NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. Workers' Compensation Board

ওয়াই কর্মক্ষেত্রে আহত হয়েছে। এখন কি?

নিউইয়র্ক স্টেট Workers' Compensation Board (বোর্ড) নোটিশ পেয়েছে যে আপনি কাজের সময়ে আহত হয়েছেন, তাই আমরা আপনার নামে একজন শ্রমিক ক্ষতিপূরণ ক্ষেত্রে প্রস্তুত করেছি। আপনি ইতিমধ্যে চিকিৎসা পেয়েছেন হতে পারে। আপনি যদি না পান, আপনাকে যত তাড়াতাড়ি সম্ভব প্রয়োজনীয় চিকিৎসা যত্ন নিতে হবে।

আপনার দাবির সহায়তার জন্য, **Workers' Compensation Board কে** (877) 632-4996।

আপনার দায়িত্ব

- আপনাকে আপনার নিয়োগকর্তাকে, লিখিতভাবে, কখন, কোথায় এবং কিভাবে আপনি আহত হয়েছিল তা অবহিত করতে হবে। যত তাড়াতাড়ি সম্ভব আঘাতের 30 দিনের মধ্যে এই কাজ করতে হবে।
- আপনি যদি একটি কাজ সংক্রান্ত আঘাত আছে, এবং আপনার নিয়োগকর্তা নাম দিতে যে জা নান আপনার স্বাস্থ্যের যত্ন প্রদানকারী। আপনার যত্নের জন্য অর্থ প্রদান বা অন্যান্য স্বাস্থ্য বীমা ব্যবহার করবেন না। আপনার স্বাস্থ্যের যত্ন প্রদানকারী বোর্ড এবং আপনার নিয়োগকর্তা বা তার বীমা ক্যারিয়ারের সাথে মেডিকেল রিপোর্ট পেশ করবে। আপনার ক্ষেত্রে যদি বিতর্কিত হয় তবে আপনার দাবিটি সমাধান করার জন্য বোর্ডকে আপনার আঘাত সম্পর্কিত একটি মেডিকেল রিপোর্টের প্রয়োজন।
- যত তাড়াতাড়ি সম্ভব বোর্ডে আপনার আঘাত সম্পর্কে রিপোর্ট করার জন্য আপনাকে**একজন**কর্মচারী দাবি (ফর্ম C-3) ফাইলকরতে হবে (আপনার আঘাত বা অসুস্থতার বোর্ডকে অবশ্যই দুই বছরের মধ্যে জানাতে হবে)। যদি আপনি একই শরীরের অংশটি আগে আহত হন, বা একই রকম অসুস্থতা পান তবে আপনাকে অবশ্যই স্বাস্থ্য তথ্য সরবরাহের**একটি**ফর্ম (ফর্ম C-3.3) ফাইল করতে হবে

একটি দাবি দাখিল করার দুটি উপায়

পরিদর্শন wcb.ny.gov এবং নির্বাচন ফাইল একটি দাবি।

বোর্ডের সাথে সংযুক্ত কাগজপত্র (গুলি) এবং মেইল পূরণ করুন।

যদি আপনার কোন কর্মচারী দাবি (ফর্ম C-3) জমা দেওয়ার বিষয়ে কোন প্রশ্ন থাকে তবে দয়া করে কল করুন (877) 632-4996এবং একটি বোর্ড প্রতিনিধি আপনাকে সহায়তা করবে।

স্বাস্থ্যের যত্ন এবং ভ্রমণের বিল

করো না এই আঘাত / অসুস্থতার জন্য আপনার স্বাস্থ্যের যত্ন প্রদানকারী বা চিকিৎসার জন্য হাসপাতালে অর্থ প্রদান করুন। বোর্ডগুলি এমন কোনও সিদ্ধান্ত দেয় না যা আপনার দাবিটি বৈধ বলে মনে না করলে সেই বিলগুলি বীমা প্রদানকারীর দ্বারা প্রদান করা হয়। আপনার ক্ষেত্রে বিতর্কিত হলে, বোর্ড আপনার পক্ষে আপনার ক্ষেত্রে সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষেত্রে স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের অর্থ প্রদান করা হবে। *যাইহোক, বোর্ড যদি আপনার বিরুদ্ধে সিদ্ধান্ত নেয় বা আপনি কোনও মামলাটি অনুসরণ না করেন তবে আপনাকে স্বাস্থ্যসেবা সরবরাহকারী বা হাসপাতালে (অথবা আপনার স্বাস্থ্য বীমা ক্যারিয়ারে জমা দিতে হবে) দিতে হবে।*

আপনার নিয়োগকর্তার কর্মীদের ক্ষতিপূরণ বীমা আপনার স্বাস্থ্য পরিষেবা সরবরাহকারীকে নির্দেশিত ঔষধগতভাবে প্রয়োজনীয় ওষুধ এবং সরঞ্জামগুলি জুড়ে দেয়। আপনি মাইলেজ, পাবলিক পরিবহন বা চিকিত্সা জন্য ভ্রমণ যখন ব্যয় অন্যান্য প্রয়োজনীয় খরচ জন্য প্রতিদান করা যেতে পারে। আপনি যে খরচগুলির জন্য প্রাপ্তি পান এবং নিশ্চিত হন যে আপনার দাবির ক্ষতিপূরণ প্রদানকারীর**কাছে মেডিকেল ও ভ্রমণ ব্যয়গুলির দাবির জন্য এবং ফেরত দেওয়ার অনুরোধ** (ফর্ম C-257) আপনার শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ প্রদানকারীর কাছে জমা দিন।

সাধারণত, প্রদানকারী কর্তৃক বোর্ড কর্তৃক অনুমোদিত হওয়া পর্যন্ত আপনি কোনও স্বাস্থ্যসেবা সরবরাহকারী চয়ন করতে পারেন। আপনি**wcb.ny.gov**এ বোর্ডের ওয়েবসাইটে "**একটি ডাক্তার খুঁজুন**" বৈশিষ্ট্যটিব্যবহার করে আপনার এলাকায় একটি অনুমোদিত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর জন্য অনুসন্ধান করতে পারেন। আপনি পেশাগত স্বাস্থ্য ক্লিনিক ব্যবহার করতে পারেন। যাইহোক, যদি আপনার নিয়োগকর্তার শ্রমিক ক্ষতিপূরণ প্রদানকারীর কর্মচারী ক্ষতিপূরণ ক্ষতিপূরণগুলির যত্ন নেওয়ার জন্য একটি পছন্দের সরবরাহকারী সংস্থান (পিপিও) থাকে, তবে আপনাকে অবশ্যই পিপিও নেটওয়ার্কের থেকে আপনার প্রাথমিক চিকিৎসা গ্রহণ করতে হবে। যদি সেই বীমা প্রদানকারীর ফার্মেসি বা ডায়গনিস্টিক নেটওয়ার্ক থাকে তবে আপনাকে অবশ্যই এই নেটওয়ার্কের মধ্যে পরিষেবাগুলি পেতে হবে। বীমা প্রদানকারীর অবশ্যই এটির প্রয়োজনীয় সরবরাহকারী নেটওয়ার্কের এবং তাদের কীভাবে ব্যবহার করবেন তা সম্পর্কে আপনাকে অবশ্যই জানাতে হবে।

হারানো বেতন জন্য উপকারিতা

আপনি আপনার হারিয়ে যাওয়া মজুরির একটি অংশের অধিকারী, যা অবিলম্বে প্রদান করা উচিত, যদি আপনার আঘাত নিম্নলিখিত উপায়ে এক বা একাধিক ভাবে প্রভাবিত করে:

1. এটি আপনাকে সাত দিনের বেশি কাজের জন্য রাখে।
2. আপনার শরীরের অংশ স্থায়ীভাবে নিষ্ক্রিয় করা হয়।
3. আপনার বেতন হ্রাস করা হয়েছে কারণ আপনি এখন কম ঘন্টা কাজ করেন বা অন্য কাজ করেন।

আপনি আপনার দাবির জন্য সাহায্যের জন্য একটি অ্যাটর্নি বা লাইসেন্সপ্রাপ্ত প্রতিনিধি নিয়োগ করতে পারেন তবে এটি প্রয়োজন হয় না। বোর্ড তাদের ফি সেট করে, যা আপনার হারানো মজুরি পুরস্কার থেকে কাটা হবে। আপনি বা আপনার পরিবারের সরাসরি আপনার অ্যাটর্নি বা লাইসেন্সপ্রাপ্ত প্রতিনিধির কিছু দিতে হবে না।

