समय हुनुपर्दछ)

**8. कर्मचारी स्वीकृति:**

यस दिन मलाई मेरो भुक्तानी दर, ओभरटाइम दर (योग्य छ भने), भत्ता र तल दिइएको मितिमा निर्दिष्ट वेतन दिन सूचित गरिएको छ। मैले मेरो रोजगारदातालाई मेरो प्राथमिक भाषा के हो भनी बताएको छु ।

**एउटा छनौट गर्नुहोस्:**

□ मलाई यो वेतनबारे सूचना अङ्ग्रेजीमा दिइएको छ किनकि यो मेरो प्राथमिक भाषा हो ।

□ मेरो प्राथमिक भाषा हो\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. मलाई यो वेतनबारे सूचना अङ्ग्रेजीमा दिइएको छ किनकि श्रम विभागले अहिलेसम्म मेरो प्राथमिक भाषामा वेतन सूचना फारम प्रस्ताव गरेको छैन ।

कर्मचारीको नाम छाप्नुहोस्

कर्मचारीको हस्ताक्षर

मिति

टायलर ब्रिजवाटर, CDPAS PA समन्वयक

तयारीकर्ताको नाम र शीर्षक

**कर्मचारीले यस फारमको हस्ताक्षर गरिएको प्रति प्राप्त गर्नुपर्नेछ । रोजगारदाताले 6 वर्षका लागि मूल प्रति राख्नु पर्छ ।**

कृपया टिपोट गर्नुहोस्: समान कामका लागि कुनै कर्मचारीलाई विपरीत लिङ्गका कर्मचारीभन्दा कम भुक्तानी गर्नु गैरकानुनी हो । रोजगारदाताले कर्मचारीहरूलाई उनीहरूको सहकर्मीसँग मजदुरीबारे छलफल गर्नदेखि रोक्न सक्दैनन् ।

**काम सुरु गर्नका लागि व्यक्तिगत सहायक आवश्यकताहरू**

**आवश्यकता-1 चिकित्सा कागजात**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **शारीरिक आकलन** |  | |
|  |  | |
| • पछिल्लो वर्षभित्र | | |
|  | **PPD** |  | |
|  |  | |
|  | • पछिल्लो वर्षभित्र | | |
|  | **MMR खोप रेकर्ड** | |  |
|  |  |
|  | • दादुरा, हाडे र रुबेला (यो अभिभावक, स्कूल, रोजगारदाताबाट प्राप्त गर्नुहोस्)  \*\*यदि रेकर्ड सङ्ग्रह गर्न सकिएन भने रुबेला अनुमापांक अवश्य गर्नुहोस् | | |

\*\* यदि तपाईँसँग प्राथमिक चिकित्सा चिकित्सक छैनन् भने वा यथोचित समयमा चिकित्सकहरूको नियुक्ति प्राप्त गर्न सक्नुहुन्न भने WNYIL ले तपाईँलाई निम्न क्लिनिकमा पठाउन सक्छ, तपाईँलाई कुनै शुल्क लाग्दैन:

**वेलनावतत्काल हेरचाह**

**एमहर्स्ट (पूर्व एसएएसएच)**

3980 शेरिडन ड्राइभ

एमहर्स्ट, NY 14226

फोन: (716)929-2800

फ्याक्स: (716)839-1705

**केनमोर / टोन (पूर्व एसएएसएच)**

1751 शेरिडन ड्राइभ टोनावन्दा, NY 14223

फोन: (716)844-7100

फ्याक्स: (716)873-0230

**N टोन/वेटफिल्ड** (पूर्व एसएएसएच)

3190 नियाग्रा फल्स ब्लाभ्ड एमहर्स्ट, NY 14228

फोन: (716)799-8190

फोन: (716) 696-6169

**ल्यान्कास्टर** (पूर्व एसएएसएच) 4827 ट्रान्सिट रोड

डिप्यू,, NY 14043

फोन: (716)771-3394

फ्याक्स: (716)771-3402

**नियाग्रा फल्स**

7432 नियाग्रा फल्स ब्लाभ्ड

नियाग्रा फल्स, NY

फोन: (716)371-4260

फ्याक्स: (716)371-4261

**क्लेरेन्स** (पूर्व एसएएसएच)

5965 ट्रान्सिट रोड पूर्व एमहर्स्ट, NY 14051

फोन: (716)362-1093

फ्याक्स: (716)639-4802

**ओलियन** (पूर्व एसएएसएच)

921 वेन स्ट्रीट

ओलियन, NY 14760

फोन: (716)379-8600

फ्याक्स: (716)379-8631

**आचर्ड पार्क** (पूर्व एसएएसएच) 3245 साउथवेस्टर्न ब्लाभ्ड

आचर्ड पार्क, NY 14127

फोन: (716)362-8777

फ्याक्स: (716)671-8120

**बाटभिया**

4189 भेटेरन्स मेमोरियल डीआर बाटभिया, NY 14020

फोन: (585)201-5598

फ्याक्स: (585)201-5599

**जेम्सटाउन**

15 साउथ मेन सेन्ट

जेम्सटाउन, NY 14701

फोन: (716)489-3144

फ्याक्स: (716)489-3151

\*\* यसअतिरिक्त WNY को बाहिर सबै पूर्व पाँच तारा स्थान सामेल छ

**हेल्थवर्क्स**

1900 रिज रोड 2075 शेरिडन ड्राइभ

वेस्ट सेनेका, NY. 14224 केनमोर, N.Y. 1422

फोन:(716)712-0670 फोन: (716)712-0670

सोमबार - शनिबार सोमबार - शुक्रबार

**आवश्यकता 2 -** सबै मेडिकलको प्राप्ति पछि पृष्ठभूमि जाँच पूरा हुन्छ ।

***सम्पर्क सूचनामा नियन्त्रण गर्दै***

**ERIE COUNTY**

***सबै CDPAS फोन कलहरू: (716)836-0105***

\* एशले गिलियम, ग्राहक सेवा विशेषज्ञले तपाईँको फोन कललाई लानेछ र उचित स्टाफ सदस्यलाई निर्देशित गर्दछ ।

\* कारा बिनेयक-समय र उपस्थिति रिपोर्ट विशेषज्ञ

***PA -चिकित्सा / पृष्ठभूमि जाँच / PIN#s***

टायलर ब्रिजवाटर, PA समन्वयक Ext. 189 **tbridgewater@wnyil.org**

मिसेल बार्न्स, PA समन्वयक Ext. 501 **mbarnes@wnyil.org**

किम एभरी, PA समन्वयक EXT, 539 **kavery@wnyil.org**

***क्लक-इन / क्लक-आउट मुद्दाहरू***

युरी लेपा, ग्राहक सेवा विशेषज्ञ Ext ***यदि कुनै उत्तर नपाए*** *500* ***मा कल गर्नुहोस्***

एशले गिलियम, ग्राहक सेवा विशेषज्ञ Ext 191

कारा बिनेयक, समय र उपस्थिति रिपोर्ट विशेषज्ञ Ext. 194

***भुक्तानी चेकसम्बन्धी मुद्दाहरू***

सेमनिया सेल, पेरोल लीसन Ext. 119

***फ्याक्स नम्बरमा नियन्त्रण गर्दै: (716)836-0091***

**भौतिकहरू सबै पीपीडीको साथ समय समाप्त हुनभन्दा अघि   
 प्रत्येक वर्ष अद्यावधिक हुन आवश्यक छ। कृपया कुनै अपवाद छैन । धन्यवाद ।**

CDPAS 7/10/19

**पश्चिमी न्युयोर्क इन्डिपेन्डेन्ट लिभिङ, इंक ।**

**लाभबारे सूचना**

**CDPAS व्यक्तिगत सहायक**

**वेतन: $11.75 प्रति घण्टा (प्रभावकार 4/1/2018)**

**सामान्य लाभ सक्रियता खण्ड:**

जबसम्म अन्यथा निर्दिष्ट रूपमा भनिएसम्म, यहाँ वर्णन गरिएका केही सुविधाहरू सक्रिय हुन्छन् वा व्यक्तिगत सहायक (CDPA कर्मचारी) ले **दुई (2) महिना**का लागि पूर्णकालिक कर्मचारीको रूपमा काम गरिसकेका छन्।

पूर्णकालिक रोजगारलाई दुई (2) महिनाका लागि लगातार 30 घण्टा वा प्रति हप्ता अधिक काम गर्ने रूपमा परिभाषित गरिएको छ । यदि कुनै नियन्त्रण गर्ने सहभागीको साप्ताहिक स्वीकृत औसत घण्टाले रोजगारीको यस स्तरलाई समर्थन गर्दैन भने सहभागीको व्यक्तिगत सहायकलाई प्राथमिक सहभागीहरूबाहेक नियन्त्रण सहभागीहरू लिनका लागि तयार र/वा आपतकालीन कर्मचारीको रूपमा काम गर्न तयार व्यक्तिगत सहायकहरूको सामान्य डेटाबेसको हिस्सा बन्न प्रोत्साहित गरिनेछ ।

**बिरामी दिनहरूमा-**तपाईँको पहिलो 2 महिनाको रोजगार पछि, तपाईँले प्रति त्रैमासिक (हरेक तीन महिना) एक (1) दिनको दरले आफ्नो बिरामी दिनहरूमा कमाउन सुरु गर्नुहुन्छ । प्रत्येक 3 महिनाको अवधि (13 हप्ता) को अन्त्यमा, तपाईँसँग एक (1) बिरामी दिन उपलब्ध हुन्छ । रोजगारको पहिलो वर्षमा तपाईँसँग 3 बिरामी दिनहरू हुन्छन् । रोजगारको दोस्रो वर्ष र त्यसपछि तपाईँ प्रत्येक 3 महिनामा एक (1), प्रति वर्ष 4 बिरामी दिनहरू कमाउनुहुन्छ । तपाईँ प्रत्येक 3 महिनामा कमाउँदा त्यसलाई लिन सक्नुहुनेछ, त्यसका लागि भुक्तानी गर्नुहोस् वा तपाईँको वर्षको अन्त्यको 2 हप्ता भित्रमा तपाईँ हस्ताक्षर गरेको र मिति दर्ता गरिएको टाइमसीटमा SICK DAYS चिन्ह लगाई राख्न सक्नुहुनेछ र त्यसका लागि भुक्तानी पाउनु हुनेछ । यदि तपाईँ तिनीहरूलाई प्रयोग गर्नुहुन्न वा तपाईँको वर्षको अन्त्यको 2 हप्ता भित्र तिनीहरूका लागि भुक्तानी प्राप्त गर्नुहुन्छ भने तिनीहरू हराउँछन् । हामी 7 दिनको कार्य-हप्तामा प्रति हप्ता काम गरिएको घण्टाको औसत संख्याको गणना गर्दछौँ । **कृपया कुनै बिरामी दिनका लागि काम गरिएको मिति वा घण्टा नहाल्नुहोस्- हामी औसत गणना गर्नेछौँ ।** तपाईँले आफ्नो बिरामी दिनहरू नगुमाउनुका लागि आफूले हप्तामा काम गरेकोमा नजर राख्नु तपाईँको उत्तरदायित्त्व हो । टाइमसिटहरू जम्मा गर्नुहोस् ।

**छुट्टीको वेतन**- **तपाईँ प्रत्येक 52 हप्ताको रोजगारपछि** एक (1) हप्ताको छुट्टीको हकदार हुनुहुन्छ । तपाईँले कमाउनु भएको हप्ताको छुट्टीको प्रयोग गर्न तपाईँसँग अन्तिम मितिबाट एक (1) वर्ष छ । तपाईँले आफ्नो छुट्टीको वेतन नगुमाउनका लागि आफ्नो वर्ष समाप्ति मिति (52 हप्ता पूरा हुने) माथि नजर राख्नु तपाईँको जिम्मेवारी हो । टाइमसीट **VACATION**मा हस्ताक्षर र मिति लेखेर चिन्ह लगाउनुहोस् । हामी हप्ताका लागि औसत घण्टा गणना गर्नेछौँ । टाइमसिटहरू जम्मा गर्नुहोस् । टाइमसिटहरू पेस गरेपछि तपाईँलाई निम्नलिखित पेरोलमा भुक्तान गरिनेछ।

**अन्य योजनाहरू**

-AFLAC नीतिहरू - क्यान्सर हेरचाह, दुर्घटना र छोटो अवधिमा अक्षमताको आधारमा कर्मचारीहरूलाई पूर्व वा पछिको डलरको प्रयोग गरेर आफ्नो प्रिमियम तिर्ने अनुमति दिन्छ । रोजगारदाताले कुनै भुक्तानी गर्न सक्दैन ।

सेवानिवृत्ति 403 (ख) - 403 (ख) योजना सेवानिवृत्तिका लागि बचत गर्ने एक लोकप्रिय तरिका हो । योजनाले PA लाई आयकरको भुक्तान नगरीकन योजनामा आफ्नो सकल वेतनको अंश लगाउने अनुमति दिन्छ जबसम्म योजनाबाट पैसा फिर्ता गरिँदैन । योजनामा उनीहरूको योगदानका लागि PA हरू पूर्ण रूपमा "निहित" छ ।

पश्चिमी न्युयोर्क इन्डिपेन्डेन्ट लिभिङ 4% सम्म मोठ कमाइको योगदानसँग मेल खानेछ । 4% हालको वेतन अवधिका लागि मोठ वर्तमान आयमा आधारित छ। मिलान कोषहरू प्राप्त गर्नका लागि PA ले समान योगदान गर्नुपर्दछ ।

**स्वास्थ्य बीमा**

नियन्त्रण कार्यक्रमका लागि भर्ती गरिएका व्यक्तिगत सहायकहरूलाई सस्तो हेरचाह ऐनअन्तर्गत WNYIL द्वारा परिवर्तनीय घण्टा कर्मचारीको रूपमा परिभाषित गरिएको छ। प्रत्येक व्यक्तिगत सहायक एक प्रारम्भिक मापन अवधिको अधीनमा हुनेछ। यो अवधि भर्ती गरिएको मितिबाट सुरू हुन्छ र निम्न 11 महिना वा पूर्ण समयका लागि विस्तारित हुन्छ । स्वास्थ्य बीमाका लागि योग्य हुनका लागि 11 महिनाको अवधिमा एक व्यक्तिगत सहायकसँग प्रति महिना 120 घण्टा औसत हुनुपर्दछ । प्रारम्भिक मापन अवधिको अन्त्यको 30 दिनहरूमा WNYIL कर्मचारी योग्यताको समीक्षा गर्नेछन् । यदि व्यक्तिगत सहायक स्वास्थ्य बीमाका लागि योग्य ठहरिन्छन् र तिनी नामाङ्‍कन गर्न चाहन्छन् भने एउटा आवेदन पूरा गर्नु पर्नेछ र बुझाउनु पर्नेछ र स्वास्थ्य बीमा 30 दिने समीक्षा अवधि पछि महिनाको सुरुमा प्रभावी हुनेछ। यो स्थिर भएको अवधिमा सुरू हुनेछ। स्थिरता अवधिमा, स्वास्थ्य बीमा तबसम्म जारी