যদি আপনার মামলা বিতর্কিত হয়, তবে মামলাটি শোনার সময় আপনি অক্ষমতা সুবিধাগুলি পেতে পারেন। ডিসবিলিবিলিটি বেনিফিটের**জন্য নোটিশ এবং প্রমাণের প্রমাণ**পেতে (ফর্ম DB-450), **wcb.ny.gov** এ যান; সহায়তার জন্য বোর্ডকে ডাকুন; অথবা একটি বোর্ড অফিসে যান। যদি আপনার পক্ষে মামলাটি সমাধান করা হয়, তাহলে আপনার হারানো মজুরি পুরস্কার থেকে অক্ষমতা সুবিধাগুলি কাটা হবে।

সাহায্য পাওয়া যায়

কখনও কখনও আপনি কাজ ফিরে পেতে সাহায্য প্রয়োজন। আপনার নিয়োগকর্তার বিকল্প বা হালকা দায়িত্ব নিয়োগ থাকতে পারে যা আপনাকে নিরাময় করার সময় কাজ করতে সক্ষম করে। একটি আঘাত পরিবার বা আর্থিক সমস্যা হতে পারে। বোর্ডকে বৃত্তিমূলক পুনর্বাসনের পরামর্শদাতা এবং সামাজিক কর্মীদের সাহায্য করার সুযোগ রয়েছে। উপলব্ধ সেবা এবং সহায়তার জন্য আরও তথ্যের জন্য বোর্ডকে ফোন করুন।

আপনি যদি ওপিওড ব্যথা ওষুধের উপর নির্ভরতা সম্পর্কে উদ্বিগ্ন হন তবে অনুগ্রহ করে **877-8-HOPENY (877-846-7369)**এ NYS OASAS HOPELINE কল করুন।

এরপর কি?

আপনার দাবি গ্রহন করা হলে আপনার নিয়োগকর্তা বা তার কর্মীদের ক্ষতিপূরণ বীমা ক্যারিয়ার আপনার সাথে যোগাযোগ করবে। যখন এটি ঘটবে, তখন আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীরা অর্থ প্রদান ও হারানো বেনিফিটগুলি শুরু হবে। আপনার মামলাটি যদি বিতর্কিত হয়, তবে বোর্ডটি মামলাটির সমাধান সম্পর্কে আপনাকে অবহিত করবে এবং প্রয়োজনে অতিরিক্ত তথ্য অনুরোধ করতে পারে।

সদস্যের যোগাযোগের তথ্য		
ডিসেম্বলি বেনিফিট সহ Workers' Compensation Board	(877) 632-4996	general_information@wcb.ny.gov wcb.ny.gov

বোর্ডের ইকেস অ্যাপ্লিকেশন আপনাকে অনলাইনে আপনার কেস ফোল্ডারের সামগ্রী দেখতে সক্ষম করে। সাধারণ তথ্যের জন্য অথবা eCase এর জন্য নিবন্ধন করতে, wcb.ny.gov এ বোর্ডের ওয়েবসাইট দেখুন।

NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. Workers' Compensation Board

NEW YORK STATE | Workers' Compensation Board

কর্মচারী দাবি

C-3

নিউ ইয়র্ক স্টেট - Workers' Compensation Board

কর্মের ক্ষতি বা কাজের সম্পর্কিত অসুস্থতার কারণে শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণগুলির জন্য আবেদন করার জন্য এই ফর্মটি পূরণ করুন। টাইপ করুন বা সুন্দরভাবে প্রিন্ট করুন। এই ফর্মটি www.wcb.ny.gov এ অনলাইনেও পূরণ হতে পারে।

WCB কেস নম্বর (যদি আপনি এটি জানেন): _____

A. আপনার তথ্য (কর্মচারী)

1. নাম: _____ (প্রথম / মধ্যমাক্ষর / গত) 2. জন্ম তারিখ: __ / __ / ____

3. চিঠি পাঠানোর ঠিকানা: _____ (নম্বর এবং রাস্তার / পিও বক্স / এপার্টমেন্ট নম্বর / শহর / রাজ্য / জিপ কোড)

4. সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বরঃ ___ - __ - ____ 5. ফোন নম্বর: _____

7. বোর্ডের শুনানিতে যোগ দিতে হলে আপনাকে কি একজন অনুবাদক দরকার? ☐ হাঁ ☐ না যদি হ্যাঁ, কোন ভাষার জন্য? _____

B. আপনার কর্মী (গুলি)

1. আহত যখন নিয়োগকর্তা: _____ 2. ফোন নম্বর: _____

3. আপনার কাজের ঠিকানা: _____ (নম্বর এবং রাস্তার / পিও বক্স / এপার্টমেন্ট নম্বর / শহর / রাজ্য / জিপ কোড)

4. আপনার নিয়োগ হওয়ার তারিখ: __ / __ / ____ 5. আপনার সুপারভাইজার এর নাম: _____

6. আপনার আঘাত / অসুস্থতার সময়ে অন্য কোন নিয়োগকর্তা (গুলি)'র তালিকা / ঠিকানাগুলি তালিকাভুক্ত করুন: _____

7. আপনার আঘাত / অসুস্থতার কারণে আপনি অন্যান্য কর্মসংস্থানের কর্ম থেকে সময় হারান? ☐ হ্যাঁ ☐ না

C. আঘাত বা অসুস্থতার তারিখে আপনার কাজ

1. আপনার কাজের শিরোনাম বা বিবরণ কি ছিল? _____

2. সাধারণত আপনার কাজে আপনি কি ধরনের কাজ করেন? _____

3. আপনার কাজ ছিল (একটিতে চেক করুন): ☐ ফুল টাইম ☐ পার্ট টাইম ☐ মৌসুমী ☐ স্বেচ্ছাসেবক ☐ অন্যান্য: _____

4. বেতন প্রতি আপনার মোট বেতন (ট্যাক্স এর আগে) কতো ছিল? _____ 5. আপনাকে কতো ঘনঘন মাইনে দেওয়া হতো? _____

6. আপনি আপনার বেতন ছাড়া থাকার খরচ বা টিপস পেয়েছেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না যদি হ্যাঁ, বর্ণনা করুন: _____

D. আপনার ইনজুরি বা অনিষ্ট

1. অসুস্থতার সূত্রপাত বা আঘাতের তারিখ: __ / __ / ____ 2. আঘাতের সময়: _____ ☐ পূর্বাহ্ণ ☐ অপরাহ্ণ

3. কোথায় আঘাত/অসুস্থতা ঘটেছে? (উদাহরণস্বরূপ, 1 মেন স্ট্রিট, পোর্টারসভিল, সামনে দোরগোড়ায়) _____

4. এটা কি আপনার স্বাভাবিক কর্ম অবস্থান ছিল? ☐ হ্যাঁ ☐ না যদি না, কেন আপনি এই অবস্থানে ছিল? _____

5. আপনি আহত বা অসুস্থ হওয়ার সময় আপনি কি করছেন? (উদাহরণস্বরূপ, একটি ট্রাক আনলোড করা, একটি রিপোর্ট টাইপ করা) _____

6. কিভাবে আঘাত/অসুস্থতা ঘটে? (উদাহরণস্বরূপ, আমি একটি পাইপের উপর হোঁচট খাই এবং মেঝের উপরে পড়ে যাই) _____

7. আপনার আঘাত / অসুস্থতার সম্পূর্ণরূপে ব্যাখ্যা করুন; প্রভাবিত হওয়া শরীরের অংশ তালিকাভুক্ত করুন (যেমন, বাম গোড়ালিতে মোচড় লাগা এবং কপাল কাটা) _____

WORKERS' COMPENSATION BOARD বৈষম্যহীনরূপে অক্ষম ব্যক্তিদের সেবা ও নিয়োগ করে।

আপনার নাম: _____ **আঘাত / অসুস্থতার তারিখ:** ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
প্রথম মধ্যমাক্ষর গত

D. আপনার ইনজুরি বা *অসুস্থ*

8. একটি বস্তু (যেমন, ফর্কলিফ্ট, হাতুড়ি, অ্যাসিড) আঘাত / অসুস্থতায় জড়িত ছিল? ☐ হ্যাঁ ☐ না যদি হ্যাঁ, কি? _____

9. কোনও লাইসেন্সযুক্ত মোটর গাড়ির ব্যবহার বা অপারেশনের ফলস্বরূপ ঘটেছিল? ☐ হ্যাঁ ☐ না

   যদি হ্যাঁ: ☐ আপনার গাড়ি ☐ নিয়োগকর্তার গাড়ি ☐ অন্য যানবাহন লাইসেন্স প্লেট নম্বর (যদি জানা থাকে): _____

   আপনার গাড়ি জড়িত থাকলে, আপনার মোটর গাড়ির বীমা ক্যারিয়ারের নাম এবং ঠিকানা দিন: _____

10. আপনি আপনার নিয়োগকর্তা (অথবা সুপারভাইজার) আঘাত / অসুস্থতার নোটিশ দিয়েছেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না

    যদি হ্যাঁ, বিজ্ঞপ্তি দেওয়া হয়: _____ ☐ মৌখিকভাবে ☐ লিখিত যে তারিখে নোটিশ দেওয়া: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

11. কেউ আপনার আঘাত ঘটতে দেখেছেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না ☐ অজানা যদি হ্যাঁ, নাম তালিকাভুক্ত: _____

E. কাজে ফিরে যাওয়া

1. আপনার আঘাত / অসুস্থতার কারণে আপনি কি কাজ বন্ধ করেছেন? ☐ হ্যাঁ হ্যাঁ, কোন তারিখে? ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ ☐ না, অনুচ্ছেদ F তে যান
2. আপনি কাজে ফিরে এসেছেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না হ্যাঁ, কোন তারিখে? ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ ☐ নিয়মিত দায়িত্ব ☐ সীমিত দায়িত্ব
3. আপনি যদি কাজে ফিরে আসেন, তবে এখন কার জন্য কাজ করছেন? ☐ একই নিয়োগকর্তা ☐ নতুন নিয়োগকর্তা ☐ স্ব নিযুক্ত
4. বেতন প্রতি আপনার মোট বেতন (ট্যাক্স আগে) কতো? _____ আপনি কত ঘন মাইনে পান? _____

F. এই আঘাত বা অসুস্থতার জন্য মেডিকেল চিকিত্সা

1. আপনার প্রথম চিকিত্সার তারিখ কি ছিল? ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ ☐ কোনটাই প্রাপ্ত করা হয়নি (প্রশ্ন F-5 এড়িয়ে যান)
2. আপনাকে কি সাইটে চিকিত্সা করা হয়েছিল? ☐ হ্যাঁ ☐ না
3. আপনি আপনার আঘাত / অসুস্থতা জন্য আপনার প্রথম অফ সাইট চিকিত্সা কোথায় পেয়েছেন? ☐ অপ্রাপ্ত ☐ ইমারজেন্সি রুম

   ☐ ইমারজেন্সি রুম ☐ ডাক্তারের অফিস ☐ ক্লিনিক / হাসপাতাল / জরুরি যত্ন ☐ হাসপাতালে 24 ঘন্টার বেশি সময় ধরে থাকা

   নাম এবং ঠিকানা যেখানে আপনার প্রথম চিকিত্সা করা হয়েছিল: _____

   _____ ফোন নম্বর: _____

4. আপনি এখনও এই আঘাত / অসুস্থতা জন্য চিকিত্সা নিচ্ছেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না

   এই আঘাত / অসুস্থতার জন্য আপনাকে চিকিত্সা করা ডাক্তারের নাম ও ঠিকানা দিন: _____

   _____ ফোন নম্বর: _____

5. আপনার কি একই শরীরের অংশ বা অনুরূপ অসুস্থতা অন্য আঘাত থাকার মনে আছে? ☐ হ্যাঁ ☐ না

   যদি হ্যাঁ, আপনি ডাক্তারের মাধ্যমে চিকিত্সা লাভ করেছেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না যদি হ্যাঁ, আপনার সাথে চিকিত্সা করা ডাক্তারের নাম ও ঠিকানাগুলি সরবরাহ করুন এবং এইফর্মটি সহ C-3.3 ফর্ম পূরণ করুন:

   _____

   _____

6. পূর্ববর্তী আঘাত / অসুস্থতা কাজ সংক্রান্ত ছিল? ☐ হ্যাঁ ☐ না

   যদি হ্যাঁ, আপনি কি সেই একই নিয়োগকর্তার জন্য কাজ করছিলেন যার জন্য আপনি এখন কাজ করছেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না

আমি শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ আইনের অধীনে বেনিফিটের জন্য দাবি করছি। আমার স্বাক্ষর নিশ্চিত করে যে আমি যে তথ্য সরবরাহ করছি তা আমার জ্ঞান এবং বিশ্বাসের সর্বোত্তম রূপে সঠিক এবং সত্য।

কোন ব্যক্তি যিনি জ্ঞানতঃ এবং ইচ্ছাকৃতভাবে প্রতারণা করার উদ্দেশ্যে উপস্থাপিত করে, উপস্থাপন করার কারণে, অথবা জ্ঞান বা বিশ্বাস মতে প্রস্তুত করে যে এটি একজন বীমা প্রদানকারী, বা স্ব-বীমা প্রদানকারীর দ্বারা উপস্থাপিত হবে এমন কোন তথ্য যার মধ্যে মিথ্যা বিবৃতি রয়েছে বা কোন উপাদান লুকিয়ে থাকে তাহলে তিনি অপরাধে অপরাধী সাব্যস্ত হবেন এবং পর্যাপ্ত জরিমানা ও কারাদণ্ড সাপেক্ষ।

কর্মচারীর স্বাক্ষর _____ মুদ্রণ নাম: _____ তারিখ: _____

কর্মচারীর পক্ষে _____ মুদ্রণ নাম: _____ তারিখ: _____

একজন ব্যক্তি কর্মচারীর পক্ষ থেকে স্বাক্ষর করতে পারে যদি সে আইনতভাবে তা করার জন্য অনুমোদিত হয় এবং কর্মচারী যদি নাবালক, মানসিকভাবে অক্ষম বা অযোগ্য হয়।

আমি আমার জ্ঞানের সর্বোত্তম রূপে, তথ্য এবং বিশ্বাসের মাধ্যমে প্রত্যয়িত করি, যা পরিস্থিতিগুলির অধীনে যুক্তিসংগত তদন্তের পর গঠিত হয়, উপরে বর্ণিত অভিযোগগুলি এবং অন্যান্য বিষয়গত বিষয়গুলি সাক্ষ্যপ্রমাণের সমর্থন আছে অথবা আরও তদন্তের জন্য যুক্তিসঙ্গত সুযোগের পরে প্রত্যক্ষ সহায়তার সম্ভাবনা রয়েছে বা আবিষ্কার।

অ্যাটর্নি / প্রতিনিধি (যদি থাকে)'র স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

মুদ্রণ নাম: _____ খেতাব: _____ তারিখ: _____

আইডি নম্বর, যদি থাকে: R _____ যদি প্রতিনিধি লাইসেন্সযুক্ত থাকে, লাইসেন্স নম্বর.: _____ মেয়াদ শেষ হওয়ার তারিখ: _____

কর্মচারী দাবি পূরণের জন্য নির্দেশাবলী (ফর্ম সি –3)

এই ফর্মটি পূরণ করুন এবং এই নির্দেশের শেষে তালিকাভুক্ত শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ কেন্দ্রের কেন্দ্রীয়কৃত মেইলিং ঠিকানায় পাঠান। যদি আপনি এই ফর্ম পূরণের অতিরিক্ত সাহায্যের প্রয়োজন হয়, তাহলে **1–877–632–4996. আপনি wcb.ny.gov এ অনলাইনে এই ফর্মটি পূরণ করতে পারেন। যদি আপনার কর্মীদের ক্ষতিপূরণ বোর্ড কেস নম্বর না থাকে বা জানেন না, তবে দয়া করে এই ক্ষেত্রটি খালি রাখুন। এটা আপনার দাবি প্রক্রিয়া করার প্রয়োজন হয় না। আপনার নাম এবং আপনার আঘাত / অসুস্থতার তারিখ পৃষ্ঠা দুই শীর্ষে লিখতে মনে রাখবেন।**

বিভাগ A – আপনার তথ্য (কর্মচারী):

বিভাগ A, আপনার নাম, ঠিকানা এবং অন্যান্য অনুরোধ তথ্য লিখুন।

আইটেম 7 নোট: বোর্ড শুনানিতে ইংরেজি পরিচালিত হয়। যদি আপনার অনুবাদক দরকার হয়, হ্যাঁ নির্বাচন করুন এবং প্রয়োজনীয় ভাষা নির্দেশ করুন।