रहनेछ जबसम्म व्यक्तिगत सहायक WNYIL को माध्यमले आफ्नो रोजगारी कायम गर्दछ । यदि 11 महिनाको स्थिरता अवधिमा रोजगार समाप्त हुन्छ भने स्वास्थ्य बीमा पनि समाप्त हुनेछ । एजेन्सीको मानक मापन अवधि प्रत्येक वर्ष 1 मार्चदेखि 31 जनवरीसम्म चल्नेछ । निम्न स्थिरता अवधिका लागि आफ्नो स्वास्थ्य बीमालाई कायम राख्नका लागि चर कर्मचारीले प्रत्येक मानक मापन अवधिमा औसत 30 घण्टा काम गर्ने समय बनाउनु पर्नेछ । प्रशासनिक अवधि फरवरी 1 देखि फरवरी 28th/29th सम्म हो । एजेन्सीको चिकित्सा बीमामा दर्ता व्यक्तिगत सहायकहरू प्रति महिना प्रिमियम लागत साझेदारीका लागि जिम्मेवार हुनेछन् । व्यक्तिगत सहायकको लागत साझेदारी प्रत्येक भुक्तानी चेकबाट स्वचालित रूपमा कटौती गरिनेछ। नियन्त्रण गर्दै कार्यक्रमले रहल मासिक प्रिमियमको भुक्तानी गर्नेछ ।

**दन्त चिकित्सा बीमा**

नियन्त्रण गर्दै कार्यक्रमका लागि राखिएका व्यक्तिगत सहायकहरू यदि आफ्नो रोजगारको पहिलो 12 हप्ताको अवधिमा प्रति हप्ता न्यूनतम् 20 घण्टा कायम गरे भने एजेन्सीको दन्त बीमामा नामाङ्‍कन गर्न योग्य हुनेछन्। यदि तिनीहरूले आवश्यकता पूरा गरे भने 12 हप्ताको अन्त्यमा व्यक्तिगत सहायकहरूसँग 30-दिनको अवधि हुनेछ जुन अवधिमा तिनीहरू भर्नाका लागि योग्य हुनेछन् । व्यक्तिगत सहायक प्रति महिना प्रिमियमका लागि पूर्ण जिम्मेवार हुनेछन् । व्यक्तिगत सहायकको प्रिमियम प्रत्येक भुक्तानी चेकबाट स्वचालित रूपमा कटौती गरिनेछ।

**दृष्टि बीमा**

नियन्त्रण गर्दै कार्यक्रमका लागि राखिएका व्यक्तिगत सहायकहरू यदि आफ्नो रोजगारको पहिलो 12 हप्ताको अवधिमा प्रति हप्ता न्यूनतम् 20 घण्टा कायम गरे भने एजेन्सीको दृष्टि बीमामा नामाङ्‍कन गर्न योग्य हुनेछन्। यदि तिनीहरूले आवश्यकता पूरा गरे भने 12 हप्ताको अन्त्यमा व्यक्तिगत सहायकहरूसँग 30-दिनको अवधि हुनेछ जुन अवधिमा तिनीहरू भर्नाका लागि योग्य हुनेछन् । व्यक्तिगत सहायक प्रति महिना प्रिमियमका लागि जिम्मेवार हुनेछन् । व्यक्तिगत सहायकको प्रिमियम प्रत्येक भुक्तानी चेकबाट स्वचालित रूपमा कटौती गरिनेछ।

**रोजगार**- यदि तपाईँले कुनै उपभोक्ताले कार्यक्रम छोडेको कारण र बेरोजगारी संकलन गर्ने विकल्पको कारण आफ्नो स्थान गुमाउनु भयो भने हामीसँग तपाईँको सम्बन्ध विच्छेद हुनेछ । यसको अर्थ तपाईँले बेरोजगारी सङ्कलनको अवधिपछि WNYIL मा काम गर्न सुरु गर्नुपर्दछ, **तपाईँलाई नयाँ भर्तीको रूपमा मानिनेछ र यदि तपाईँ एक नयाँ कर्मचारी हो भने सबै सुविधाहरू सुरू हुन्छ** । यदि तपाईँले एक नयाँ स्थिति खोज्दै बेरोजगारी सङ्कलन नगर्ने विकल्प छनौट गर्नुहुन्छ र COBRA को माध्यमबाट आफ्नो स्वास्थ्य बीमा प्रिमियमको भुक्तान गर्नुहुन्छ भने तपाईँ आफ्नो कर्मचारीको स्थितिलाई कायम गर्न सक्षम हुनुहुनेछ र जब तपाईँ काम सुरु गर्नुहुन्छ तब तपाईँको सुविधाहरू तुरुन्तै फेरि सुरु हुनेछ।

**सबै कर्मचारीहरूका लागि लाभहरू**

सबै कर्मचारीहरूलाई कामदारहरूको क्षतिपूर्ति र NYS अक्षमता बीमाका लागि कभर गरिएको छ । मानव संसाधन विभागमा सबै काम सम्बन्धित दुर्घटना / घटनाहरूबारे घटनाको 24 घण्टाभित्र रिपोर्ट गर्न आवश्यक छ।

**परिवारमा मृत्यु** - परिवारमा मृत्यु भएमा (अभिभावक, हजुरबा हजुरआमा, पति-पत्नी, बच्चाहरू, दाजुभाइ वा रोजगारदाताद्वारा वैध मानिएको विस्तारित परिवारका अन्य सदस्यहरू) एक (1) दिनको छुट्टी वेतनमानसहित दिइने छ - तपाईँको रोजगारदातालाई तपाईँ कुन दिन छुट्टी लिनु हुनेछ त्यसको सूचना दिनुपर्नेछ । तपाईँको रोजगारदातालाई छुट्टी लिने सूचना दिन असफल हुनुभयो भने तपाईँले त्यस दिनको वेतन गुमाउनु हुनेछ । तपाईँ काम गर्न सक्नुहुन्न र वेतन लिन सक्नुहुन्न; तपाईँको वेतनको गणना तपाईँले छुट्टी लिनु भएको दिनका लागि निर्धारित गर्नु भएको घण्टाको संख्याको रूपमा गरिनेछ। **तपाईँको रोजगारदाताद्वारा विचार गरी मान्य गरिएको छ ।**

**हराएका भुक्तानी चेकहरू**

**हराएका चेकहरूका लागि तपाईँ बैँकद्वारा त्यसलाई रोक्नका लागि लाग्ने $25 भुक्तानी शुल्कका लागि जिम्मेवार हुनुहुन्छ ।** मेलमा हराएको चेकहरूका लागि, हामी चेक जारी गरिएको मितिबाट तीन (3) हप्तासम्म या त हाम्रोमा आउँछ या फिर्ता गरिन्छ भनी प्रतिक्षा गर्छौँ । 3 हप्तापछि हामी चेक पुन: जारी गर्नेछौँ र तपाईँलाई चेक प्रतिस्थापन फारममा हस्ताक्षर गर्न आवश्यक हुनेछ।

**ओभर टाइम वेतन**

नियन्त्रण गर्ने कर्मचारीको अनुमतिबिना PA ले प्रति हप्ता 40 घण्टा भन्दा बढी काम गर्न सक्दैन । यदि OT अनुमोदन गरिएको छ र तपाईँ प्रति हप्ता 40 घण्टा भन्दा बढि काम गर्नुहुन्छ भने तपाईँलाई 40 भन्दा बढि काम गर्ने कुनै पनि घण्टाका लागि प्रति घण्टा $17.63 भुक्तानी गरिनेछ । कार्य हप्ता आइतबारदेखि शनिबारसम्म मानिन्छ । घण्टाहरू नयाँ हप्तामा समावेश हुन सक्दैन र हुँदैन । तपाईँले आफ्नो उपभोक्ता / रोजगारदाता हेरचाह योजनामा ध्यान दिनै पर्छ र तपाईँको समय कसरी प्रयोग गर्न सकिन्छ भनेर बुझ्नु पर्छ ।

**कृपया मनमा राख्नुहोस् कि तपाईँले भाँडामा काम गर्न राख्नु भएको व्यक्ति तपाईँको कर्मचारी हो । तपाईको कामका कर्तव्यहरू के हुन् भनेर उक्त व्यक्तिले तपाईँलाई प्रशिक्षण अनि निर्देशन दिनेछ । कृपया छुट्टी लिनुभन्दा कम्तीमा दुई (2) हप्ता अघि तपाईको रोजगारदातालाई अनुरोध गर्नुहोस् ।**

**Website: www.wnvil.org**

**[लोगो: छुटिएको पाठ]´**

**3108 मेन स्ट्रीट ● बफेलो, न्युयोर्क 14214-1384**

**(716) 836-0822 (आवाज/TDD) • (716) 835-3967 (फ्याक्स)**

**www.wnyil.org**

**देखि: कर्मचारीहरू वा WNY इन्डिपेन्डेन्ट लिभिङ, इंक ।**

**बाट: WNY इन्डिपेन्डेन्ट लिभिङ, इंक ।**

**मिति: डिसेम्बर 6, 2017**

**RE: NYS सशुल्क पारिवारिक विदा**

**NYS भुक्तान-विदाको योग्यता**

**जनवरी 1,2018 देखि, जो कर्मचारी नियमित रूपमा हप्तामा कम्तीमा 20 घण्टा काम गर्दछन् तिनीहरू 26 हप्ताको रोजगारपछि भुक्तान गरिएको पारिवारिक विदाका लागि योग्य हुनेछन् । प्रति हप्ता 20 घण्टाभन्दा कम काम गर्ने कर्मचारीहरू 175 कार्य दिनपछि योग्य हुनेछन्।**

**भुक्तान गरिएको पारिवारिक विदा पूर्णतया कर्मचारीद्वारा पेरोल कटौतीमार्फत वित्त पोषित छ । 2018 मा अधिकतम कर्मचारीको योगदान कुनै कर्मचारीको साप्ताहिक मजदुरीको 0.126% हो ।**

**भुक्तानी गरिने पारिवारिक बिदा नयाँ आमाबाबुले बच्चा जन्मेपछि पहिलो वर्षमा नवजात शिशुसँग सम्बन्ध बनाउन र पालेको बच्चालाई आफ्ना परिवामा मिलाउनका लागि प्रयोग गर्न सक्दछन। परिवारको कुनै सदस्यको स्वास्थ्य गम्भीर अवस्थामा हुँदा वा सक्रिय सैन्य सेवामा बोलाएमा कर्मचारीहरूले भुक्तानी बिदा प्रयोग गर्न सक्दछन्।**

**नयाँ कानुन अन्तर्गत परिवारका सदस्यहरूमा पति/पत्नी, घरेलु सहयोगी, बालबालिका, आमाबाबु, हजुरबा हजुरआमा र नातिनातिनाहरू समावेश हुन्छन्।**

**कृपया हाम्रो अफिसमा जाँदा सुगन्धित उत्पादनहरू नलगाउ्नुहोस्।**

***50 बर्षभन्दा बढी WNY Independent Living, Inc. एजेन्सीहरूको परिवार प्रणाली र व्यक्तिगत परिवर्तनका लागि उत्प्रेरक भईरहेको छ रअशक्त व्यक्तिहरूका जीवनको गुणस्तर बढाइरहेको छ। यसले विविधताको सम्मान गर्दछ र हाम्रो समाजमा स्वतन्त्र जीवनको विकल्प छनौट गर्न र विकल्पहरूको प्रवर्धन गर्न सहयोग गर्दछ।***

**कार्यक्रम NYS द्वारा चार चरणहरूमा निम्नअनुसार कार्यान्वयन गरिनेछ:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **मिति** | **बिदा लिएका हप्ता** | **पुन: प्राप्त गरिएको भुक्तानी** |
| **जनवरी 1, 2018** | **8** | **50 प्रतिशत** |
| **जनवरी 1, 2019** | **10** | **55 प्रतिशत** |
| **जनवरी 1, 2020** | **10** | **60 प्रतिशत** |
| **जनवरी 1, 2021** | **12** | **67 प्रतिशत** |

**अधिकतम लाभ राज्यको औसत साप्ताहिक तलब कमाउने कर्मचारीले कार्यक्रम मार्फत प्राप्त गर्ने दरमा क्याप गरिन्छ। उदाहरणका लागि, 2021 मा पूर्ण रूपमा रोल आउट हुँदा राज्यको साप्ताहिक औसत तलबको 67 प्रतिशत लाभमा क्याप गरिन्छ। लाभ प्राप्त गरिएको रकम कर भुक्तानी गरिएको वर्षका लागि योग्य आय मानिन्छ।**

**कर्मचारीहरूले उनीहरूको तलब पूरा प्राप्त गर्न आफ्नो उपलब्ध बिदाको समय प्रयोग गर्न सक्दछन् , तथापि, यसले भुक्तान बिदा लाभलाई बेवास्ता गर्दछ।**

**यो याद गर्नु महत्वपूर्ण छ कि कुनै कर्मचारीको बिरामीका लागि बिदा भुक्तानी पारिवारिक बिदाले कभर गर्दैन। कर्मचारीहरू एकै अवधिमा PFL सुविधाहरू र बिरामी दुवैका लागि बिदा लिन सक्दैनन्।**

**जनवरी 1,2018 पछि भुक्तानी विदाका लागि दाबी दायर गर्न कृपया आवश्यक कागजी कार्यहरू प्राप्त गर्न मानव संसाधन विभागमा हेर्नुहोस्।**

**न्यू योर्क राज्य पारिवारिक भुक्तानी विदा:**

**कर्मचारीका तथ्यहरु**

**जनवरी 1, 2018 देखि सुरू गरेर पारिवारिक बिदा भुक्तान भुक्तानी समय प्रदान गर्दछ ताकि एक कर्मचारीले गर्न सक्दछ:**

* **नयाँ जन्म, अपनाएको, वा पालनपोषण गरिएको बच्चाको साथ बन्धन,**
* **गम्भीर स्वास्थ्य अवस्थाको बेला परिवारको सदस्यको हेरचाह गर्नुहोस्, वा**
* **परिवारका एक सदस्यलाई सक्रिय सैन्य कर्तव्यमा विदेशमा तैनाथ गर्दा प्रियजनहरूलाई सहयोग गर्नुहोस्।**

**अतिरिक्त संरक्षणहरू**

* **कर्मचारीहरूलाई भुक्तानी गरिएको पारिवारिक बिदाबाट फर्केर उस्तै वा तुलनात्मक काममा फर्कने अधिकार छ**
* **कर्मचारीलाई बिदामा स्वास्थ्य बीमा जारी प्रत्याभूति छन्। रोजगारदाताहरूलाई कामदारहरूले आफ्नो स्वास्थ्य बीमा किस्ता योगदानहरू भुक्तानी गर्न जारी राख्न आवश्यक हुन सक्छ।**
* **नागरिकता र आप्रवासन स्थितिले योग्यतालाई असर गर्दैन।**
* **रोजगारदाताहरूले भुक्तानी गरिएको पारिवारिक बिदाका लागि कामदारहरूलाई भेदभाव गर्न सक्दैनन्।**

**योग्यता**

* **प्रति हप्ता 20 वा त्योभन्दा अधिक घण्टाको नियमित काम गर्ने कर्मचारीहरू रोजगार सुरु गरेदेखि 26 हप्तापछि योग्य हुन्छन्।**
* **प्रति हप्ता 20 वा त्योभन्दा कम घण्टाको नियमित काम गर्ने कर्मचारीहरू रोजगार सुरु गरेदेखि 175 दिन काम गरेपछि योग्य हुन्छन्।**

**लाभहरू**

**हराएको पाठ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**हराएको पाठ**

**कसरी आवेदन गर्ने**

1. **कर्मचारीले व्यावहारिक रूपमा रोजगारदातालाई बिदाको 30 दिनअघि सूचित गर्दछ।**
2. **कर्मचारीले रोजगारदाताले दिएको निर्देशन अनुसार दावी फारम भर्दछ। दावी फारमहरू रोजगारदाता, बीमा वाहक वा ny.gov/paidfamilyleave बाट उपलब्ध हुन्छ।**
3. **कर्मचारीले बिदाका लागि समर्थन दस्तावेज प्राप्त गर्दछ (जन्म प्रमाणपत्र, सैन्य तैनाती प्रमाणपत्र, आदि)।**
4. **कर्मचारीले बीमा वाहकलाई दाबी फाराम र समर्थन गर्ने कागजातहरू बुझाउँछ वा मालिकको निर्देशन अनुसार बीमा वाहकले पूरा गरिएको दाबी प्राप्त भएको 18 दिनभित्र दाबी भुक्तानी वा अस्वीकार गर्नु पर्छ।**

**थप जानकारीको लागि, NY.GOV/PAIDFAMILYLEAVE मा जानुहोस् वा (844) 337-6303।**

नियन्त्रण गर्दै

उपभोक्ता निर्देशित व्यक्तिगत सहायता सेवाहरू

*WNY Independent Living Inc का एजेन्सीहरूका परिवारको एक सदस्य...*

3108 Main Street, Buffalo, New York 14214-1384

(716) 836-0822 (आवाज/TDD) ♦ (716) 836-0091 (फ्याक्स)

www.wnyil.org/cdpas/

प्रापक: सबै उपभोक्ता र व्यक्तिगत सहायकहरू

उपभोक्ता निर्देशित व्यक्तिगत सहायता सेवाहरू

प्रेषक: Western New York Independent Living, Inc.

मिति: जुलाई, 2013

सन्दर्भ: नियन्त्रण लिने कार्यक्रममा लागेको अधिक समय

अक्टोबर 1, 2013 बाट हामी हप्तामा 40 घण्टाभन्दा माथि कसैलाई भुक्तानी गर्न सक्दैनौँ। यसमा एक सहायक हुन्छ जसले एक उपभोक्ता/नियोक्ताका लागि काम गर्दछ साथ-साथै एक सहायक हुन्छ जसले दुई वा बढी उपभोक्ता/नियोक्ताहरूसँग काम गर्न प्रति हप्तामा 40 घण्टाको समय एकत्र गर्दछ।

यसको मुख्य कारण न्यू योर्क राज्यले न्यूनतम ज्याला दर समायोजित गरेकाले हो। ज्याला समायोजन जनवरी 1, 2014 देखि लागु हन्छ। कुनै पनि सहायकले नियन्त्रण लिने कार्यक्रमको लागि प्रति हप्तामा कुल 40 घण्टा भन्दा बढी काम गर्दछ भने ओभरटाइम भुक्तान गर्नै पर्दछ। विगतमा एजेन्सी ओभरटाइम घण्टाको लागत ढाक्नु सक्षम भएको छ। यद्यपि, यस परिवर्तनले ओभरटाइमको लागत बृद्धि गर्दछ जुन WNYIL को कभर गर्ने क्षमता भन्दा बढी हुन्छ। मेडिकेडले स्वीकृत ज्याला / दर भन्दा बढि भएको हामीलाई न्यू योर्कको स्वास्थ्य विभागद्वारा दिइएको तथा मेडिकेड वा प्रबन्धित केयर संगठनहरूमार्फत प्रतिपूर्ति गरिएको सेवा लागतहरूको प्रतिपूर्ति गर्दैन। फलस्वरूप, योसँग व्यक्तिगत सहायकहरूलाई ओभरटाइम काम गर्न अनुमति दिने कोष छैन।

टेकिङ्ग कन्ट्रोल प्रोग्रामसँग नियुक्त भएका व्यक्तिगत सहायकहरूलाई ओभरटाइम भुक्तान गर्न बढेको लागतका कारणले गर्दा ओभरटाइम घण्टाहरू (कामको हप्तामा सबै उपभोक्ताहरूको लागि कुल 40 घण्टा भन्दा बढी) अक्टुबर 1, 2013 देखि अनुमति दिइनेछैन्।

अब हामी यस कार्यक्रममा सङ्लग्न सबै व्यक्तिहरूलाई सूचित गर्दैछौ ताकी ओभरटाइम समस्याबाट जोगिनका लागि सबै उपभोक्ताहरूसँग पर्याप्त संख्यामा व्यक्तिगत सहायकहरू छन् भनी सुनिश्चित गर्न अक्टोबर 1, 2013 भन्दा अगाडिनै व्यवस्था गर्न सकियोस।

यदि तपाईं उपभोक्ता हुनुहुन्छ र तपाईंलाई आफ्नो दायित्व पूरा गर्न अतिरिक्त PA प्राप्त गर्न सहायताको आवश्यकता पर्यो भने कृपया सहयोगका लागि यस एजेन्सीलाई सम्पर्क गर्नुहोस्।

कृपया नोट गर्नुहोस् यदि तपाईं PA हुनुहुन्छ भने, तपाईंले हप्तामा काम गर्ने सीमित घण्टाहरूको संख्या कुल 40 घण्टा हुनु पर्दछ। कृपया नोट गर्नुहोस् यदि तपाईंसँग एक भन्दा बढि उपभोक्ता भएनै पनि, तपाईंलाई सबै उपभोक्ताहरूको लागि प्रति हप्तामा तिनै 40 घण्टाहरू सीमित रहनेछन्।

यी परिवर्तन हुन सक्ने कुनै असुविधाका लागि हामी क्षमा प्रार्थी छौँ।

निजी सहायकहरूको अधिकारको बिल

म बुझ्दछु कि मेरो व्यक्तिगत सहायकसँग उपभोक्ता /नियोक्ताका रूपमा मलाई दिएको योगदानको लागि बिना कटौतीको प्रति घण्टाको आफ्नो भुक्तानी व्यक्तिगत रूपमा प्राप्त गर्ने अधिकार छ।

म बुझ्दछु कि मेरा निजी सहायकले उपभोक्ता र उपभोक्ताका परिवारका सदस्यहरूबाट शिष्ट र सम्मानजनक व्यवहार पाउने अधिकार छ।

Website: www.wnyil.org

BOR 11/6/2014

नियन्त्रण गर्दै

उपभोक्ता निर्देशित व्यक्तिगत सहायता सेवाहरू

*WNY Independent Living Inc का एजेन्सीहरूका परिवारको एक सदस्य...*

3108 Main Street, Buffalo, New York 14214-1384

(716) 836-0822 (आवाज/TDD) ♦ (716) 836-0091 (फ्याक्स)

www.wnyil.org/cdpas/

**कर्मचारीका सुविधा, अधिकार तथा जिम्मेवारीहरूको प्रमाणिकरण**

म, वेस्टर्न न्युयोर्क इण्डिपेन्डन्ट लिभिंग (CDPAS) व्यक्तिगत सहायक सूचना पाना पढेको र बुझेको छ। यस पानामा तलब, बिरामी भएका दिनहरू, छुट्टीका दिनहरू साथै चिकित्सा बीमा विवरणहरू छन्। यस समयमा यो पर्चामा उल्लिखित नीतिहरूका सम्बन्धमा मसँग कुनै प्रश्नहरू छैनन्। म अझ स्वीकार गर्दछु कि मैले व्यक्तिगत सहायक अधिकार विधेयक, व्यक्तिगत सहायक उत्तरदायित्व तथा WNYIL का जिम्मेवारीहरू पढेको अनि बुझेको छु।

मेरो प्राथमिक भाषा हो

कर्मचारीको हस्ताक्षर:

मिति:

WNY1L1EBRR

4/1/2016

1. यदि त्यहाँ वस्तुमा केही समस्या छैन भने, छैन भन्ने जाँच गर्नुहोस्

2. यदि त्यहाँ वस्तुको समस्या छ भने कृपया यसलाई वर्णन गर्नुहोस् र हो जाँच गर्नुहोस्।

3. अनुपालनमा नभएको कुनै पनि सुरक्षा वस्तहरू तपाईंको पर्यवेक्षकलाई सकेसम्म चाँडो रिपोर्ट गरिनु पर्छ।

4. चेकलिस्ट 3 दिन भित्र हाम्रो कार्यालयमा मेल पठाइनु पर्छ।

|  |  |
| --- | --- |
| **वर्णन** | **सुरक्षा मुद्दा वर्णन** |
| **बाहिर: सफा / राम्रो मर्मत** |  |
| 1. के घरबाहिर निम्न कुराहरूलाई रोक्ने कुनै सुरक्षा समस्याहरू छन् जसले |  |
| तपाईंलाई सुरक्षित तरिकाले आफ्नो काम गर्नबाट रोक्न सक्छन्? |  |
| उदाहरणका लागि-सिँढी, हिंड्ने बाटो, बत्तीहरू, ऱ्याम्प, लिफ्टहरू आदि |  |
|  |  |
| **भित्र: सफा/सुक्खा/काम गर्दै** |  |
| 1. के घरमा निम्न कुराहरूमा कुनै सामान्य सुरक्षा समस्याहरू - |  |
| बाधारहित पदयात्रा, बत्ती, फाल्ने रग, डोरी, अस्तव्यस्तता, स्पेस हीटर आदि छन्? |  |
|  |  |
| 2 के बस्ने कोठामा कुनै सुरक्षा समस्याहरू छन् जसले |  |
| तपाईंलाई सुरक्षित तरिकाले आफ्नो काम गर्नबाट रोक्न सक्छन्? |  |
|  |  |
| 3. के भान्छाकोठामा कुनै सुरक्षा समस्याहरू छन् जसले |  |
| तपाईंलाई सुरक्षित तरिकाले आफ्नो काम गर्नबाट रोक्न सक्छन्? उदाहरणका लागि उपकरणहरू |  |
| अस्तव्यस्तता, खाना पकाउने र सफा गर्ने सरसमानहरू। |  |
|  |  |
| 4. के तपाईंका रोजगारदाताहरूको सुत्ने कोठामा कुनै सुरक्षा समस्याहरू छन् जसले |  |
| तपाईंलाई सुरक्षित तरिकाले आफ्नो काम गर्नबाट रोक्न सक्छन्? |  |
|  |  |
| 5. के बाथरुम कुनै सुरक्षा समस्याहरू छन् जसले |  |
| तपाईंलाई सुरक्षित तरिकाले आफ्नो काम गर्नबाट रोक्न सक्छन्? |  |
|  |  |
| 6. के भान्छाकोठामा कुनै सुरक्षा समस्याहरू छन् जसले |  |
| तपाईंलाई आफ्ना रोजगारदाताका अनुसार सुरक्षित तरिकाले आफ्नो काम गर्नबाट रोक्न सक्छन् |  |
|  | **आवश्यक परेमा उल्टोपट्टि प्रयोग गर्नुहोस्** |
| **घर वा उपकरणहरू जुन तपाईंले प्रयोग गर्नु पर्ने हुन सक्छ?** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **वर्णन** | **सुरक्षा मुद्दा वर्णन** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **सुरक्षा मुद्दा को बयान:** | **सुरक्षा मुद्दा वर्णन** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **उपभोक्ताको नाम (छाप्नुहोस्)** | **मिति:** |
|  |  |
|  |  |
| **व्यक्तिगत सहायकको हस्ताक्षर:** | **मिति:** |
|  | **मिति:** |

**सन्दर्भ # \_\_\_\_\_\_\_\_**

**WNYIL, INC. घटनाको रिपोर्ट**

यो रिपोर्ट संलग्न व्यक्तिद्वारा वा घटनामा साक्षी भएका व्यक्तिले घटनाको **24 घण्टा** भित्र **अनिवार्य रूपमा** भर्नु पर्छ। यदि एक भन्दा बढी व्यक्तिहरू संलग्न छन् भने, संलग्न प्रत्येक व्यक्तिको लागि छुट्टै रिपोर्ट पूरा गर्नुपर्नेछ। पूरा भरिएको फारम तुरून्तै कर्मचारीको पर्यवेक्षकलाई दिनु पर्ने छ जसले त्यसलाई फेरि मानव संसाधन समन्वयकलाई अग्रेषित गर्ने छन्।

|  |  |
| --- | --- |
| 1. घटनामा परेको व्यक्तिको नाम: | |
| 2. संलग्न व्यक्तिको पर्यवेक्षक: | |
| 3. घटनाको मिति: | घटनाको समय: AM PM |
| 4. सिफ्टको सुरूवात: AM PM | सिफ्टको अन्त्य: AM PM |
| 5. WNYIL सँगको सम्बन्ध: □ कर्मचारी □ स्वयंसेवक/प्रशिक्षार्थी □उपभोक्ता □ आगन्तुक | |
| 6. घटनामा परेको व्यक्तिको ठेगाना: | |
| 7. घटनामा परेको व्यक्तिको फोन # | |
| 8. साक्षी(हरू)को नाम (यदि कुनै छ भने): | |
| 9. साक्षी(हरू) को ठेगाना(हरू) र फोन नम्बर(हरू): | |
| 10. घटनाको प्रकार: □ दुरुपयोग/अवहेलना □आक्रमण / लडाई □ बङ्गिनु  □ खस्नु/चिप्लिनू □ बिमारी □ उचाल्नु  □कार दुर्घटना □ चोरी  □अन्य: | |
| 11. जीउ भाग्ट (हरू) प्रभावित: □ शिर □ अनुहार □आँखा (दायाँ वा बायाँ)  □ जीउ/पिठ्युँ □घाँटी □ हात (दायाँ वा बायाँ)  □औंलाहरू □ घुँडा (दायाँ वा बायाँ) □खुट्टा (दायाँ वा बायाँ)  □ पाखुरा (दायाँ वा बायाँ) □काँध (दायाँ वा बायाँ) □ खुट्टा (दायाँ वा बायाँ)  □ कम्मर (दायाँ वा बायाँ) □अन्य (निर्दिष्ट) □ N/A | |
| 12. घटनाको ठेगाना वा स्थान: | |
| 13. घटनालाई विस्तृत रुपमा वर्णन गर्नुहोस्: (कुनै यन्त्र, उपकरण, सामग्री, आदि समावेश गर्नुहोस् जुन घटनामा समावेश थिए।) | |

|  |
| --- |
| 14. के EMS लाई सम्पर्क गरिएको थियो? □थियो □थिएन □ लागु हुँदैन |
| 15. के पुलिस रिपोर्ट फाइल गरिएको थियो? □थियो □थिएन □ लागु हुँदैन |
| 16. सेवा प्रदायकको नाम तथा ठेगाना: |
| 17. सुधारात्मक कार्य: |
| 18. सुधारात्मक कार्य योजनाको मिति: |
| 19. संलग्न व्यक्तिको हस्ताक्षर: सही गरिएको मिति: |
| 20. पर्यवेक्षकको हस्ताक्षर: रिपोर्ट समीक्षा गरिएको मिति: |
| 21. CEO को हस्ताक्षर: रिपोर्ट समीक्षा गरिएको मिति: |
| **कार्यालयको उपयोगमा मात्र:** |
| घटनाको वर्ग: □ कर्मचारी □ व्यक्तिगत हेरचाह सहायक □ स्वयंसेवक/ परिक्षार्थी  □ सुविधा □ उपभोक्ता □ परिवहन  □ आगन्तुक |
| कार्यालयले फारम प्राप्त गर्ने मिति: |
| कार्यालयका नोटहरू: |
| HR ले फाराम प्राप्त गर्दछ मिति: |
| HR का नोटहरू: |
| □कार्यक्रम समिति □ मानव संसाधन □कर्पोरेट अनुपालन |
| हेरचाह समन्वय गर्ने एजेन्सीलाई सम्पर्क गरीयो: □ छ □ छैन □ N/A |
| यदि हो भने, सम्पर्क गरिएको मिति: |
| हेरचाह समन्वय एजेन्सी सम्पर्क जानकारी: |
| विगतका घटनाहरू: □ छ □ छैन □ N/A |
| यदि हो भने, घटनाको मिति तथा विवरण प्रदान गर्नुहोस्: |