নিউইয়র্ক ব্যক্তিগত গোপনীয়তা সুরক্ষা আইন অনুসারে বিজ্ঞপ্তি

(পাবলিক অফিসার ল আইন 6–এ) এবং ফেডারেল প্রাইভেসি অ্যাক্ট 1974 (5 ইউএসসি § 552 এ)।

শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ ক্ষতিপূরণ বোর্ডের (বোর্ডের) কর্তৃপক্ষ দাবি করে যে দাবিবিদরা তাদের সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর সহ ব্যক্তিগত তথ্য সরবরাহ করে, তারা শ্রমিকের ক্ষতিপূরণ আইন (WCL) § 20 এর অধীনে বোর্ডের তদন্তকারী কর্তৃপক্ষ থেকে প্রাপ্ত এবং WCL § 142 এর অধীনে তার প্রশাসনিক কর্তৃপক্ষ থেকে প্রাপ্ত। এই তথ্য তদন্তের জন্য এবং সম্ভাব্য দাবীর পক্ষে পরিচালনা করার জন্য এবং সঠিক দাবির রেকর্ড বজায় রাখতে সহায়তা করার জন্য এটি সংগ্রহ করা হয়। বোর্ডের নিকট আপনার সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বরটি প্রদান করুন। এই ফর্মটিতে আপনার সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বরটি সরবরাহ করতে ব্যর্থ হলে, কোনও শাস্তি নেই; এটি আপনার দাবির প্রত্যাখ্যান বা সুবিধা হ্রাসের কারণ হবে না। বোর্ড যত তথ্য দখলে রাখে, সেই সকল ব্যক্তিগত তথ্যের গোপনীয়তা রক্ষা করবে, শুধুমাত্র সেগুলো অফিসিয়াল প্রয়োজনে এবং প্রযোজ্য রাষ্ট্র এবং ফেডারেল আইন অনুসারে প্রকাশ করবে।

বিভাগ B – আপনার নিয়োগকর্তা (গুলি):

বিভাগ B তে, নাম, ঠিকানা, ফোন নম্বর এবং ইনজুরি / অসুস্থতার সময় আপনি যে নিয়োগকর্তার জন্য কাজ করছেন তার অন্যান্য তথ্য লিখুন। দ্রষ্টব্য: আপনার নিয়োগকর্তা আপনার paycheck সমস্যা যে সংস্থা বা সংস্থা। আপনি যদি কোনও কাজের সাইট বা অফিসে একজন ঠিকাদার হন তবে আপনার নিয়োগকারী স্টাফিং সংস্থা বা বিক্রেতা আপনার নিয়োগকর্তা নয়, আপনার কাজ করার জন্য রিপোর্ট করা সাইট সাইট বা অফিস নয়।

বিভাগ C – আঘাত বা অসুস্থতার তারিখ আপনার কাজ:

বিভাগ C, আপনার কাজের শিরোনাম, কাজ কার্যক্রম এবং তথ্য প্রদান করুন।

বিভাগ D – আপনার আঘাত বা অসুস্থতা:

বিভাগ D, আপনার আঘাত বা অসুস্থতা তথ্য লিখুন।

আইটেম 1: আপনি আহত হওয়া তারিখটি প্রবেশ করুন বা আপনি অসুস্থ হয়েছেন বলে মনে করেন প্রথম তারিখটি লিখুন।
যদি এটি একটি অসুস্থতা বা পেশাগত রোগ হয় তবে আইটেমটি 2 টি এড়িয়ে যান। আপনার আহত হওয়া তারিখটি অবশ্যই মাস / দিন / বছরের ফর্ম্যাটে থাকা উচিত। বছরের চার সংখ্যা, যেমন, 2015 লিখতে হবে।
আইটেম 2: আঘাত ঘটে যখন সময় লিখুন। এটি AM বা PM কিনা তা পরীক্ষা করে দেখুন।
আইটেম 3: আঘাত / অসুস্থতার ঘটনা যেখানে বিল্ডিংয়ের ঠিকানা এবং বিল্ডিং / শারীরিক অবস্থানের অন্তর্গত যেখানে আঘাতের / অসুস্থতা ঘটেছে সেটি চিহ্নিত করুন।
আইটেম 4: এই আপনার স্বাভাবিক কাজ অবস্থান কিনা তা পরীক্ষা করুন। যদি তা না হয় তবে ব্যাখ্যা করুন কেন আপনি এই অবস্থানে ছিলেন।
আইটেম 5: আঘাত / অসুস্থতার সময় আপনি কী করছেন তা বিস্তারিতভাবে বর্ণনা করুন (উদাহরণস্বরূপ, হাতে ট্রাক থেকে আনলোড করার বাক্স)। এই আঘাত পর্যন্ত নেতৃস্থানীয় ঘটনা ব্যাখ্যা করে।
আইটেম 6: ইনজুরি / অসুস্থতা কীভাবে ঘটেছে তা বিস্তারিতভাবে বর্ণনা করুন (উদাহরণস্বরূপ, আমি একটি ট্রাক থেকে ভারী বাক্সটি তুলে নিচ্ছিলাম)। এই ইনজুরি / অসুস্থতা জড়িত সব মানুষ এবং ঘটনা অন্তর্ভুক্ত করা উচিত।
আইটেম 7: আপনার আঘাত / অসুস্থতার প্রকৃতি এবং ব্যাপ্তিকে সম্পূর্ণভাবে ইঙ্গিত করুন, সহ সকল শরীরের অংশ আহত। সম্ভব হিসাবে নির্দিষ্ট হতে (যেমন, আমি একটি ভারী বাক্স উত্তোলন করার চেষ্টা আমার পিঠ চাপিয়ে। এটা এখন উপর হালকা বা এমনকি হালকা বস্তু রাখা আঘাত করে)।
আইটেম 8: কোন লাইসেন্স লাইসেন্সযুক্ত মোটর গাড়ির**ছাড়া**দুর্ঘটনায় জড়িত ছিল কিনা তা ইঙ্গিত করে অন্য বস্তুগুলির মধ্যে একটি সরঞ্জাম (যেমন, হাতুড়ি), রাসায়নিক (উদাহরণস্বরূপ, অ্যাসিড), যন্ত্রপাতি (যেমন, ফর্কলিফ্ট বা ড্রিল প্রেস), ইত্যাদি অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে।
আইটেম 9: একটি লাইসেন্সকৃত মোটর গাড়ির দুর্ঘটনা জড়িত ছিল যদি ইঙ্গিত। যদি তাই হয়, জড়িত মোটর গাড়ির আপনার, আপনার নিয়োগকর্তা, অথবা একটি তৃতীয় পক্ষের কিনা তা পরীক্ষা করুন। লাইসেন্স প্লেট নম্বর অন্তর্ভুক্ত (যদি পরিচিত)। আপনার গাড়িতে জড়িত থাকলে, আপনার অটোমোবাইল দায় বীমা ক্যারিয়ারের নাম এবং ঠিকানাটি পূরণ করুন।
আইটেম 10: আপনি আপনার নিয়োগকর্তা বা আপনার আঘাত বা অসুস্থতার সুপারভাইজার নোটিশ দিয়েছেন কিনা তা পরীক্ষা করুন। যদি তাই হয়, তাহলে মৌখিক বা লিখিতভাবে যদি আপনি বিজ্ঞপ্তি দিয়েছেন, তা নির্দেশ করুন। আপনি নোটিশ দিয়েছেন তারিখ অন্তর্ভুক্ত করুন।
আইটেম 11: আঘাত অন্য কেউ দেখেছি কিনা তা পরীক্ষা করুন। যে কেউ এটি দেখতে না, তাদের নাম (গুলি) অন্তর্ভুক্ত করুন।

বিভাগ E – কাজের জন্য ফিরে যান:

আইটেম 1: আপনি যদি আপনার কাজের সম্পর্কিত আঘাত / অসুস্থতার ফলে কাজ বন্ধ করে দেন তবে হ্যাঁ চেক করুন এবং আপনি যে তারিখটি বন্ধ করতে চান তা নির্দেশ করুন। আপনি যদি কাজ বন্ধ না করে থাকেন, তবে চেক করুন এবং পরবর্তী বিভাগে যান।
আইটেম 2: আপনি কাজ থেকে ফিরে এসেছেন, হ্যাঁ চেক করুন। এছাড়াও আপনি কোন কাজটি আবার শুরু করতে চান তার সাথে সাথে আপনি যদি আপনার স্বাভাবিক দায়িত্বগুলিতে ফিরে আসেন বা লিমিটেড বা সীমাবদ্ধ ডিউটিতে থাকেন তবেও নির্দেশ করুন। (আপনি যদি আপনার সম্পূর্ণ পূর্ব–আঘাত বা অসুস্থতার কাজগুলিতে ফিরে না যান তবে আপনি লিমিটেড ডিউটিতে আছেন।)
আইটেম 3: আপনি যদি কাজে ফিরে আসেন তবে ইঙ্গিত করুন যে আপনি এখন কার জন্য কাজ করছেন।
আইটেম 4: আপনি এখন যে কাজটি করছেন সেটির জন্য প্রদানের সময়সীমা প্রতি আপনার মোট বেতন (ট্যাক্স বেতন আগে) লিখুন। কত বার আপনি একটি চেকচিহ্ন (সাপ্তাহিক, দ্বি সাপ্তাহিক, ইত্যাদি) প্রাপ্ত হয় তা নির্দেশ করুন।

বিভাগ F – এই আঘাত বা অসুস্থতার জন্য চিকিৎসা চিকিত্সা:

আইটেম 1: যদি আপনি এই আঘাতের / অসুস্থতার জন্য চিকিত্সার ব্যবস্থা না পান, তবে কেউই পাবেন না এবং আইটেম 5 এ যান। অন্যথায়, এই আঘাত / অসুস্থতার জন্য আপনি প্রথমে চিকিত্সা গ্রহণের তারিখটি প্রবেশ করান এবং এই বিভাগটির বাকি অংশটি পূরণ করুন।

আইটেম 2: আপনি এই আঘাত বা অসুস্থতার জন্য প্রথমবার চিকিত্সা করা হয় কিনা তা পরীক্ষা করুন।

আইটেম 3: আপনি আপনার আঘাত বা অসুস্থতার জন্য সাইট চিকিত্সা প্রথম চিকিৎসা গ্রহণ যেখানে অবস্থান চেক করুন। সুবিধাটির নাম ও ঠিকানা সহ ফোন নম্বর (এলাকা কোড সহ) অন্তর্ভুক্ত করুন।

আইটেম 4: যদি আপনি এখনও একই আঘাতের বা অসুস্থতার জন্য চলমান চিকিত্সা পান তবে হ্যাঁ চেক করুন এবং চিকিত্সার পাশাপাশি ফোন নম্বর (এলাকা কোড সহ) প্রদানকারী ডাক্তারের নাম এবং ঠিকানা উল্লেখ করুন; অন্যথায়, নম্বর চেক করুন।

আইটেম 5: যদি আপনি বিশ্বাস করেন যে আপনি একই দেহের অংশ বা অনুরূপ অসুস্থতার জন্য ইতোমধ্যেই আঘাত পেয়েছেন তবে হ্যাঁ চেক করুন এবং ইঙ্গিত করুন যে এই আঘাতের বা অসুস্থতার জন্য আপনাকে ডাক্তারের সাথে চিকিত্সা করা হয়েছে কিনা। যদি আপনার ডাক্তারের সাথে চিকিত্সা করা হয়, তবে সেই ফর্মের সাথে একত্রে ডাক্তারের (গুলি) ঠিকানা এবং ঠিকানা নির্দেশ করুন এবং যত্ন**সহকারে ফর্ম পূরণ করুন এবং ফর্ম C-3-3 ফাইল করুন।**

আইটেম 6: আপনার যদি পূর্বের আঘাতের বা অসুস্থতা থাকে তবে আপনার আগের আঘাত বা অসুস্থতাটি কাজ-সম্পর্কিত কিনা তা পরীক্ষা করুন। যদি হ্যাঁ, আপনার বর্তমান নিয়োগকর্তার জন্য কাজ করার সময় আঘাত বা অসুস্থতা ঘটে কিনা তা পরীক্ষা করুন।

পৃষ্ঠা 2 এ কর্মচারী স্বাক্ষরের জন্য প্রদত্ত স্থানে সাইন ফর্ম C-3, আপনার নাম মুদ্রণ করুন, এবং ফর্মটি সাইন করার তারিখটি দিন। যদি তৃতীয় পক্ষের কর্মচারীর পক্ষ থেকে সাইন ইন করা হয়, সে ব্যক্তির দ্বিতীয় স্বাক্ষর লাইন সাইন ইন করা উচিত। আপনার যদি আইনি প্রতিনিধিত্ব থাকে, আপনার প্রতিনিধি অবশ্যইপৃষ্ঠার নীচের অংশে অ্যাটর্নি / প্রতিনিধির শংসাপত্র বিভাগটি সম্পূর্ণ এবং সাইন ইন করতে হবে

চাকরির কাজ বা পেশাগত রোগের ক্ষেত্রে প্রত্যেক শ্রমিককে কী করা উচিত?

1. আপনার নিয়োগকর্তা বা সুপারভাইজারকে সঙ্গে সঙ্গে জানান যে, কোথায় এবং কিভাবে আপনি আহত হয়েছেন।
2. অবিলম্বে নিরাপদ চিকিৎসা সেবা।
3. আপনার ডাক্তারকে বোর্ডের সাথে এবং আপনার নিয়োগকর্তা বা তার বীমা ক্যারিয়ারের সাথে মেডিকেল রিপোর্টগুলি দাখিল করতে বলুন।
4. এই দাবিটি ক্ষতিপূরণ দেওয়ার জন্য এবং নিকটতম শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ বোর্ড অফিসে পাঠান। (নিচে দেখুন।) আঘাতের তারিখের দুই বছরের মধ্যে ফাইলটি ব্যর্থ হওয়ার ফলে আপনার দাবি অস্বীকার করা হতে পারে। যদি আপনি এই ফর্ম পূরণে সাহায্যের প্রয়োজন বোধ করেন, টেলিফোন করুন অথবা নীচে তালিকাভুক্ত নিকটতম শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ বোর্ড অফিসে যান।
5. প্রদর্শিত বিজ্ঞপ্তি যখন সব শুনানিতে যান।
6. যত তাড়াতাড়ি সম্ভব আপনি কাজ করতে ফিরে যান; ক্ষতিপূরণ আপনার বেতন হিসাবে উচ্চ হয় না।

তোমার অধিকারগুলো:

1. সাধারনত, আপনি আপনার পছন্দের ডাক্তারের দ্বারা চিকিত্সা করার অধিকারী হন, তবে বোর্ড কর্তৃক অনুমোদিত। যদি আপনার নিয়োগকর্তা একটি পছন্দের সরবরাহকারী প্রতিষ্ঠান (পিপিও) ব্যবস্থায় জড়িত হন, তাহলে আপনাকে অবশ্যই পছন্দসই প্রদানকারী সংস্থা থেকে প্রাথমিক চিকিৎসা গ্রহণ করতে হবে যা শ্রমিক ক্ষতিপূরণ ক্ষতিপূরণগুলির জন্য স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবা প্রদানের জন্য মনোনীত করা হয়েছে।
2. আপনার ডাক্তার বা হাসপাতালে পরিশোধ করবেন না। আপনার মামলা বিতর্কিত না হলে তাদের বিল বীমা ক্যারিয়ার দ্বারা প্রদান করা হবে। আপনার ক্ষেত্রে যদি বিতর্কিত হয় তবে বোর্ডটি আপনার মামলাটি স্থির না হওয়া পর্যন্ত ডাক্তার বা হাসপাতালে অবশ্যই অর্থের জন্য অপেক্ষা করতে হবে। আপনি যদি আপনার মামলা দায়ের করতে ব্যর্থ হন বা বোর্ড আপনার বিরুদ্ধে সিদ্ধান্ত নেয় তবে আপনাকে ডাক্তার বা হাসপাতালে অর্থ প্রদান করতে হবে।
3. এছাড়াও আপনি ড্রাগ, ক্রাচ, বা আপনার ডাক্তারের দ্বারা সঠিকভাবে নির্ধারিত যে কোন যন্ত্রপাতি এবং ভাড়াগুলি বা আপনার ডাক্তারের অফিস থেকে বা হাসপাতালে যাওয়া অন্যান্য প্রয়োজনীয় খরচগুলি ফেরত পাওয়ার অধিকারী। (যেমন খরচ জন্য প্রাপ্তি পান।)
4. আপনার আঘাত সাত দিনেরও বেশি সময় ধরে কাজ থেকে আপনাকে বিরত রাখে, তাহলে আপনাকে ক্ষতিপূরণ প্রদানের অধিকারী, কম মজুরিতে কাজ করতে বাধ্য হয়, অথবা আপনার শরীরের যে কোনো অংশে স্থায়ী অক্ষমতা হতে পারে।
5. দাবিটি বিতর্কিত হয়ে গেলে সরাসরি ছাড় দেওয়া এবং পুরস্কারের জন্য অপেক্ষা না করা পর্যন্ত।
6. আহত শ্রমিক বা মৃত শ্রমিকের উপর নির্ভরশীল ব্যক্তিরা বোর্ডের আগে বিষয়গুলিতে নিজেদের প্রতিনিধিত্ব করতে পারে অথবা তাদের প্রতিনিধিত্ব করার জন্য একজন আইনজীবি বা লাইসেন্সপ্রাপ্ত প্রতিনিধি বজায় রাখতে পারেন। যদি কোন অ্যাটর্নি বা লাইসেন্সপ্রাপ্ত প্রতিনিধি বজায় থাকে তবে আইনি পরিষেবাগুলির জন্য তার ফি বোর্ড দ্বারা পর্যালোচনা করা হবে এবং অনুমোদিত হলে ক্ষতিপূরণ প্রদানকারী সুবিধার কারণে নিয়োগকর্তা বা বীমা কোম্পানী দ্বারা অর্থ প্রদান করা হবে। আহত শ্রমিকদের বা মৃত শ্রমিকদের উপর নির্ভরশীলরা সরাসরি অ্যাটর্নি বা লাইসেন্সপ্রাপ্ত প্রতিনিধিকে কোনও ক্ষতিপূরণ ক্ষেত্রে তাদের প্রতিনিধিত্ব করবেন না।
7. যদি আপনার কাজের জন্য ফিরে যাওয়ার জন্য সাহায্যের প্রয়োজন হয় বা আপনার আঘাতের কারণে পরিবার বা আর্থিক সমস্যা হয়, তাহলে আপনার নিকটবর্তী শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ বোর্ড অফিসে যোগাযোগ করুন এবং পুনর্বাসনের কাউন্সিলর বা সামাজিক কর্মীকে জিজ্ঞাসা করুন।