2019-01

**समाप्तिको राजीनामा**

समाप्ति: उपभोक्ताद्वारा पूरा गर्नु पर्ने

राजीनामा: नियोक्ताद्वारा पूरा गर्नु पर्ने

कृपया हाम्रो कार्यालयमा हस्ताक्षर गरिएको फारम पाँच(5) व्यावसायिक दिनमा फिर्ता गर्नुहोस्।

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

उपभोक्ताको नाम:

व्यक्तिगत सहायकको नाम:

कामको अन्तिम मिति:

समाप्ति/राजीनामाको कारण:

(कृपया निर्णयको बारेमा तल वर्णन दिनुहोस्)

सहायककोहस्ताक्षर

मनोनीत प्रतिनिधिको हस्ताक्षर

मिति:

WNY1L

3/14

**नियन्त्रण लिँदै - CDPAS**

**व्यक्तिगत सहयोग अभिमुखिकरण चेकलिस्ट**

|  |  |
| --- | --- |
| **मैले अभिमुखिकरण प्राप्त गरेको छु र निम्न नीति, अभ्यास तथा प्रक्रियाहरू बुझ्दछु:** | **व्यक्तिगत सहायकको**  **हस्ताक्षर** |
| 1. मैले बुझ्दछु कि मेरो मुख्य उत्तरदायित्त्व भनेको मैले काम गर्दै गरेका उपभोक्ता/रोजगारदातालाई व्यक्तिगत मद्दत पुर्‍याउनु हो। |  |
| 2. म यो पनि बुझ्दछु कि काम शुरू *गर्नु* अघि मैले गर्नुपर्ने ती कार्यहरू आफ्ना उपभोक्ता/नियोक्तासँग स्पष्ट रूपमा चिन्नु पर्दछ। |  |
| 3. म केयर योजनाले निर्दिष्ट गरेका समय-सीमाका लागि मात्र काम गर्नेछु; यदि त्यहाँ एकै उपभोक्ता/रोजगारदाताका लागि धेरै व्यक्तिगत सहायकहरूले काम गरिरहेका भए, म केवल मेरा उपभोक्ता/रोजगारदाताले मलाई प्रदान गरेका समय-सीमाका लागि मात्र काम गर्नेछु। हेरचाह योजनामा उल्लेख गरेको भन्दा बाहिर वा माथि प्रति दिन वा प्रति हप्ता मैले गरेका मेरा कामका समयको लागि मलाई प्रतिपूर्ति दिने जिम्मेवारी मेरा उपभोक्ता/नियोक्ताको हुनेछ। |  |
| 4. मेरो उपभोक्ता/रोजगारदाता सम्बन्धी *सबै* कुराहरूलाई गोप्य राख्नका लागि म सहमत छु। |  |
| 5. म WNYIL लाई एक *वार्षिक* भौतिक र PPD प्रदान गर्नेछु र मेरो बाँकी मितिभन्दा बाहिर काम गर्न सहमत छुइन। म बुझ्दछु यदि मसँग WNYIL वा मेडिकैड कार्ड मार्फत बीमा छैन भने, म यस वार्षिक शारीरिक र PPD को लागि WNYIL को प्राधिकरणसँगको कुनै नि: शुल्क क्लिनिक जान हकदार हुन्छु। |  |
| 6. मैले अधिकारहरूका विधेयकको एउटा प्रतिलिपि प्राप्त गरेको छु। |  |
| 7. म बुझ्छु कि मेरो उपभोक्ता/नियोक्ताको लागि म काम सुरु गर्न सक्दिन जबसम्म मेरो आपराधिक पृष्ठभूमि-जाँच सहितका मेरा सबै कागजातहरू WNYIL, का फाईलमा राखिदैनन्, । मेरो कागजाती कार्य पूरा भए पछि एकपटक नियन्त्रण लिने कर्मचारी सदस्यले म साथै मेरा उपभोक्ता/नियोक्तालाई सम्पर्क गर्नेछु |  |
| 8. मेरो रोजगारीका विषयमा केही प्रश्न वा समस्याहरू भएमा, म WNYIL लाई सम्पर्क गर्नेछु |  |
| 9. आफ्ना उपभोक्ता / नियोक्ताका लागि काम सुरु गरेपछि म यो बुझ्दैछु कि WNYIL एक वित्तीय मध्यस्थ हो। म लेखा विभागमा सम्पर्क गर्नेछु (अतिरिक्त)। 119,106,141) मेरा भुक्तानी सम्बन्धीत कुनै पनि वा सबै समस्याहरूका लागि। |  |
| 10. मेरा रोजगारीका सबै क्षेत्रहरुमा म बुझ्छु मेरो उपभोक्ता मेरा लागि प्रत्यक्ष नियोक्ता हुन। |  |
| 11. मैले क्विजको साथमा ट्याकिंग कन्ट्रोल ब्याक सेफ्टी भिडियोको अवलोकन पूरा गरेको छु। |  |
| 12. मैले बुझेको छु कि मैले समयमै काम गर्नका लागि रिपोर्ट गर्नुपर्दछ। |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 13. काम गर्न असमर्थ हुन्छु भन्ने लाग्ने वितिक्कै वा निर्धारित समय भन्दा कम्पतिमा पनि एक घण्टा पहिलानै मैले मेरो नियोक्तालाई सम्पर्क गर्नेछु,ताकि मेरो नियोक्ताले उनीहरूको हेरचाहको लागि अन्य प्रबन्धनहरू गर्न सकुन। |  |
| 14. मैले बुझेको छु कि कुनै छुट्टी (टाइम अफ्फ) का लागि गरिएको अनुरोध, बिदा समय, अपोइन्टमेन्टहरू आदि अनुरोध गर्नु भन्दा 2 हप्ता अगाडिनै गरिएको हुनुपर्दछ। |  |
| 15. मैले मेरा नियोक्ताको घर, सम्पत्ती र जीवनशैली साथै व्यक्तिगत छनौटहरूको सम्मान गर्नेछु। |  |
| 16. मलाई घरको सुरक्षाको बारेमा निर्देशन दिइएको छ, मलाई यो पनि थाहा छ कि यदि कुनै पनि समयमा कामको वातावरण या त मेरो उपभोक्ता /नियोक्ता वा आफैंका लागि असुरक्षित बन्यो भने म तुरून्तै WNYIL लाई रिपोर्ट गर्नेछु। मैले घर सुरक्षा चेकलिस्ट भरेर 3 व्यापारिक दिनहरू भित्र WNYIL लाई फर्काउँनेछु। |  |
| 17. मलाई मेरो उपभोक्ता / नियोक्तासँग काम गर्दा हुने दुर्घटना वा घटनालाई चौबीस (24) घण्टा भित्र कसरी रिपोर्ट गर्नेबारे निर्देशन दिइयो। |  |

02/08/2018 सम्पादन गरियो

माथिका बयानहरू कुनै टेकिंग कन्ट्रोल कर्मचारी सदस्यले मसँग समिक्षा गरेका हुन्।

व्यक्तिगत सहायक मिति

नियन्त्रण लिने कर्मचारी सदस्य मिति

2

नियन्त्रण गर्दै

उपभोक्ता निर्देशित व्यक्तिगत सहायता सेवाहरू

*WNY Independent Living Inc का एजेन्सीहरूका परिवारको एक सदस्य...*

3108 Main Street, Buffalo, New York 14214-1384

(716) 836-0822 (आवाज/TDD) ♦ (716) 836-0091 (फ्याक्स)

www.wnyil.org/cdpas/

**पछाडि चोटपटकको रोकथामको लागि DVD सुरक्षा भिडियो**

म, पछाडि चोटपटकको रोकथामको बारेमा नियन्त्रणको भिडीयो हेर्ने काम सम्पन्न भयो र बुझ्नुहोस् कि जब म मेरो उपभोक्ता / नियोक्तासँग काम गर्दैछु भने शारीरिक चोटबाट बचाउन म सबै आवश्यक सुरक्षा चरणहरूको अभ्यास गर्नेछु।

नाम छाप्नुहोस

व्यक्तिगत सहायकको (हस्ताक्षर) मिति

WNYIL

*211/14.*

**क्विज**

**"पछाडिका लागि सुरक्षा"**

**नाम: मिति:**

1. कशेरुका बीच ''कुशन” भनेको के हो?

\_\_\_ फ्लान्जहरू

\_\_\_ डिस्कहरू

\_\_\_मेटाकार्पल्स

2. हाम्रो मेरुदण्डको स्वस्थ आकार कुन 'अक्षर' जस्तो देखिन्छ?

\_\_\_ “L”

\_\_\_ “I”

\_\_\_ "S"

\_\_\_ "J"

3. सही वा गलत... बस्नुू भनेको हाम्रो शरीरमा हुन सक्ने एउटा धेरै तनावपूर्ण स्थिति हो?

\_\_\_सही

\_\_\_गलत

4. तपाईंको कामका लागि तपाईंलाई लामो समयका लागि एक ठाउँमा उभिन आवश्यक छ भने, तपाईंले ...

\_\_\_ अलि कुप्रो पर्नुहोस्।

\_\_\_ एक खुट्टालाई समर्थनमा राख्नुहोस् जुन जमिनबाट केही इन्च जति छ, खुट्टा स्विच गर्नुहोस् जुन हरेक आधा घण्टा वा सोभन्दा माथि उठेको हुन्छ।

\_\_\_दुवै खुट्टा भुइँमा तेर्साएर्, तपाईंको "काँध-को चौडाइ" बराबर तपाईंका खुट्टा फैलाएर राख्नुहोस।

5. तपाईं सुत्नको लागि तलको पछाडीको प्राकृतिक S -वक्रलाई कायम राख्न मद्दत गर्नको लागि यी मध्ये कुन तरिका छ?

\_\_\_ तपाईंका खुट्टा तन्काएर डडाल्नोलाई अढेसा दिएर सुत्नुहोस्।

\_\_\_ खुट्टा खुम्च्याएर कोल्टे सुत्नुहोस्।

\_\_\_ एक नरम, गद्दा मा सुत्न।

6. सही वा गलत... कुनै वस्तु बोक्दा, पहिले कम्मरमा घुमाउनुहोस् र त्यसो भए तपाईंको खुट्टा पछ्याउनुहुन्छ?

\_\_\_सही

\_\_\_गलत

SMK-043

क्विज उत्तरहरू

1. कशेरुका बीच '' कुशन '\* भनेको के हो?

**डिस्कहरू**

2. हाम्रो मेरुदण्डको लागि स्वस्थ आकार कस्तो 'अक्षर' 'जस्तो देखिन्छ?

**"S"**

3. सही वा गलत ... सिटिंग भनेको हाम्रो शरीरमा हुन सक्ने सबैभन्दा तनावपूर्ण स्थितिहरू मध्ये एक हो?

**सही**

4. यदि तपाइँको कामको लागि तपाइँलाई लामो समयको लागि एक ठाउँमा उभिन आवश्यक छ भने, तपाइँले .

**एक खुट्टालाई समर्थनमा राख्नुहोस् जुन जमिनबाट केही ईन्च जति छ, खुट्टा स्विच गर्नुहोस् जुन हरेक आधा घण्टा वा सोभन्दा माथि उठेको हुन्छ।**

5. तपाईं सुत्नको लागि तलको पछाडीको प्राकृतिक S -वक्रलाई कायम राख्न मद्दत गर्नको लागि यी मध्ये कुन तरिका छ?

**खुट्टा खुम्च्याएर कोल्टे सुत्नुहोस्।**

6. सही वा गलत... कुनै वस्तु बोक्दा, पहिले कम्मरमा घुमाउनुहोस् र त्यसो भए तपाईंको खुट्टा पछ्याउनुहुन्छ?

**गलत**

**नियन्त्रण CDPAS अभिविन्यास सर्वेक्षण लिँदै**

आज मैले यसका साथ काम गरेँ: मिति:

**अभिमुखीकरण प्रशिक्षकको नाम**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WNY स्वतन्त्र बैठकमा तपाईंको अनुभव हाम्रो सफलताको मापन हो। कृपया तल प्रत्येक बयानको लागि हो वा होइनमा चिन्ह लगाएर यो सर्वेक्षण पूरा गर्नुहोस्।** | | **जाँच गर्नुहोस्** | |
| **अभिमुखीकरण** | | **हो** | **होइन** |
| **समयमा** | **म आवश्यक मितिमा अभिविन्यासको लागि एक नियुक्ति प्राप्त गर्न सक्षम भएँ** |  |  |
| **व्यवस्थित** | **सामग्री संगठित र अनुसरण गर्न सजिलो थियो** |  |  |
| **कार्यकुशल** | **अभिमुखीकरणको समय पर्याप्त लामो थियो** |  |  |
| **समायोजित** | **कार्यालय यस प्रशिक्षणका लागि उपयुक्त थियो** |  |  |
| **विचारशील** | **कार्यालयका स्वागत कक्षका कर्मचारी भद्र र विनम्र थिए** |  |  |
|  | | | |
| **प्रशिक्षक** | | **हो** | **होइन** |
|  | **प्रशिक्षक हुनुहुन्थ्यो:** |  |  |
| **व्यवस्थित** | **राम्रो गरी तयार भएको** |  |  |
| **चौकस** | **कुनै पनि र सबै प्रश्नहरू प्राप्त गर्नका लागि खोल्नुहोस्** |  |  |
| **व्यावसायिक** | **जानकार र सबै प्रश्नहरूको जवाफ दिन सक्षम** |  |  |
| **साहसी** | **साहसी र विनम्र** |  |  |
|  |  |  |  |

**नाम (वैकल्पिक):**

**सम्पर्क जानकारी (इमेल/फोन):**

प्रत्येक महिना हामी हाम्रो ग्राहक सन्तुष्टि बक्सबाट एक कार्ड लिनेछौँ र जसको कार्ड फेला पर्छ उसले एक स्थानीय रेस्टुरेन्ट, व्यवसायिक संगठन वा स्टोरका लागि $25 उपहार र प्रमाणपत्र प्राप्त गर्ने छ। यसैले कृपया कार्डहरू भर्नुहोस् र हामीलाई हाम्रो कार्यबारे थाहा दिनुहोस्। धन्यवाद।

**CDPAS नियन्त्रण कार्यक्रमको निर्देशक:** *हस्ताक्षर*

Joyce Christopher

**2019 भुक्तानीको तालिका**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **भुक्तानीको मिति** |  | **भुक्तानीको अवधि** | | |
| **12/21/18** |  | **11/25/18** | **-** | **12/08/18** |
| **01/04/19** |  | **12/09/18** | **-** | **12/22/18** |
| **01/18/19** |  | **12/23/18** | **-** | **01/05/19** |
| **02/01/19** |  | **01/06/19** | **-** | **01/19/19** |
| **02/15/19** |  | **01/20/19** | **-** | **02/02/19** |
| **03/01/19** |  | **02/03/19** | **-** | **02/16/19** |
| **03/15/19** |  | **02/17/19** | **-** | **03/02/19** |
| **03/29/19** |  | **03/03/19** | **-** | **03/16/19** |
| **04/12/19** |  | **03/17/19** | **-** | **03/30/19** |
| **04/26/19** |  | **03/31/19** | **-** | **04/13/19** |
| **05/10/19** |  | **04/14/19** | **-** | **04/27/19** |
| **05/24/19** |  | **04/28/19** | **-** | **05/11/19** |
| **06/07/19** |  | **05/12/19** | **-** | **05/25/19** |
| **06/21/19** |  | **05/26/19** | **-** | **06/08/19** |
| **07/05/19** |  | **06/09/19** | **-** | **06/22/19** |
| **07/19/19** |  | **06/23/19** | **-** | **07/06/19** |
| **08/02/19** |  | **07/07/19** | **-** | **07/20/19** |
| **08/16/19** |  | **07/21/19** | **-** | **08/03/19** |
| **08/30/19** |  | **08/04/19** | **-** | **08/17/19** |
| **09/13/19** |  | **08/18/19** | **-** | **08/31/19** |
| **09/27/19** |  | **09/01/19** | **-** | **09/14/19** |
| **10/11/19** |  | **09/15/19** | **-** | **09/28/19** |
| **10/25/19** |  | **09/29/19** | **-** | **10/12/19** |
| **11/08/19** |  | **10/13/19** | **-** | **10/26/19** |
| **11/22/19** |  | **10/27/19** | **-** | **11/09/19** |
| **12/06/19** |  | **11/10/19** | **-** | **11/23/19** |
| **12/20/19** |  | **11/24/19** | **-** | **12/07/19** |
| **01/03/20** |  | **12/08/19** | **-** | **12/21/19** |

**Western New York Independent Living**

716-836-0105 Family of Agencies Fax:716-836-0091

**3108 Main Street, Buffalo, NY 14214**

**नियन्त्रण लिदै**

**\*\*\* व्यक्तिगत सहयोगी द्वारा पूर्ण गरनू परने \*\*\***

नाम: जन्म मिति (DOB):

ठेगाना:

हस्ताक्षर: मिति:

**\*\* छिकित्सकद्वारा पूर्ण\*\***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **उमेर** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **उचाई** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **तौल** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **श्‍वास प्रश्‍वास दर** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **नाडी** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **रक्तचाप** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

व्यक्तिगत सहयोगीको कर्तव्य निर्वाह गर्ने क्षमता छ? छ\_\_\_\_\_ छैन\_\_\_\_\_

उचाल्नका लागि (लागू वजनको जाँच गर्नुहोस्):

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **10lbs भन्दा कम** |  | **10-501bs** |  | **50-1001bs** |  | **I00lbs भन्दा ठूलो** |

**खोपहरू/जांच (यदि लागू छ भने)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **PPD छाला परीक्षण प्रशासन** | | | प्रशासक मिति: |  | | प्रशासक समय: |  | | उत्पादक: |  | | धेरै#: |  | | म्याद समाप्त हुने मिति: |  | | साइट: बायाँ/दायाँ: |  | | प्रदायकको नाम: |  | | प्रदायकको हस्ताक्षर: |  | | **PPD छाला परीक्षणको माप** | | | परीक्षणको मिति: |  | | परीक्षणको समय |  | | परिणाम: सकारात्मक/नकारात्मक |  | | mm इन्ड्युरेसन |  | | प्रदायकको नाम |  | | प्रदायकको हस्ताक्षर: |  | | □ MD □ NP □ PA □ RN |  |   छातीको एक्स-रे आवश्यक छ? छ □ छैन□  PPD स्क्रीनिङ? (सकारात्मक छाला परीक्षण +छातीको नकारात्मक एक्स-रे   हो □ होइन □  *कृपया फ्याक्स*  गारिदिनुहोस् *(716) 836-0091* | |  |  | | --- | --- | | **MMR बूस्टर / खोप प्रदान गरिएको (यदि लागू छ भने)** | | | दिएको मिति: |  | | धेरै #: |  | | प्रदायकको नाम |  | | प्रदायकको हस्ताक्षर: |  | | **MMR Titer (यदि लागू छ भने)** | | | दिएको मिति: |  | | परिणामहरू |  | | प्रदायकको नाम |  | | प्रदायकको हस्ताक्षर: |  |   \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*  चिकित्सकको हस्ताक्षर:  मिति:  फोन:   |  | | --- | | **प्रमाणिकरणका लागि चिकित्सकको स्ट्याम्प हुनु पर्छ** | |

WNYIL Inc. सँग कर्मचारीको अनुपालनको पुष्टि।

WNYIL Inc. साङ्गठनिक अनुपालन योजना

नीति तथा प्रक्रिया अनि आचार संहिता

म पुष्टि गर्दछु कि मैले WNYIL Inc. पढेको र बुझेको छु। कर्पोरेट अनुपालन योजना ( लगायत तर जालसाजी तथा दुरुपयोग नीतिको सीमा बाहिर) आचार संहिता, तथा संघीय र राज्य कानूनको आवेदनको बारेमा शिक्षा र प्रशिक्षण प्राप्त गरेको ( लगायत तर योजनाका लागि प्रदर्शित बी मा सारांशित कानूनहरुका सीमा बाहिर) ), साथ-साथै WNYIL Inc. को एक कर्मचारीको रूपमा मेरो क्षमतामा मेरा गतिविधिहरूसँग सम्बन्धित व्यवसाय अभ्यासहरूको नैतिक मापदण्डहरूको व्याख्या।

म कर्पोरेट अनुपालन नीति तथा आचार संहिताको पूर्ण अनुपालनमा कार्य गर्न आफ्नो अभिप्राय प्रमाणित गर्छु। म बुझ्छु कि आवश्यक परेमा, म उपयुक्त सुपरवाइजर अनि / अथवा मुख्य अनुपालन अधिकारीबाट मैले अनुपालन नीति तथा आचार संहिता अनुपालनको पालन गर्न आवश्यक पर्ने उपयुक्त कार्यहरूको बारेमा सल्लाह लिन सक्नेछु।

मिति

हस्ताक्षर

नाम (छापिएको)

शीर्षक वा क्षमता PCA

विभाग/सुविधा CDPAS

CDPA-7/1/19

**WESTERN NEW YORK INDEPENDENT LIVING, INC।**

**कर्पोरेट अनुमोदन योजना**

**2008-2009**

**(संशोधित 6/2019)**

**प्रमुख मानव संसाधन र अनुपालन अधिकारी**

Tina Brown

(716) 836-0822, ext. 102

tbrown@wnyil.org

यो कागजात पश्चिमी न्यू योर्क स्वतन्त्र बसोबास पूर्ण कर्पोरेट अनुपालन योजनाको एक संक्षिप्त संस्करण हो। टेकिङ्ग कन्ट्रोल (CDPAP) कार्यक्रममा भाग लिने उपभोक्ता र व्यक्तिगत सहयोगीहरुलाई ध्यानमा राखेर यसलाई सुव्यवस्थित गरिएको छ। न्यूयोर्क राज्य र संघीय मेडिकेड कोषहरूद्वारा अनुदान प्राप्त गरेका कार्यक्रम/सेवाहरूद्वारा लाभान्वित भएका वा भुक्तान गरिएका व्याक्तिका रूपमा तपाईंलाई WNYIL साथै तपाईंको अधिकार र जिम्मेवारीहरू बुझ्नको लागि मद्दत पुर्याउर्नु यसको लक्ष्य हो। हाम्रो योजनाको पूर्ण कागजीय संस्करण हाम्रा कुनै पनि कार्यालयबाट मगाउँन सकिन्छ वा तपाईंले एजेन्सीको अनुपालन योजनाको पूर्ण संस्करण www.wnyil.org मा पाउन सक्नुहुनेछ।

**I. WESTERN NEW YORK INDEPENDENT LIVING, INC. को लक्ष्य र उद्देश्य (WNYIL Inc.)**

**A. दृश्य कथन**

वेस्टर्न न्यू योर्क इण्डिपेन्डेन्ट लिभिंग, इंक एजेन्सीहरूको परिवार प्रणाली तथा व्यक्तिगत परिवर्तनका लागि, विविधताको सम्मान गर्दै अनि हाम्रो समाजमा स्वतन्त्र जीवनका लागि विकल्पहरूको प्रवर्धन तथा विकल्प छनौट गर्दै, अशक्त व्यक्तिहरूको जीवनको गुणस्तर बढाउने एक उत्प्रेरक हो।

**B. उद्देश्य**

वेस्टर्न न्यू योर्क इन्डिपेन्डेन्ट लिभिंग, ईन्क, एजेन्सीहरूको परिवार, एक बहुसांस्कृतिक, आधारभूत, साथीहरूका निम्ति निर्दिष्ट, नागरिक अधिकार संगठन हो जसले समग्र विकलाङ्गता भएका व्यक्तिहरूका लागि जीवनको गुणस्तर बढाउन धेरै प्रकारका सहयोग, कार्यक्रम तथा सेवाहरू प्रदान गर्दछ। WNYIL Inc. बोर्डका निदेशक तथा परिषदहरूको, मानसिक स्वास्थ्य सहकर्मी जडान, इन्डिपेन्डेन्ट लिभिङ्ग अफ नियाग्रा काउन्टी, तथा इन्डिपेन्डेन्ट लिभिङ्ग अफ जेनिसी रिजनका धेरै जसो अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरू समावेश भएका उनीहरूका कर्मचारी तथा स्वयंसेवकहरूले, छनौट, स्वतन्त्रता र समुदायिक सहभागिताका अवसरहरू सिर्जना गर्दै व्यावसायिक र

कार्यकुशल संगठनहरू सञ्चालन गर्दछन। शारीरिक र मनोवैज्ञानिक अवरोधहरू हटाउन साथै हाम्रो समुदायमा यातायात र सञ्चार पहुँचको सुविधा पुर्‍याउन। WNYIL Inc. ले अशक्तता भएका व्यक्तिहरूलाई सूचना र रेफरल, स्वतन्त्र जीवन कौशल, व्यक्तिगत तथा प्रणाली वकालत, साथीहरूको परामर्श, वकालत सशक्तीकरण कार्यक्रम, स्वयं सहयोग, नेतृत्व विकास, परिवारहरूलाई समर्थन र समुदाय शिक्षा अनि साझेदारीको मार्फत उनिहरूका जीवनको छनौट महसुस गर्न सहयोग गर्दछ।

**C. समान पहुँचको पुष्टि**

वेस्टर्न न्यू योर्क इन्डिपेन्डेन्ट लिभिंग, इंकले, सार्वजनिक होस वा निजी लगानीबाट होस् WNYIL Inc. का सेवा, कार्यक्रम, गतिविधि, स्रोत तथा सुविधाहरूलाई संचार र शारीरिक पहुँच दुबैमा उनीहरूको महत्वपूर्ण अशक्ततालाई ध्यान नदिईकन सबै व्यक्तिहरूको लागि समान पहुँच सुनिश्चित गर्दछ।

**D. आत्म-निर्देशनको बयान**

वेस्टर्न न्यू योर्क इण्डिपेन्डन्ट लिभिंग, इंकले अशक्तता भएका व्यक्तिहरूलाई अधिक स्वतन्त्रता र आफ्नो जीवनमा नियन्त्रणको अभ्यास गर्न सहयोग गर्नु पर्दछ। त्त्यसकारण, जति सम्भव हुन्छ, सेवाहरू प्राप्त गर्ने व्यक्तिहरूले आवश्यक सेवाहरू पहिचान गर्न साथै यी सेवाहरूको डेलिभरीका लागि महत्वपूर्ण भूमिका खेल्न सक्नु पर्दछ।

द्वारा उपभोक्ताहरूलाई स्वनिर्देशन गर्न प्रोत्साहित गरिनेछ:

1. आफ्नै लक्ष्यहरूको विकास गर्दै।

2. तिनीहरूको आफ्नै क्षमताहरूको प्रयोग गरेर सेवाहरूको वितरण निर्देशन गर्दै।

3. सबै समयमा, उपभोक्ताहरूले आत्म वकालत अनुभव गरिरहनु पर्छ।

4. WNYIL Inc. कर्मचारीहरले आफ्ना उपभोक्ताहरूमा आफ्नै न्याय थोपर्ने छैनन्।

**E. सहकर्मी संघहरूको घोषणा**

Western New York Independent Living, Inc. Western New York Independent Living, Inc.ले विशेष असक्षमता भएका व्यक्तिलाई सेवा प्रदान गर्ने क्रममा साथीहरूको अनुकरणी व्यक्तिहरू र सम्बन्धहरूको विकासलाई सहयोग पुर्‍याउँछ। निर्देशकहरुका परिषदमा सदस्यता लिएर, स्वयम्सेवकहरूलाई नियुक्त गरेर, साथै कर्मचारीहरूको भर्ती र पदोन्नतीका माध्यमबाट सबै WNYIL, Inc. गतिविधिहरूको WNYIL, Inc. लाई आवश्यक सहयोगी निर्देशन प्रदान गर्न यो यो प्रयत्न पूरा गर्न सकिन्छ।

**II. कर्पोरेट समितिका योजनाको उद्देश्य**

**A. परिचय**

यो कर्पोरेट अनुपालन योजनाको उद्देश्य WNYIL Inc. ले समुदायमा अक्षमता भएका व्यक्तिको जीवन सुधार गरी राम्रो पहुँच र लागत प्रभावी, गुणस्तरीय सेवाहरू सुसंगत ढङ्गले प्रदान गर्दै साथै WNYIL इंक को उद्देश्य र मिशनसँग मिल्दो साथै माथि सारांश गरिए बमोजिम वा अन्यथा यसका निर्देशक परिषदले निर्धारित गरे अनुसार समुदायमा आफ्नो सकारात्मक प्रतिष्ठा र प्रभाव कायम राख्न सुनिश्चित गर्नु हो।

WNYIL Inc. ले जो कोही पनि संगठनसँग सम्बन्धितलाई उच्च मापदण्डमा राखद्छ। यी लक्ष्यहरू प्राप्त गर्न हाम्रो प्रयासहरूमा, WNYIL Inc. ले यस कर्पोरेट अनुपालन योजना स्थापना गरेको हो।

**B. उद्देश्य**

WNYIL Inc. का मुख्य मानव संसाधन र अनुपालन अधिकारी (CHRCO) ले कर्मचारी, उपभोक्ता, एजेन्ट र WNYIL इंक का प्रतिनिधिहरुलाई सहयोग र सल्लाह दिएर यो लक्ष्य हासिल गर्नेछ र यो सुनिश्चित गर्न मद्दत गर्नेछ कि WNYIL Inc. लागू संघीय, राज्य र स्थानीय कानून पालन गर्दछ। यस क्षमतामा, अनुपालन सम्बन्धित उपयुक्त कानून, विनियम, नीति तथा प्रक्रियाहरूका बारेमा कर्मचारी, उपभोक्ता, एजेन्ट तथा प्रतिनिधिहरूलाई तालिम र प्रशिक्षण प्रदान गर्ने स्पष्ट दिशा निर्देशनहरू प्रदान गर्न CHRCO प्रतिवद्ध छ।

CHRCO ले निम्न प्रयास गर्ने छ:

1. कर्मचारी, एजेन्ट, उपभोक्ता र प्रतिनिधिहरूलाई एकताका साथै गतिविधिहरू संचालन गर्न तथा सबै लागू कानून, नियमहरू र WNYIL Inc का नीति र प्रक्रियाहरूको पालना गर्दै साथै CHRCO लाई गैर-अनुपालनका घटनाहरू रिपोर्ट गर्न प्रोत्साहना दिने संस्कृतिको प्रचार गर्नुहोस्।

2. अधिकारी, निर्देशक, परिषद सदस्य, कर्मचारी, एजेन्ट, उपभोक्ता तथा WNYIL Inc. का प्रतिनिधिहरूलाई विशेष व्यापार प्रचलनहरूको कानूनी जोखिमको बारेमा शिक्षा दिनुहोस्;