এই ফর্মটি নীচে তালিকাভুক্ত ঠিকানায় পাঠিয়ে দায়ের করা উচিত:

New York State Workers' Compensation Board
Centralized Mailing
PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5205

গ্রাহক সেবা টোল-ফ্রি নম্বর: 877-632-4996

নিউ ইয়র্ক স্টেট
Workers' Compensation Board

Workers' Compensation Board অনুমোদিত অনুমোদিত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর নির্বাচন করার অধিকার

আহত কর্মচারী নাম	আহত কর্মচারী এর সামাজকি নরিাপত্তা নম্বর	দুর্ঘটনার তারখি
নয়িে াগকর্তার নাম এবং ঠকিানা		

আহত কর্মচারীকে:
আপনার কাজের সম্পর্কিত আঘাত বা অসুস্থতার চিকিৎসার জন্য আপনি কোনও চিকিৎসক, পডিয়াট্রিস্ট, চিরোপ্যাক্টর, অথবা মনোবৈজ্ঞানিক (একজন অনুমোদিত চিকিত্সকের কাছ থেকে রেফারাল হিসাবে) চয়ন করতে পারেন যিনি Workers' Compensation Board অনুমোদিত এবং শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ প্রদানকারী রোগীদের গ্রহণ করছেন।

আপনি যখন আপনার নিয়োগকর্তা বা তার কর্মীদের ক্ষতিপূরণ ক্ষতিপূরণ ক্যারিয়ারের সুপারিশকারী নেটওয়ার্ক বা প্রদানকারীর ব্যবহার করতে পারেন বা আপনার নিয়োগকর্তাকে আপনার পক্ষ থেকে কোনও সরবরাহকারীর অনুমতি দেওয়ার অনুমতি দিতে পারেন, তখন আপনি যে কোনও সময় বিপত্তি ছাড়াই আপনার স্বাস্থ্যসেবা সরবরাহকারীকে পরিবর্তন করতে পারেন আপনার কর্মীদের ক্ষতিপূরণ সুবিধা জন্য দাবি।

আহত কর্মচারীর	স্বাক্ষর	তারিখ সাক্ষী তারিখের	স্বাক্ষর

অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন: আপনার নিয়োগকর্তা যদি (i) ওয়ার্কার্স ক্ষতিপূরণ ক্ষতিপূরণ আইনের আর্টিকেল 10-A এর অধীনে একটি প্রত্যয়িত পছন্দের প্রদানকারী সংস্থা (পিপিও) তে অংশগ্রহণের জন্য এই সম্মতি ফর্মটিতে সাইন ইন করার প্রয়োজন হয় না, অথবা (ii) বিকল্প বিরোধ রেজল্যুশনতে অংশগ্রহণ করছেন (এডিআর) পাইলট প্রোগ্রাম শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ আইনের ধারা 25(2-c) এর অধীনে। জরুরি অবস্থা ব্যতীত এই সংবিধিবদ্ধ কর্মসূচি অনুসারে, আপনাকে কমপক্ষে শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণের আঘাত বা আপনার নিয়োগকর্তার দ্বারা নির্ধারিত প্রত্যয়িত নেটওয়ার্ক (গুলি) বা সরবরাহকারীর অসুস্থতার জন্য অন্তত প্রাথমিক চিকিৎসা গ্রহণ করতে হবে।

নিয়োগকর্তা যাও:
নিয়োগকর্তা এই স্বাক্ষরিত ফর্মটির একটি অনুলিপি সহ উপরে নামযুক্ত আহত কর্মচারীকে সরবরাহ করবেন এবং নিয়োগকর্তার রেকর্ডগুলিতে মূল ফর্ম বজায় রাখবেন যেখানে এটি Workers' Compensation Board দ্বারা যে কোনও সময়ে পরিদর্শন করা যেতে পারে। এই ফর্মটি Workers' Compensation Board এ জমা দেওয়া হবে না এবং এই কর্মচারীর কাজের সম্পর্কিত আঘাত বা অসুস্থতার ঘটনার পূর্বে এটি কার্যকর করা হবে না।

Workers' Compensation Board নিয়োগ এবং বৈষম্যহীন ব্যক্তিদের সেবা করে।

NEW YORK STATE | Workers' Compensation Board

স্বাস্থ্য তথ্য সীমিত মুক্তি
(HIPAA)
নিউ ইয়র্ক স্টেট - Workers' Compensation Board

C-3.3

WCB কেস নম্বর (*যদি আপনি এটি জানেন*) : _____

দাবিদার: যদি আপনি একই শরীরের অংশে পূর্বের আঘাতের জন্য চিকিৎসা গ্রহণ করে থাকেন বা আপনার বর্তমান দাবিতে বর্ণিত অসুস্থতার সম্মুখীন হয়ে থাকেন তবে এই ফর্মটি পূরণ করুন। এই ফর্মটি আপনাকে আপনার পূর্ববর্তী আঘাত / অসুস্থতার বিষয়ে আপনার নিয়োগকর্তার শ্রমিক ক্ষতিপূরণ প্রদানকারীকে স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ করার জন্য নীচের তালিকাগুলি সরবরাহ করে। ফেডারেল এইচআইপিএএ আইন (1996 সালের স্বাস্থ্য বীমা পোর্টেবিলিটি অ্যান্ড একাউন্টেবিলিটি অ্যাক্ট) বলছে যে আপনার এই ফর্মটির অনুলিপি পাওয়ার অধিকার রয়েছে। আপনি যদি এই ফর্মটি বুঝতে না পারেন তবে আপনার আইনী প্রতিনিধিদের সাথে কথা বলুন। আপনার যদি কোন আইনী প্রতিনিধি না থাকে, তাহলে শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ বোর্ডের পক্ষে অ্যাডভোকেট আপনাকে সাহায্য করতে পারে। কল করুনঃ 800–580–6665.

স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর কাছে: এই HIPAA–compliant রিলিজের একটি অনুলিপি আপনাকে স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ করতে দেয়। যদি আপনি এই রিলিজের প্রতিক্রিয়ায় নিয়োগকর্তার কর্মীদের ক্ষতিপূরণ প্রদানকারীর কাছে রেকর্ড পাঠান তবে দাবীদারের আইনি প্রতিনিধির কাছেও কপি প্রেরণ করুন। (যদি কোন আইনি প্রতিনিধি নীচে তালিকাভুক্ত না হয় তবে দাবীদারকে কপি পাঠান।) রেকর্ড প্রকাশ যারা স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী নিউ ইয়র্ক রাষ্ট্র আইন এবং HIPAA অনুসরণ করা আবশ্যক।

এই রিলিজ হয়:

- **স্বেচ্ছাসেবক।** আপনার স্বাস্থ্যের যত্ন প্রদানকারীর আপনাকে একই যত্ন, পেমেন্ট শর্তাদি এবং সুবিধাগুলি অবশ্যই দিতে হবে, আপনি এই ফর্মটি সাইন ইন করেন কিনা বা না।
- **সীমিত।** এটি আপনার স্বাস্থ্য পরিষেবা সরবরাহকারীকে কেবল সেই স্বাস্থ্য সংক্রান্ত রেকর্ডগুলি ছেড়ে দেওয়ার অনুমতি দেয় যা পূর্বের অসুস্থতা / শর্তের সাথে সম্পর্কিত, যা আপনি নীচের বর্ণনা করেন।
- **অস্থায়ী।** যখন ক্ষতিপূরণের জন্য আপনার বর্তমান দাবি প্রতিষ্ঠিত হয় বা অনুমোদিত হয় তখন এটি শেষ হয় এবং সমস্ত আপিলগুলি ক্লান্ত হয়।
- **বাতিলযোগ্য।** আপনি যে কোনো সময় এই রিলিজ বাতিল করতে পারেন। বাতিল করতে, এই ফর্মের তালিকাভুক্ত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর কাছে একটি চিঠি পাঠান। এছাড়াও, আপনার নিয়োগকর্তার শ্রমিক ক্ষতিপূরণ প্রদানকারীর এবং শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ বোর্ডে আপনার চিঠিটি একটি কপি পাঠান। দ্রষ্টব্য: আপনি ইতিমধ্যে প্রদান চিকিৎসা সংক্রান্ত সম্মান সঙ্গে এই রিলিজ বাতিল করতে পারে না।
- **শুধুমাত্র রেকর্ডের জন্য।** এটি আপনার স্বাস্থ্যের যত্ন প্রদানকারীকে এই ফর্মটিতে তালিকাভুক্ত করে আপনার স্বাস্থ্যকর্মীর রেকর্ডগুলি আপনার নিয়োগকর্তার শ্রমিক ক্ষতিপূরণ প্রদানকারীর কাছে পাঠানোর অনুমতি দেয়।

এই ফর্মটি আপনার স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর নিম্নলিখিত ধরণের তথ্য প্রকাশ করার অনুমতি দেয় না:

- **এইচআইভি সম্পর্কিত তথ্য**
- **সাইকোথেরাপি নোট**
- **অ্যালকোহল / ড্রাগ চিকিত্সা**
- **মানসিক স্বাস্থ্য চিকিত্সা** (যদি না আপনি নীচে চেক করেন)
- **মৌখিক তথ্য** (আপনার স্বাস্থ্যের যত্ন প্রদানকারীরা আপনার স্বাস্থ্যের যত্ন সম্পর্কিত তথ্য কারো সাথে আলোচনা করতে পারে না)

মুক্তিপ্রাপ্ত কোন মেডিকেল রেকর্ডগুলি আপনার কর্মীদের ক্ষতিপূরণ ফাইলের অংশ হয়ে ওঠে এবং শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ আইনের অধীনে গোপনীয়।

A. আপনার তথ্য (দাবীদার)

1. নাম: _____ 2. সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বরঃ ☐☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐
3. চিঠি পাঠানোর ঠিকানা: _____
4. জন্ম তারিখ: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ 5. বর্তমান আঘাত / অসুস্থতার তারিখ: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
6. বর্তমান আঘাতের / অসুস্থতা, সব শরীরের অংশ সহ আহত: _____
7. আপনার আইনি প্রতিনিধির নাম এবং ঠিকানা (যদি থাকে) : _____

☐ মানসিক স্বাস্থ্যের যত্ন সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ করার জন্য আপনি যদি আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর (গুলি) অনুমতি দেন তবে এখানে পরীক্ষা করুন।

B. আপনার স্বাস্থ্য যত্ন অভিভাবক (এস)।

(একই শারীরিক অংশ বা অনুরূপ অসুস্থতার পূর্ববর্তী আঘাতের জন্য আপনাকে চিকিত্সা করেছেন এমন সমস্ত স্বাস্থ্যসেবা সরবরাহকারীগুলিকে তালিকাভুক্ত করুন। যদি 2 টির বেশি সরবরাহকারী এই ফর্মটিতে তাদের যোগাযোগের তথ্য সংযুক্ত করে।)

1. প্রদানকারী: _____ 2. ফোন নম্বর: _____
3. চিঠি পাঠানোর ঠিকানা: _____
4. অন্য প্রদানকারী (যদি থাকে) : _____ 5. ফোন নম্বর: _____
6. চিঠি পাঠানোর ঠিকানা: _____

C. পড়ুন এবং সাইন ইন করুন।

আমি এইভাবে অনুরোধ করছি যে উপরে তালিকাভুক্ত স্বাস্থ্যসেবা সরবরাহকারী আমার নিয়োগকর্তার কর্মীদের ক্ষতিপূরণ প্রদানকারীর কোনও পূর্ববর্তী আঘাত / অসুস্থতার সাথে সম্পর্কিত সমস্ত স্বাস্থ্যের রেকর্ডগুলি উপরে বর্ণিত সমস্ত শরীরের অংশগুলিতে কপি করে।

_____ _____
দাবিদারের স্বাক্ষর (শুধুমাত্র কালি – যদি সম্ভব হয়, নীল বলপয়েন্ট কলম ব্যবহার করুন।) তারিখ

যদি দাবিদার সাইন ইন করতে অক্ষম, তার পক্ষে স্বাক্ষরকারী ব্যক্তি পূরণ করতে হবে এবং নীচে সাইন ইন করতে হবে:

_____ _____ _____ _____
আপনার নাম | দাবিকারী স্বাক্ষর | সম্পর্ক (শুধুমাত্র কালি – সম্ভব হলে নীল বলপয়েন্ট কলম ব্যবহার করুন।) | তারিখ

নিউ ইয়র্কস্টেট ইন্সুরেন্স ফান্ড
ফার্মেসি সংক্রান্ত সু োগ-সুবিধা ব্যবস্থাপনা

কর্মীদের কাজ-সম্পর্কিত আঘাত বা অসুস্থতার জন্য নিউ ইয়র্কস্টেট ইন্সুরেন্স ফান্ড (NYSIF) নিয়োগকর্তাদেরকে কর্মীদের ক্ষতিপূরণের বিমা কভারেজ প্রদান করে। সমস্ত মেডিকেল প্রেসক্রিপশনের ওষুধ নেওয়ার জন্য একটি সহজ ও সুবিধাজনক উপায় হিসেবে এই প্ল্যানের মধ্যে 67,000-এর বেশি অংশগ্রহণকারী ফার্মেসির একটি নেটওয়ার্ক অন্তর্ভুক্ত। আপনাকে যদি কাজ-সম্পর্কিত আঘাত বা অসুস্থতার জন্য ওষুধ প্রেসক্রিপশন করা হয় তাহলে এটি অবশ্যই CareComp ফার্মেসি নেটওয়ার্কের মধ্যের কোনও ফার্মেসি থেকে ´তে হবে।

NYSIF একটি "শর্ট- ফল" প রষেবাও রদা করে, যা আপ ার দা ব গৃহীত হওয়ার আগেই আপ াকে ফার্মে সর সু বধাগু ল টপতে স ষর্ম করে। য দও আর্মাদের এই প রষেবাগু ল টদওয়ার রয়োজ ট ই ক তু কাজ-স প র্কত আঘাত বা অসু ততার পরের রথর্ম, র্কঠ দ গু লতে আপ াকে টসরে উঠতে সাহায্য করার জ ্য আর্মরা আপ াকে ট রস ক্রপশ করা সী মিত সং ্যক ওষুধের সুবিধা দেব যা শুধু মা র কেয়ারক প ফা র্মেসি নেটওয়ার্ক থেকেই নেওয়া যাবে।

যেকোনও অংশগ্রহণকারী ফার্মেসি থেকে প্রেসক্রিপশনের ওষুধ নেওয়ার জন্য - অনুগ্রহ করে এই পৃষ্ঠার পিছন দিকে দেওয়া ফর্মটি ব্যবহার করুন - "কর্মীদের ক্ষতিপূরণের অস্থায়ী প্রেসক্রিপশন পরিষেবা আইডি"। ফর্মটি পূরণ করার জন্য:

ধাপ 1: আপনার নিয়োগকর্তা তাদের **ব্যবসার নাম** এবং **পলিসি নম্বর** লিখবেন।

ধাপ 2: বাকি ফর্মটিতে আপনার **দাবি** এবং **যোগাযোগের তথ্য** লিখে সম্পূর্ণ করুন।

ধাপ 3: সম্পূর্ণ করা ফর্ম এবং **প্রেসক্রিপশনটি** কেয়ারকম্প ফার্মেসি নেটওয়ার্কের যেকোনও একটি ফার্মেসিতে নিয়ে আসুন।

ধাপ 4: নিশ্চিত দুর্ঘটনার 10 দিনের মধ্যে, আপনি **CVS কেয়ারমার্কের থেকে একটি প্যাকেট** পাবেন। এই প্যাকেটে একটি **পার্মানেন্ট আইডেন্টিফিকেশন কার্ড** থাকবে যা কাজ-সম্পর্কিত আঘাত বা অসুস্থতার জন্য প্রেসক্রিপশনের ওষুধ নেওয়ার সময় ব্যবহার করতে হবে।

আপনি www.wcrxpharmacylocator.com-এ গিয়ে বা **(866) 493-1640** নম্বরে 24-ঘণ্টার রোগী পরিষেবা হটলাইনে ফোন করে স্থানীয় অংশগ্রহণকারী ফার্মেসিগুলি সম্বন্ধে জানতে পারেন।

আপনার যদি কোনও প্রশ্ন থাকে বা সহায়তার প্রয়োজন হয় তাহলে অনুগ্রহ করে www.nysif.com/networkbenefits-এ যান বা (888) 875-5790 নম্বরে ফোন করে NYSIF-এর সাথে যোগাযোগ করুন।