3. WNYIL Inc. लाई प्रोत्साहित गर्नुहोस्। व्यवसथापकहरूले व्यावहारिक अभ्यासका बारेमा उचित सल्लाह लिने साथै WNYIL Inc.का कर्मचारीहरूको लागि आचारणको नैतिक मापदण्ड तथा कानुनका आवश्यकताहरू भित्र ती गतिविधिहरू सञ्चालन गर्ने; तथा, संघीय सजाय दिशानिर्देशहरूसँग पालना सुरक्षित गर्नु पर्दछ।

कर्पोरेट अनुपालन भनेको नियामक जोखिम क्षेत्रहरू पहिचान गर्ने अनि गैर-अनुपालनको जोखिम कम गर्नमा मद्दत पुर्याउने साझेदारी हो। WNYIL Inc. का कर्मचारीहरुलाई अशक्तता भएका मानिसहरूका लागि कार्यक्रम र सेवाहरूको प्रावधानमा, अन्तस्करण र मानव आवश्यकताका मुद्दाहरूको पक्षमा वकालत गर्न; स्वतन्त्र जीवनको संरक्षण र शक्तिमा योगदान दिनका लागि निगमसँग समर्पित हुन अपेक्षा गरिन्छ साथै WNYIL Inc. का मान्यताहरू साझा गर्ने अरुहरुसँग सहकार्य तथा नेटवर्क गर्न सिर्जनात्मक नेतृत्व र वित्तीय उत्तरदायित्वको उच्च स्तर सुनिश्चित गर्नका लागि लगनशील, ईमानदार तथा विवेकी ढङ्गले कार्य गर्न अपेक्षा गरिन्छ।

**III. WNYIL** को कर्पोरेट अनुपालनको योजना

**सिद्धान्त तत्वहरू**

कर्पोरेट अनुपालन योजनामा OMIG तथा OIG द्वारा आवश्यक निम्न आठ सिद्धान्त तत्वहरू समावेश हुनेछन्:

**A. तत्व#1: लिखित नीति र प्रक्रियाहरू**

यो कागजातले पूर्ण रूपमा परिशिष्ट ए, बी र सी साथै WNYIL को अनुपालन म्यानुअल लगायत, WNYIL का लिखित नीति र प्रक्रियाहरूका रूपमा काम गर्दछ।

**B. तत्व#2: एक नियोजित कर्मचारीसँग योजनाको निरीक्षण गर्नका लागि उत्तरदायिता र आवश्यक तत्वहरू हुन आवश्यक छ।**

**1. जिम्मेवार अफिसर**

WNYIL Inc Tina Brown लाई Chief Human Resource and Compliance Officer (CHRCO) का रूपमा तोकेको छ. CHRCOले सिंधै CEO लाई रिपोर्ट गर्द्छ र निर्देशकहरूका परिषदलाई जवाफदेही हुन्छ। कर्पोरेट अनुपालन योजनाको समग्र कार्यान्वयन तथा सञ्चालनका लागि यो व्यक्ति उत्तरदायी छ।

**2. अन्य जिम्मेवार व्यक्तिहरू**

1. कर्पोरेट अनुपालनको समिति: कर्पोरेट अनुपालन समिति CHRCO को अध्यक्षतामा रहेको छ। यसमा निर्देशहरूका परिषदका सदस्यहरू, समुदायबाट चुनिएका व्यक्तिहरू, WNYIL का CEO तथा अनुपालन अडिट टोलीका चयनित सदस्यहरू हुन्छन्।

2. अनुपालन लेखा परीक्षण टोली: अनुपालन लेखापरीक्षण टोलीसँग आन्तरिक लेखा परीक्षण प्रक्रिया कार्यान्वयनमा CHRCO लाई सहयोग पुर्‍याउने जिम्मेवारी हुनेछ। अडिटहरू WNYIL Inc. तथा कोष स्रोतहरूको आवश्यकता अनुसार पर्ने मापदण्डहरू तथा समानरुपमा सञ्चालन गरिएको छ भनी सुनिश्चित गर्नका लागि यो अडिट प्रोटोकलहरू समीक्षा तथा अद्यावधिक गर्नका लागि उत्तरदायी हुनेछ।

3. कानूनी प्रतिनिधि; CHRCO ले अनुपालन योजनाको विकास र कार्यान्वयनमा बाहिरी कानुनी परामर्शमा मिलेर काम गर्नेछ।

**C. तत्व 3: कर्मचारी तथा अन्यहरूलाई उनीहरूका जिम्मेवारीहरूका बारेमा सचेत गराउन शिक्षा तथा प्रशिक्षण कार्यक्रमहरू**

WNYIL Inc. को कर्पोरेट अनुपालन योजनाको पालना सुनिश्चित गर्न शिक्षा, प्रशिक्षण तथा सञ्चार कार्यक्रमहरूको विकास र कार्यान्वयनको निरीक्षण गर्न CHRCO को सामान्य जिम्मेवारी हुनेछ। निर्देशक, अधिकारी, परिषदका सदस्य, कर्मचारी, उपभोक्ता, एजेन्ट तथा प्रतिनिधिहरू।

**D. तत्व#4: कर्पोरेट अनुपालन रिपोर्टिङ्ग**

CHRCO को सामान्य निर्देशन अन्तर्गत WNYIL Inc. तथा प्रत्येक विभाग निर्देशकले WNYIL Inc. को नैतिकता र कानुनी पालना नीति र प्रक्रियाहरू सम्बन्धी शिक्षा र मार्गनिर्देशन प्रदान गर्न र व्यावसायिक मुद्दाहरूको रिपोर्टिंग र छानविनको लागि प्रक्रियाहरू कार्यान्वयन गर्नेछन्।

1. नैतिक तथा कानुनी आचरणको लागि मानदण्डको कुनै उल्लंघन वा शंकास्पद उल्लङ्घनको बारेमा प्रत्येक कर्मचारीको समय समयमा आफ्नो सुपरवाइजरलाई सूचना दिनुपर्ने दायित्व हुन्छ। वैकल्पिक रूपमा, कर्मचारीले भाग IX को धोखाधडी र दुर्व्यवहार अनुपालन नीति, अनुच्छेद C, कर्मचारी सहभागिता तथा रिपोर्टिंग अन्तर्गतको रिपोर्टिंग प्रक्रिया पालन गर्न सक्दछ।

2. व्यक्तिहरूलाई सूचित गरिनेछ केही उदाहरणहरूमा, शङ्कास्पद उल्ल्ङ्घन रिपोर्ट गर्न असफल भएमा आफैलाई अनुशासनिक वा अन्य कारवाहीको लागि आधार हुन सक्छ।

3. केही नीति र प्रक्रियाहरूका बारेमा सल्लाह दिन चाहने वा कानून वा लागू WNYIL Inc.का नीति तथा प्रक्रियाहरूको वास्तविक वा कथित उल्लङ्घनको रिपोर्ट दिन चाहनेहरू सबैलाई टोल फ्री टेलिफोन नम्बर (866) 576-8042 उपलब्ध छ।

4. उनिहरूका कार्यहरूले कानून वा स्थापित मापदण्डको उल्लंघन गरेको महसुस गरी, राम्रो विश्वासमा, यदि कुनै व्याक्तिले रिपोर्ट गरेकोमा उसलाई दण्ड दिन् मिल्दैन। कुनै पनि राम्रो विश्वास गरि गरिएका रिपोर्टिंगका आधारमा प्रतिकार गर्ने काममा संलग्न कुनै पनि व्याक्तिलाई कारबाही तथा / वा डिस्चार्ज गरिनेछ।

5. **संगठनात्मक रिपोर्टिंग:** CHRCO ले नियमित रुपमा कर्पोरेट अनुपालन योजनाका सम्बन्धमा CEOलाई रिपोर्ट गर्नु पर्दछ, अनुपालन योजनाका गतिविधिहरूलाई कम्तिमा पनि त्रैमासिक रुपमा कर्पोरेट अनुपालन समितिसमक्ष रिपोर्ट गर्नु पर्दछ साथै कानूनी र नैतिकता सम्बन्धित अनुपालन आवश्यकता अनुसार रिपोर्ट गर्नु पर्दछ।

6. **कर्मचारी सहभागिता र रिपोर्टिङ:: WNYIL Inc. का प्रत्येक कर्मचारीको लागू कानून तथा नियमहरूको पालना गर्नु साथै WNYIL Inc. को अनुपालन प्रयासलाई समर्थन गर्नु जिम्मेवारी हुन्छ।** सबै कर्मचारीहरूलाई अनुपालन योजना वा उपयुक्त कानूनको कुनै पनि उल्लङ्घनको बारेमा उनिहरूको असल निष्ठाको भरोषालाई रिपोर्ट गर्न आवश्यक पर्दछ। आफ्नो दायित्व अनुरूप कर्मचारीको समस्याहरू छानबिन गर्न तथा आवश्यक सुधारात्मक कार्यवाही गर्न WNYIL Inc. ले कर्मचारीको अनुरोधमा WNYIL Inc. को फैसला अन्तर्गतको परिस्थितिमा सम्भव भएसम्म रिपोर्ट गर्ने कर्मचारी (हरू) को पहिचान खुलस्त गर्दैन। यसता रिपोर्टिङ्गको परिणामस्वरूपले गर्दा रोजगारीका सर्त अनि नियमहरूका आधारमा कुनै प्रतिकार हुनेछैन्। कर्मचारीहरूले आफ्ना असल निष्ठा विश्वासका अनुपालन योजना वा उपयुक्त कानुनहरुका उलल्ङ्घनहरूलाई निम्न तरिका (हरू) ले रिपोर्ट गर्नेछन्।

a. तिनीहरूको निर्देशकलाई मौखिक रूपमा भन्नूहोस वा लिखित रूपमा दिनुहोस।

b. 1-866-576-8042 मा अनुपालन हटलाइन प्रयोग गरेर भन्नूहोस। यदि तपाईं प्रति कल ब्लक गर्न सक्षम हुनुहुन्छ भने, तपाईंको कलर ID मा तपाईंको नम्बर ब्लक गर्न 1-866-576-8042 डायल गर्नु अघि \*67 डायल गर्नुहोस्।

c. हाम्रो वेबपृष्ठ मार्फत गुनासोहरू प्रविष्ट गर्दै: www.wnyil.org/corolvecom।

d. या त मौखिक रुपमा वा Western New York Independent Living, Inc को WNYIL Inc. को CHRCO लाई लेखेर...

Tina Brown, CHRCO

WNYIL Inc.

3108 Main Street

Buffalo NY 14214

फोन: 716) 836-0822 ext. 102

tbrown@wnyil.org

**E. #5: असल विश्वास सहभागिता प्रोत्साहन शास्त्रीय नीतिहरू**

WNYIL Inc. को अनुपालन प्रयासमा भाग लिन असफल भएकोमा कर्मचारीहरूलाई अनुशासनात्मक कारबाही समेत गर्न सकिन्छ, तर सीमित छैन:

1. कार्यक्रम वा लागू नियम वा नियमहरू अनुपालनको सम्बन्धी कर्मचारीको आवश्यक कुनै पनि दायित्व प्रदर्शन गर्न कर्मचारीको विफलता;

2. अनुपालन योजना कानुन वा उपयुक्त कानुन वा कुनै उपयुक्त व्यक्तिको लागि नियमहरूको सन्दिग्ध उल्लङ्घनको रिपोर्ट गर्न असफल भएका खण्डमा; तथा

3. उपयुक्त कानुन तथा नियमहरु वा कार्यक्रमका सर्तहरूको अनुपालन सुनिश्चित गर्न नीति यथोचित आवश्यक प्रक्रियाहरू कायम तथा कार्यान्वयन गर्न निरीक्षणात्मक वा प्रबंधकीय कर्मचारीको विफलता।

अनुशासनमा WNYIL Inc. का अवस्थित कर्मचारी अनुशासन नीति तथा प्रक्रियाहरु पालन गरिनेछन्।

**F. तत्त्व#6: अनुपालन जोखिम क्षेत्रहरूको नियमित पहिचानका लागि एक व्यवस्था**

**अडीट तथा निरीक्षण**

CEO तथा प्रमुख विभाग निर्देशकहरूका परामर्श र सहकार्यमा, CHRCO ले कर्पोरेट अनुपालन योजनाका आवश्यकताहरुका बारेमा जागरुकता तथा अनुपालन प्रमाणित गर्न साथै कोषीय स्रोत आवश्यकताहरु तथा WNYIL Inc.का नैतिकता अनि अनुपालन नीति र प्रक्रियाहरूको उपयुक्त आन्तरिक अडिट तथा सर्वेक्षण समन्वय गर्नेछ ।

WNYIL Inc. का कुनै पनि व्यापार गतिविधि, तथा अडिट अधिकार स्थापित गरिएको क्रम अनुरूप, सम्बद्धित, भागीदारी, संयुक्त उद्यम, लाइसेंसधारी, ठेकेदार, विक्रेता, वितरक, तेस्रा दलहरू, वा अन्य सञ्चालनहरूको आन्तरिक अडिट समीक्षा गरिनुपर्दछ।

**G. तत्त्व # 7: अनुपालन जोखिमलाई प्रतिक्रिया दिनका लागि एक प्रणाली**

यस नीतिको उद्देश्य Western New York Independent Living, Inc. द्वारा प्रयोग गरिने प्रक्रियाहरूलाई स्थापित गर्नु हो । (WNYIL Inc.) कर्मचारी वा अन्यको रिपोर्ट माथि प्रतिक्रियामा दिनका लागि एक व्यावसायिक एकाइ वा व्यवसाय एकाइ वा कुनै कार्यक्रममा भाग लिने उपभोक्ताहरूद्वारा नियोजित गतिविधिमा संलग्न छ जो कर्पोरेट अनुपालन योजनामा वर्णन गरिएको मापदण्डहरूको उल्लंघन गर्न सक्छ र जुन विपरीत हुन सक्छ र लागू मेडिकेड कानुन वा नियम वा त्यस्ता व्यक्ति वा व्यावसायिक एकाइहरू, जुन प्रकारले मेडिकेड कार्यक्रम आवश्यकताहरूलाई पूरा गर्दैन सोही प्रकारले यदि लागू भए दाबीहरू प्रस्तुत गर्न सक्दछ।

1. छानवीन

a. छानवीनको उद्देश्य:

छानवीनको उद्देश्य निम्न हुनेछ

1. ती परिस्थितिहरूको पहिचान गर्न्, जसमा मेडिकेड कार्यक्रम कानून, नियम र मापदण्डहरू पालना नगरिएको हुन सक्छ।

2. जानाजानी वा अन्जान रूपमा दावीहरू पेश गर्न वा प्रक्रियामा ल्याउन सक्ने व्यक्तिको पहिचान गर्न, जसले मेडिकेड कानून ,नियमहरू वा मापदण्डहरूको उल्लङ्घन गर्‍यो।

3. मेडिकेड कानून, नियम र मापदण्डको पालना नभई कुनै पनि अभ्यासहरूको सुधार गर्न सहयोग पुर्‍याउन।

4. भविष्यको दाबी अनुपालन सुनिश्चित गर्न आवश्यक ती प्रक्रियाहरू लागू गर्न।

5. नागरिक वा आपराधिक प्रवर्तन कार्यहरूको घटनामा WNYIL Inc. को सुरक्षा गर्न।

6. WNYIL Inc. को सम्पत्ति सुरक्षित र संरक्षण गर्न।

b. छानवीनहरूको नियन्त्रण:

एजेन्सीका कर्मचारीहरूले प्राप्त गरेका सबै रिपोर्टहरू WNYIL Inc. को CHRCO मा पठाइने छ। WNYIL Inc. का CHRCO वा उनीहरूको डिजाईन गर्नेले कुनै पनि आन्तरिक र बाह्य संसाधनहरूलाई उचित ठानिने उपयुक्त अन्वेषणात्मक कदम उपयोग गर्ने छन्।

c. अनुसन्धान प्रक्रिया:

अनुपालन नीति वा लागू कानून वा नियमको उल्लङ्घनमा आचरणको पालन गर्ने सुझाव दिने कुनै पनि गुनासो वा अन्य जानकारी (लेखा परीक्षण परिणाम सहित) को रिपोर्ट प्राप्त भएपछि छानबिन शुरू गरिनेछ। पूर्ण रूपमा छानवीन गरिनेछ र आवश्यक सबै बाह्य संस्थालाई रिपोर्ट गर्ने सहित सबै उपयुक्त अनुगमन कार्यहरू गरिनेछ।

**WNYIL Inc. जवाफ**

सम्भावित आपराधिक गतिविधि: WNYIL Inc. ले कुनै पनि कर्मचारी वा व्यापार इकाईको पक्षमा आपराधिक गतिविधिबारे पर्दाफास भएको कुरा देेखेमा यसले निम्न चरणहरू चाल्नेछ:

आपराधिक गतिविधि चलिरहेको घटनामा NYS अटर्नी जनरललाई सम्पर्क गरिने छ।

मेडिकेड संलग्न भएको घटमामा न्यूयोर्कको मेडिकेड महानिरीक्षकको राज्य कार्यालयलाई सम्पर्क गरिनेछ।

विकास अपङ्गता भएका व्यक्तिहरूका लागि कार्यालय संलग्न भएको घटनामा उनीहरूसँग सम्पर्क राखिने छ।

घटनामा न्याय केन्द्र संलग्न छ भने उनीहरूलाई सम्पर्क गरिनेछ।

घटनामा न्यू योर्क राज्य शिक्षा विभाग संलग्न छ भने ACCES-VR लाई सम्पर्क गरिनेछ।

अन्य सम्पर्कहरूलाई उचित मान्न सकिन्छ ।

WNYIL ले व्यक्ति वा व्यक्तिको विरूद्ध उचित अनुशासनिक कारबाही थाल्नेछ जसको आचरण जानाजानी गरिने, जानाजानी उदासीन भएको वा मेडिकेड र अन्य कार्यक्रम कानून र नियमहरूलाई बेवास्ता गर्छ। उपभोक्ताहरूले जानाजानी, उदासीन वा मेडिकेड र कार्यक्रम कानून र विनियमहरूको बेवास्ता गर्नमा सकल्प गरेर अब उप्रान्त WNYIL बाट सेवाहरू प्राप्त गर्न सक्षम हुने छैनन्।

अन्य गैर-अनुपालन, यस घटनाको अनुसन्धानले बिलिङ वा अन्य समस्याहरू पत्तो लाग्दछ जुन आचरणको परिणाम जस्तो देखिँदैन जुन जानीबुझी, जानीजानी उदासीन वा उपयुक्त कार्यक्रमको कानुन र नियमहरूका लागि लापरवाह बेवास्तासँग गरिएको छ, WNYIL Inc. ले यद्यपि निम्न कदमहरू चाल्नेछ:

a. अनुचित भुक्तानीहरू घटनामा समस्याको स्थितिमा कोष स्रोतद्वारा नक्कल भुक्तानमा समस्या उत्पन्न हुँदछ वा सेवाहरूका लागि भुक्तान गरिएको छैन वा दाबीबाहेक अन्य प्रदान गरिँदैन भने, यो हुन सक्छ:

i. दोषपूर्ण अभ्यास वा प्रक्रियामा तुरून्त सुधार गर्नुहोस्,

ii. उचित सरकारी निकायलाई डुप्लिकेट भुक्तानी वा अधिनियम वा छोडेको परिणामका अनुचित भुक्तानीहरूको हिसाब गर्नुहोस् र पुनः भुक्तानी गर्नुहोस्।

iii. तथ्याङ्क र परिस्थितिमा उपयुक्त भएमा र कुनै त्यस्तो अनुशासनात्मक कार्य भएमा आरम्भ गर्नुहोस्। उपयुक्त अनुशासनात्मक कार्यमा हप्काउने, पद घटाउने, निलम्बन र डिस्चार्ज समावेश हुन सक्छ, तर यतिमा मात्र सीमित छैन, र

iv. भविष्यमा उस्तै समस्याहरूलाई रोक्न उपयुक्त व्यापार इकाईमा तुरुन्तै शिक्षाको कार्यक्रम गर्नुहोस्।

b. कुनै अनुचित भुक्तानी छैन। यदि यस्तो घटनामा समस्याले प्रोग्रामले अधिक भुक्तानीको परिणाम दिँदैन भने WNYIL Inc.ले:

i. दोषपूर्ण अभ्यास वा प्रक्रियामा तुरून्त सुधार गर्नुहोस्।

ii. तथ्याङ्क र परिस्थितिमा उपयुक्त भएमा र कुनै त्यस्तो अनुशासनात्मक कार्य भएमा आरम्भ गर्नुहोस्। उपयुक्त अनुशासनात्मक कार्यमा हप्काउने, पद घटाउने, निलम्बन र डिस्चार्ज समावेश हुन सक्छन् तर यतिमा मात्र सीमित हुँदैन।

iii. भविष्यमा उस्तै समस्या हुनबाट रोक्न उपयुक्त व्यावसायिक एकाईमा तुरुन्तै शिक्षाको कार्यक्रम गर्नुहोस्

**H. तत्त्व # 8: गैर-पुन: मान्यता र गैर-पहलको नीति**

WNYIL लाई यसको निर्देशकहरू, अधिकारीहरू, कर्मचारीहरू र स्वयंसेवकहरू (प्रत्येक "संरक्षित व्यक्ति") एजेन्सीको तर्फबाट आफ्नो कर्तव्यहरूको प्रदर्शनमा व्यवसाय र व्यक्तिगत नैतिकताको उच्च स्तरको अवलोकन गर्न आवश्यक छ। एजेन्सीका कर्मचारी र प्रतिनिधिहरूको रूपमा, संरक्षित व्यक्तिहरूले उनीहरूको जिम्मेवारी पूरा गर्न इमान्दारी र सत्यनिष्ठ अभ्यास गर्न अपेक्षा गरिन्छ र सबै लागू कानुन र नियमहरूको पालना गर्न आवश्यक छ।

यस व्हिस्लोब्लोअर नीतिको उद्देश्यहरू प्रतिशोधको डरबिना संरक्षित अनैतिक र/वा अवैध आचरण वा प्रथाहरूबारे चिन्तालाई बढाउनका लागि कुनै गोपनीय र यदि वाञ्छित छ भने अज्ञात आधारमा प्रोत्साहित र सक्षम गर्नका लागि हो ताकि एजेन्सीले अनुपयुक्त आचरण र कार्यहरूलाई सम्बोधन र सुधार गर्न सकोस्।

**रिपोर्ट गर्ने जिम्मेदारी**

वास्तविक वा सन्दिग्ध गतिविधिहरू सम्बन्धी जुनसुकै चिन्ता कुनै अवैध वा एजेन्सीको नीति उल्लंघन हुन सक्ने सम्बन्धी कुनै सीमा, धोखाधडी, चोरी, अपहरण, लेखा वा लेखा परीक्षाको विषयमा अवगत गराउनु सबै जिम्मेवार व्यक्तिको दायित्व हो । अनियमितता, घुसखोरी, लात्ती-घुस्सि र एजेन्सीको सम्पत्तिको दुरुपयोग साथ साथै कुनै पनि उल्लंघन वा उच्च व्यवसाय र व्यक्तिगत नैतिक मापदण्डको सन्दिग्ध उल्लंघन, जस्ता यी मापदण्डहरू यस व्हिस्लोब्लोअर नीतिअनुसार एजेन्सी (प्रत्येक, "चिन्ता") सँग सम्बन्धित छन् ।

**कुनै प्रतिशोध छैन**

कुनै पनि सुरक्षित व्यक्ति जसले राम्रो विश्वासको रिपोर्ट गर्दछ त्यस्ता रिपोर्टको कारण चिन्ता, उत्पीडन गर्ने, प्रतिशोध लिने, भेदभाव गर्ने वा प्रतिकूल रोजगारीको परिणाम भोग्नु पर्नेछ । यसमा समावेश भएको कुनै पनि कुरा कानुनद्वारा प्रदान गरिएको व्यक्तिबाहेक कुनै थप अधिकार वा कार्यको कारणहरूसहित कुनै सुरक्षित व्यक्तिलाई प्रदान गर्ने उद्देश्यले होइन ।

**चिन्ताहरूको रिपोर्ट गर्दै**

एजेन्सीको अनुपालन समिति ("CHRCO") को अध्यक्षलाई व्यवहारिक हुन सक्ने कुनै पनि चिन्ताको खबर पाउने बित्तिकै रिपोर्ट गर्नु पर्नेछ । यस व्हिस्लोब्लोअर नीतिको क्षेत्र, व्याख्या वा सन्चालनको सम्बन्धमा कुनै प्रश्न पनि CHCCO लाई निर्देशित गर्नुपर्नेछ ।

**अनुपालन अधिकारी**

CHRCO सबै रिपोर्ट भएका चिन्ताहरूको छानबिन र समाधानका लागि जिम्मेवार छ र सबै रिपोर्ट गरिएका चिन्ताको पालना समितिलाई सल्लाह दिनेछ । CHRCO वा यसका प्रतिनिधिहरूले अनुपालन गतिविधिका बारेमा नियमित रूपमा निर्धारित बोर्डका बैठकमा पूर्ण निर्देशक समितिलाई रिपोर्ट गर्नु पर्नेछ।

**छानबिनहरू**

CHRCO ले रिपोर्ट गरिएका समस्याको अनुसंधान गर्ने जिम्मेवारी, लेखाको समस्या होस् वा अन्यथा, एजेन्सीका एक वा बढी कर्मचारीहरूलाई वा एजेन्सीले नियुक्त नगरिएको व्यक्ति लगायत CHRCO द्वारा चयन गरिएको कुनै अन्य व्यक्तिलाई सुम्पन सक्नेछ; बिना सर्तमा कि CHRCO ले यस्तो जिम्मेवारी रिपोर्ट गरिएको समस्यासँग सम्बन्धित कुनै कर्मचारी वा समस्यालाई गोप्य रूपमा वा उजुरीको गोप्यता वा परिणामस्वरूप अनुसन्धान रिपोर्ट गर्ने कर्मचारीको पहिचानमा सम्झौता नगर्ने तरिकाले अन्य व्यक्तिलाई सुम्पनु हुँदैन्। कर्मचारी र उपभोक्ताहरूले छानवीनमा प्रयासमा सहयोग गर्नु पर्छ।

**विश्वासमा काम गर्दै**

समस्याको रिपोर्ट गर्ने जोसुकैले पनि राम्रो विश्वासमा कार्य गर्नुपर्दछ र विश्वास गर्नको लागि खुलासा गरिएको जानकारीले कानून र / वा नैतिक मापदण्डहरूको उल्लइ्घनलाई संकेत गरेको उचित आधारहरू हुनुपर्छ। कुनै पनि शत्रुभाव वा जानाजानी गलत हो भनेर गरिएको आरोप प्रमाणित भएमा यसलाई गम्भीर अनुशासनिक अपराधको रूपमा लिइनेछ।

**गोप्यता**

एजेन्सीले यो विस्टल ब्लोवर (मुखबिर) नीति लागू गर्ने आफ्नो जिम्मेवारीलाई गम्भीरतापुर्वक लिन्छ र त्यसैले उसलाई वा उनीलाई पहिचान गर्ने समस्या रिपोर्ट गर्ने कुनै पनि व्यक्तिलाई प्रोत्साहन गर्दछ ताकि कुनै पनि नतिजा छानबिन गर्न सजिलो होस्। उपरोक्तका बाबजुद, कुनै समस्या रिपोर्ट गर्दा, सुरक्षित गरिएका व्यक्तिले यस्तो रिपोर्टलाई गोप्य ढङ्गले व्यवहार गर्ने (एजेन्सीले रिपोर्टिंग गर्ने व्यक्तिको पहिचान सुरक्षित रहोस भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्न चालेका व्यावहारिक कदम सहित) अनुरोध गर्न सक्दछ।। समस्याहरू पनि गुमनाम आधारमा रिपोर्ट गर्न सकिन्छ। पर्याप्त अनुसन्धान गर्न आवश्यक अनुरूप समस्याहरूका रिपोर्टहरू हरसम्भव गोप्य राखिनेछ।

**रिपोर्ट गरिएका समस्यहरूको प्रबन्धन**

रिपोर्टिंग गर्ने व्यक्तिको पहिचान खुलासा गरिएको वा फिर्ताको ठेगाना प्रदान गरिएको भए मात्र, CHRCO ले पाँच व्यापारीक दिनहरु भित्र प्रत्येक रिपोर्ट गरिएका समस्याहरूको प्राप्ति स्वीकार गर्नेछ। सबै रिपोर्टहरूको तुरुन्तै अनुसन्धान गरिनेछन्; कुनै पनि अनुसन्धानको दायरा अनुपालन समितिको पूर्ण विवेकमा हुनेछ, तथा यदि छानबिन आवश्यक परेमा उचित सुधारात्मक कारवाही गरिनेछ।

**रेकर्डहरू**

कुनै पनि रिपोर्ट गरिएको समस्या तथा यसको छानबिन साथै समाधानका सम्बन्धित सबै रेकर्डहरू अनुपालन समितिले गोपनियताका आधारमा कम्तीमा पनि सात बर्षको अवधिको (वा अन्यथा एजेन्सीको रेकर्ड धारणा

नीति अन्तर्गत आवश्यकता अनुसार) लागि राख्न सक्नेछ। सबै यसता रेकर्डहरू एजेन्सीको लागि गोपनिय हुन्छन् र त्यसता रेकर्डहरू सुनौला र गोपनीय मानिनेछ।

**निश्चित संघीय र राज्यका कानूनहरू**

**I. छल कपट र दुर्व्यवहारका कानूनहरू**

**A. संघीय कानूनहरू**

**झूटा दाबी ऐन (31 USC** §§**3729-3733)**

झूटा दावीहरू बिरुद्ध कानून ऐन ("FCA") ले प्रासंगिक अंशमा प्रदान गर्दछ, कि:

कुनै पनि व्यक्ति जसले (1) भुक्तानी वा अनुमोदनको लागि गलत वा झुठो दाबीका लागि जानाजानी संयुक्त राज्य सरकारको अधिकारी वा कर्मचारीलाई प्रस्तुत गर्दछ, वा प्रस्तुत गर्नु पर्ने कारण बन्दछ ...; (2) सरकारद्वारा अनुमोदन प्राप्त गर्न जानाजानी गलत रेकर्ड वा गलत बयान वा धोखाधडीपूर्ण दाबी गर्दछ वा बनाउँदछ, प्रयोग गर्दछ वा बनाइने वा प्रयोग गरिने कारण बन्दछ; (3) सरकारले भुक्तान गरेको वा अनुमोदन गरेको झूटो वा छलकपटपूर्ण दाबी प्रस्तुत गरेर सरकारलाई ठग्ने षडयन्त्र गर्दछ ... वा (7) सरकारलाई दिनु पर्ने कर वा सम्पत्ति प्रसारण गर्ने दायित्व कम गर्न जानाजानी गलत रिकर्ड बनाउँछ, प्रयोग गर्दछ वा बनिने वा प्रयोग गरिने कारण बन्दछ वा बयान लुकाउदछ वा बेवास्ता गर्दछ भने संयुक्त राज्य सरकारलाई $10,781.40 देखि $21,562.80 plus 3 भन्दा कम तथा अतिरिक्त त्यस व्यक्तिका कारणले सरकारलाई भएका क्षतिहरूको तीन गुणा सम्म रकम नागरिक दंडका रुपमा तिर्न जिम्मेवार हुन्छ।

यस अनुच्छेदको उद्देश्यको लागि, "जानेर" तथा “जान्दाजान्दै" शब्दहरूको अर्थ कुनै व्यक्तिको जानकारीसँग (1) जानकारीको वास्तविक ज्ञान भएको, (2) सत्यको वा जानकार जानकारीलाई बेवास्ता गर्ने कार्य गरेको; वा (3) सत्यको लापरवाह वेवास्ता वा जानकारीको वेवास्ता गर्ने कार्य गरेको तथा खास ठग्ने उद्देश्यको कुनै प्रमाणको आवश्यकता नपरेको लाग्दछ (31 U.S.C. §3729)

सरकारलाई थाहा भएको (वा थाहा हुनुपर्ने) गलत दावीका लागि झूटा दावी बिरूद्ध ऐनले संघीय सरकारमा दाबी पेश गर्ने कुनै पनि व्यक्तिमाथि ऋण लागू गर्दछ। झूटा दाबी बिरूद्ध ऐनले सरकारबाट भुक्तानी प्राप्त गर्न जान्दाजान्दै गलत रिकर्ड पेश गर्ने व्यक्तिमा पनि ऋण थोपर्दछ। दायित्वको तेस्रो क्षेत्रमा कसैले संघीय सरकारबाट उनिहरुको हक नभएको पैसा प्राप्त गरेर तिनीहरूले पैसा जोगाउन झूटा बयान वा रेकर्ड प्रयोग गरेका उदाहरणहरू समावेश छन्। FCA ले प्रदान गर्दछ कि निजी पार्टीहरुले संयुक्त राज्य को तर्फबाट मुद्दा ल्याउन सक्छ। यस्ता, "क्व्यी टाम रिलेटरहरू" को रूपमा चिनिने व्याक्तिहरूले, FCA कार्य वा बन्दोबस्तबाट प्राप्त आयको प्रतिशतमा साझा गर्न सक्दछन्।

झूटा दावीहरूको लागि प्रशासनिक उपचार (31 USC अध्याय 38. §§3801-3812) यस विधानले संघीय एजेन्सीहरूद्वारा प्रशासनिक पुन: प्राप्तिका लागि अनुमति दिन्छ। यदि कुनै व्यक्तिले व्यक्ति झुटो भएको वा गलत जानकारी समावेश गरेको, वा भौतिक जानकारी छोडेको दाबी पेश गरेको भए, तब दाबी प्राप्त गर्ने एजेन्सीले प्रत्येक दाबीको लागि $ 5,000 सम्म, साथसाथै दाबी गरेका रकम भन्दा दोगुना बराबरको जरिवाना लगाउँन सक्नेछ।

**B. न्यू योर्कका राज्य कानूनहरू**

**न्यू योर्कका झूटा दाबीहरूको ऐन (राज्य वित्त कानून, §§187-194)**

IMYS राज्यका झूटा दाबीहरूको ऐन र संघीय दाबीहरूको ऐन एक समान हन्छ। यसले मेडिकेड जस्ता स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रम लगायत कुनै पनि राज्य वा स्थानीय सरकारबाट भुक्तान प्राप्त गर्नको लागि झुटो वा ठगी दाबी पेश गर्ने व्यक्ति र निकायहरूमा दण्ड तथा जरिवाना लागु गर्दछ। गलत दावी दायर गरेको जरिवाना प्रति दाबी $10,781.40 देखि $21,562.80 का बीचको हुन्छ तथा झुक्याएर प्राप्त गरेका रकमको मूल्य भन्दा दुईदेखि तीन गुणा बीचको रकम पुन: प्राप्तिको क्षतिहरूको मुल्य हो। यसका अतिरिक्त, झूटा दावी फाइल गर्ने पार्टीले सरकारको कानुनी शुल्क तिर्नु पर्ने हुन सक्छ। निजी व्यक्तिहरूले राज्य वा स्थानीय सरकारी पार्टीहरूको तर्फबाट राज्य न्यायालयमा मुद्दा दायर गर्न सक्नेछन्। मुद्दाको नतिजाको रूपमा, झूटा दाबी गर्ने पार्टीले सरकारलाई भुक्तानी फिर्ता गर्न आवश्यक पर्दछ, मुद्दा चलाउने व्यक्तिले सरकारलाई मुद्दामा भाग नलिएको खण्डमा 25--30०% को रकम वा सरकारले भाग लिएको खण्डमा 15-25% लिन सक्दछ।

**सामाजिक सेवा कानून** §**145-b झूटा बयानहरू**

झूटो बयान, जानाजानी गरिएको लुकाई, वा अन्य कपटपूर्ण योजना वा उपकरणको प्रयोग गरी मेडिकेड लगायत, कुनै सामाजिक सेवा कार्यक्रम अन्तर्गत दिइएका वस्तु वा सेवाहरूको लागि भुक्तानी प्राप्त गर्नु वा प्राप्त गर्ने प्रयास गर्नु कानूनको उल्लङ्घन हो। राज्य, स्थानीय सामाजिक सेवाहरू जिल्ला, तथा स्वास्थ्य विभागले गलत तरिकाले भुक्तानी गरिएको रकम फिर्ता गर्न साथै जरिवाना अनि सजाय थोप्न सक्नेछ।

**सामाजिक सेवाहरू कानून** §1**45-c मञ्जुरी**

कानूनले जानाजानीमा गलत वा भ्रामक बयान दिएर मेडिकेड लगायत,सार्वजनिक सहायताको लागि निवेदन दिने वा प्राप्त गर्ने व्यक्तिलाई, प्रतिबन्ध लगाउनको लागि प्रावधान राखेकोछ।

**सामाजिक सेवा कानुन** §**145 दण्डहरू**

मेडिकेड सहित सार्वजनिक सहायता प्राप्त गर्न गलत बयान पेश गर्ने वा जानाजानी भौतिक जानकारी लुकाउने कुनै पनि व्यक्ति दुराचारीको दोषी छ।

**जालसाजी व्यवहारहरूको लागि सामाजिक सेवा कानून** §**366-b दण्ड**

कुनै पनि आफ्नै वा अरूको लागि चिकित्सा सहायता प्राप्त गर्ने वा प्राप्त गर्नको लागी भौतिक तथ्यहरूको लुकाई, पररूपण वा अन्य धोखाधडी माध्यमहरुद्वारा प्रयास गर्ने व्यक्ति, गलत बयानको अपराधको दोषी छन्।

कुनै पनि व्यक्तिले, ठग्ने उद्देश्यले, सेवाहरू प्रदान गर्न भुक्तानका लागि कुनै झूटो वा कपटपूर्ण दाबी प्रस्तुत गर्दछ, अधिक मेडिकेड क्षतिपूर्ति प्राप्त गर्न जानबूझमा गलत जानकारी पेश गर्दछ, वा वस्तुहरू वा सेवाहरू प्रदान गर्ने प्राधिकरण प्राप्त गर्नको लागि गलत जानकारी जानबुझमा पेश गर्दछ भने उ अपराधको दोषी हो।

**पेनाल कानून धारा 155, लार्सेनी**

लार्सेनी(चोरी)को अपराध एक यसतो व्यक्तिद्वारा गरिन्छ जसले आफ्नो सम्पत्तिबाट अरूलाई बञ्चित गर्ने अभिप्रायले, छल, अपहरण, झूटो वाचा, झूटो आश्वासन, धोखा दिने योजना सहित, वा अन्य समान व्यवहारद्वारा सम्पत्ति लिन्छ वा रोक्छ। केही मेडिकेड धोखाधडी मामलाहरूमा चोरी परिवर्तन गरिएको छ।

**पेनाल कानून धारा 175,गलत लिखित बयान**

यो कानूनले व्यवसाय रेकर्डहरू झूटा गरेको तथा सरकारी एजेन्सीलाई झूटा उपकरणहरू प्रदान गरेकोमा आपराधिक दण्डहरू स्थापना गर्दछ।

**पेनाल कानून धारा 176। बीमाको** छलछाम

यस कानूनले बीमा छलछामको लागि मेडिकेड तथा अन्य स्वास्थ्य बीमाकर्ताहरूलाई दिइएका झूटा दाबीहरू लगायत, आपराधिक दण्डहरू स्थापना गर्दछ।

**पेनाल कानून धारा 177 स्वास्थ्य हेरचाहमा जालझेल**

यस कानूनले मेडिकेड सहित स्वास्थ्य बीमा भुक्तानीको लागि गरिएका जालसाजी दावीहरूका लागि आपराधिक दण्डहरू स्थापना गर्दछ।

**II.** जानकारीमूलक **संरक्षण कानूनहरू**

संघीय झूटो दाबी बिरूद्धको ऐन **(31 U.S.C.** §**3730(h)**

FCA ले डिस्चार्ज गरिएका, डिमोट गरिएका, निलम्बित गरिएका, धम्की दिइएका, उत्पीडित वा FCA अन्तर्गत उनीहरूको कार्यवाहीको फलस्वरूप उनीहरूको रोजगारीका सर्त तथा नियमहरूमा अन्य कुनै तरिकाले भेदभाव गरिएका क्वि टम रिलेटरहरूलाई सुरक्षा प्रदान गर्दछ। उपचारमा क्वि टम रिलेटरलाई भेदभावको लागि दिन सकिने तुलनात्मक वरिष्ठतासँग पुनःस्थापना, कुनै ब्याक भुक्तानीको दुई गुना रकम, कुनै ब्याक भुक्तानीमा ब्याज, तथा मुद्दा लागत अनि वकीलको उचित तिरो लगायत भेदभावको परिणामस्वरूप भएका कुनै विशेष क्षतिहरूको लागि क्षतिपूर्ति समावेश छन्।

**न्यू योर्कका झूटा दाबीहरूको ऐन (राज्य वित्त कानून,** §**191)**

झूटा दाबी विरूद्ध ऐनले डिस्चार्ज गरिएका, डिमोट गरिएका, निलम्बित गरिएका, धम्की दिइएका, उत्पीडित वा FCA अन्तर्गत उनीहरूको कार्यवाहीको फलस्वरूप उनीहरूको रोजगारीका सर्त तथा नियमहरूमा अन्य कुनै तरिकाले भेदभाव गरिएका क्वि टम रिलेटरहरूलाई सुरक्षा प्रदान गर्दछ। उपचारमा क्वि टम रिलेटरलाई भेदभावको लागि दिन सकिने तुलनात्मक वरिष्ठतासँग पुनःस्थापना, कुनै ब्याक भुक्तानीको दुई गुना रकम, कुनै ब्याक भुक्तानीमा ब्याज, तथा मुद्दा लागत अनि वकीलको उचित तिरो लगायत भेदभावको परिणामस्वरूप भएका कुनै विशेष क्षतिहरूको लागि क्षतिपूर्ति समावेश छन्।

**न्यू योर्कको कामदार कानून** §**740**

यदि कर्मचारीले नियामक, कानून प्रवर्तन वा अन्य समान एजेन्सी वा सार्वजनिक अधिकारीलाई नियोक्ताको नीति, प्रचलन वा गतिविधिहरूको बारेमा जानकारी प्रकट गरेको खण्डमा रोजगारदाताले कर्मचारी विरुद्ध कुनै प्रतिशोधात्मक कारवाही लिन मिल्दैन। संरक्षित खुलासाहरू ती हुन् जुनले रोजगारदाताले कानूनको उल्लंघन गरिरहेको तथा यसले सार्वजनिक स्वास्थ्य र सुरक्षाको लागि पर्याप्त र विशिष्ट खतरा सिर्जना गरेको वा जसमा पेनाल कानून §177 अन्तर्गत स्वास्थ्य हेरचाह धोखाधडी (जानजानीमा गलत जानकारी लगाइएको वा हटाइएको, ठग्ने उद्देश्यले भुक्तानीको लागि फाइल गरिएका दाबी) सम्मिलित हुन्छन्। कर्मचारीले पहिला यस कुरालाई पर्यवेक्षकको समक्ष ल्याएर नियोक्तालाई कथित उल्लङ्घन सुधार गर्ने उचित अवसर दिएमा मात्र कर्मचारीको खुलासा सुरक्षित गरिनेछ। यदि नियोक्ताले कर्मचारी विरुद्ध प्रतिशोध लिने कार्य गरेमा, कर्मचारीले राज्य न्यायालयमा त्यही समान बहालका लागि वा बराबरीको स्थितिमा पुन: स्थापना गर्न साथै कुनै पछिल्ला घाटा भएका पारिश्रमिक तथा सुविधाहरू र वकीलको शुल्क फिर्ता लिनका लागि मुद्दा हाल्न सक्दछ। यदि नियोक्ता एक स्वास्थ्य प्रदाता भएको र अदालतले रोजगारदाताको प्रतिशोध

कार्य खराब विश्वासमा रहेको पाएमा, यसले रोजगारदातालाई $10,000 नागरिक जरिवाना लगाउन सक्छ।

**न्यू योर्कको कामदार कानून** §**741**

यदि कर्मचारीले नियामक, कानून प्रवर्तन वा अन्य समान एजेन्सी वा सार्वजनिक अधिकारीलाई नियोक्ताको नीति, अभ्यास वा गतिविधिहरु बारे निश्चित जानकारी प्रकट गरेमा, स्वास्थ्य देखभाल नियोक्ताले कर्मचारीको बिरूद्ध कुनै प्रतिकारात्मक कारवाही लिन सक्दैन। संरक्षित खुलासाहरू ती हुन् जसले असल निष्ठामा कर्मचारी अनुसार, बिरामी हेरचाहको गुणस्तर अनुचित भएको पुष्टि गर्दछन्। अन्यथा खतरा सार्वजनिक वा बिरामीको लागि आसन्न नभएमा र कर्मचारीलाई असल आस्थामा पर्यवेक्षकलाई रिपोर्ट गर्दा पनि सुधारात्मक कार्यवाहि हुनेछैन भन्ने नलागेसम्म, नियोक्ताको खुलासा तब मात्र सुरक्षित गरिनेछ जब कर्मचारीले मामलालाई पहिला पर्यवेक्षकको समक्ष ल्याउँछ र नियोक्तालाई कथित उल्लङ्घन सुधार गर्ने उचित अवसर प्रदान गर्दछ। यदि नियोक्ताले कर्मचारी विरुद्ध प्रतिशोध लिने कार्य गरेमा, कर्मचारीले राज्य न्यायालयमा त्यही समान बहालका लागि वा बराबरीको स्थितिमा पुन: स्थापना गर्न साथै कुनै पछिल्ला घाटा भएका पारिश्रमिक तथा सुविधाहरू र वकीलको शुल्क फिर्ता लिनका लागि मुद्दा हाल्न सक्दछ। यदि नियोक्ता एक स्वास्थ्य प्रदाता हो र यदि अदालतले रोजगारदाताको प्रतिशोध लिने कार्य खराब नियतमा रहेको पाएमा, यसले कर्मचारीलाई $10,000 नागरिक जरिवानाका रुपमा लगाउन सक्नेछ।