কর্মীদের ক্ষতিপূরণের অস্থায়ী প্রেসক্রিপশন পরিষেবা আইডি
গুরুত্বপূর্ণ তথ্য

আঘাতপ্রাপ্ত কর্মী মনোযোগ দিন

আপনি যখন আপনার প্রাথমিক প্রেসক্রিপশন(গুলি)-এর ওষুধ নেবেন তখন এই কর্মীদের ক্ষতিপূরণের অস্থায়ী প্রেসক্রিপশন পরিষেবা আইডি ফর্মটি আপনার ফার্মাসিস্টকে অবশ্যই দেখাতে হবে।

আপনার যদি কোনও প্রশ্ন থাকে বা অংশগ্রহণকারী ফার্মেসি চিহ্নিত করতে চান তাহলে অনুগ্রহ করে 1-866-493-1640 ন রে রফান করে CVS রকয়ারমার্কের রাহক পরিবেষার সাথে রযাগাযোগ করুন।

ফা র্মাসি ট/নিয়োগকর্তা – ফর্মটি পূরণ করা হয়ে রগলে এই ন রে ফ্যা ষ করে CVS রকয়ারমার্কের কাছে পাঠিয়ে দিন: 1-866-493-1644

ওষুধগুলি রক্রিয়া করার অনুমতি রদওয়ার জন্য CVS রকয়ারমার্ক দাবিদারের তথ্য রযাগ করবে। 1-866-493-1640 ন রে রফান করেও এই তথ্য জানানো যাবে।

নিউ ইয়র্ক স্টেট ইন্সুরেন্স ফান্ড	**গ্রুপ#: NYSIF**
মনোযোগ দিন: নিচের সব আইটেমগুলি পূরণ করতে হবে।	
নিয়োগকর্তার নাম: _____	আঘাতপ্রাপ্ত কর্মীর নাম: _____ নাম মধ্যনামের আদ্যক্ষর পদবি
নিয়োগকর্তার NYSIF কর্মীদের ক্ষতিপূরণের পলিসি নম্বর: _____	আঘাতপ্রাপ্ত কর্মীর যোগাযোগের ঠিকানা: _____ রাস্তা
আঘাত পাওয়ার তারিখ: ____ /____ /_____ (মাস/দিন/বছর)	_____ শহর, স্টেট পিনকোড
আহত কর্মীর জন্মতারিখ: ____ / ____ / _____ (মাস/দিন/বছর)	
আঘাতপ্রাপ্ত কর্মী সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর: _____	*সহায়তা ডেস্ক: এটা CVS কেয়ারমার্কের মাধ্যমে দেওয়া একটি POS প্রোগ্রাম। সহায়তার জন্য 866.493.1640 নম্বরে CVS কেয়ারমার্কের সহায়তা ডেস্কে ফোন করুন*

ফার্মাসিস্টরা মনোযোগ দিন:

NYSIF-এর প্রেসক্রিপশন প্রোগ্রাম পরিচালনা করে CVS কেয়ারমার্ক। দাবি লেখার জন্য অনুগ্রহ করে নিচে তালিকাবদ্ধ ধাপগুলি অনুসরণ করুন। NYSIF দাবিদারদেরকে প্রেসক্রিপশন জমা করার জন্য এই ধাপগুলি অনুসরণ করতে হবে।

ধাপ 1:	বিন নম্বর 610235 লিখুন
ধাপ 2:	PCN লিখুন: WRK
ধাপ 3:	আইডি: আঘাতপ্রাপ্ত কর্মী সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর

সহায়তা প্রয়োজন? দাবি প্রক্রিয়াকরণের সময় ফার্মাসিস্টদের যদি কোনও প্রশ্ন থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে 1-866-493-1640 নম্বরে CVS কেয়ারমার্কের সহায়তা ডেস্কে ফোন করুন।

আপনার শ্রমিক ক্ষতিপূরণের অর্থ
সরাসরি জমাদানের মাধ্যমে গ্রহন করুন

সরাসরি জমাদান

নিউ ইয়র্ক স্টেট বীমা তহবিল

nysif.com

NYSIF নিউ ইয়র্ক স্টেট বীমা তহবিল অক্ষমতাহেতু ক্ষতিপুরন দাবীর প্রদেয় অর্থ সরাসরি জমাদানের সুযোগ দিচ্ছে। NYSIF প্রদেয় অর্থ আপনার ব্যাংক হিসাবে সরাসরি জমা করবে।

ব্যাংক হিসাব কেমন হতে হবে

সরাসরি অর্থ জমাদানের আবেদন ও জমাদানের সুবিধার্থে **চেকিং** বা **সেভিংস** একাউন্ট হতে হবে যার সঠিক তথ্যাদি যথা ব্যাংকের নাম, রাউটিং নম্বর ও একাউন্ট নম্বর উল্লেখ থাকতে হবে।

বাতিল করন

এই সমঝোতা বাতিল না করা পর্যন্ত বলবৎ থাকবে। বাতিল করতে হলে nysif.com এ দাবীকারক হিসাবে নাম ও তথ্য রেজিস্টার করে সরাসরি জমাদান পদ্ধতি থেকে নিজেকে প্রত্যাহার করুন। NYSIF নিউ ইয়র্ক স্টেট বীমা তহবিল কেইস ম্যানেজারের সাথে যোগাযোগ করেও বাতিল করতে পারেন। nysif.com এ Find My Case Manager এর মাধ্যমেও বাতিল করতে পারেন। এই সমঝোতা NYSIF বীমা তহবিল কর্তৃপক্ষ বা ব্যাংকও বাতিল করতে পারে। সেক্ষেত্রে আপনার পরবর্তী প্রদেয় অর্থ চেক এর মাধ্যমে ডাকযোগে পাবেন। উল্লেখ্য বাতিল প্রক্রিয়া কার্যকর হতে অন্যুন **তিন সপ্তাহ** সময় লাগতে পারে।

আপনার ব্যাংক একাউন্ট রদবদল

ব্যাংক বা একাউন্ট এর কোন প্রকার রদবদল হলে তা NYSIF নিউ ইয়র্ক স্টেট বীমা তহবিলকে জানানোর দায়ীত্ব আপনার উপর বর্তায়। ব্যাংকের নাম, রাউটিং নম্বর, একাউন্ট নম্বর ও সরাসরি জমাদানের আবেদন আপনি NYSIF কে প্রদান করবেন। সরাসরি জমাদানের আবেদন nysif.com এ পাওয়া যাবে।
ব্যাংক বা একাউন্ট পরিবর্তন করলেও নুতন একাউন্টে সরাসরি জমাদান কার্যকর না হওয়া পর্যন্ত পুরাতন একাউন্ট বন্ধ করবেননা। তাতে আপনার প্রাপ্য অর্থ প্রাপ্তিতে অহেতুক বিলম্ব হতে পারে।

নিয়মিত যাচাইকরন

NYSIF নিউ ইয়র্ক স্টেট বীমা তহবিল মাঝে মধ্যে হালনাগাদ অবস্থান ও তথ্যাদি জানতে আপনার সাথে যোগাযোগ রক্ষা করবে। যদি আপনি আর অবস্থান না করেন তবে অবশ্যই অনতিবিলম্বে তা NYSIF কে জানাবেন।

নিউ ইয়র্ক স্টেট বীমা তহবিল **সরাসরি জমাদানের আবেদন**

বেনিফিট সরাসরি প্রত্যক্ষ অর্জন করতে, এই ফর্মটি সম্পূর্ণভাবে পূরণ করুন এবং নীচে তালিকাভুক্ত ঠিকানাটিতে ফিরে যান। সরাসরি জমা দেওয়ার বিষয়ে আপনার অধিকার সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য, NYSIF.COM/DIRECTDEPOSIT এ যান।

নাম (প্রথম, মধ্যম, শেষ): **এনওয়াইএসআইএফ কর্মীদের ক্ষতিপূরণ দাবি নম্বর:**

_____ _____

বাসার ঠিকানা (PO বক্স ব্যবহার করবেন না) _____

শহর:_____ **রাজ্য:**_____ **জিপ কোড:** _____

ইমেইল: _____

ফোন: _____

সরাসরি জমা অ্যাকাউন্ট সেট আপ (একটি নির্বাচন করুন): **[ ] চেকিং** **[ ] সেভিংস**

আপনার অ্যাকাউন্ট নম্বর এবং ব্যাংক রাউটিং নম্বরসহ সমস্ত তথ্য পূরণ করুন। এই বিভাগটি সম্পন্ন করতে আপনার সহায়তার প্রয়োজন হলে আপনার আর্থিক প্রতিষ্ঠানের সাথে যোগাযোগ করুন।

আর্থিক প্রতিষ্ঠানের নাম: _____

রাউটিং#_____ **হিসাব #**_____

ডিপোজিটর পে /য়ি সার্টিফিকেশন ও অথরিটিজেশন

এই ফর্মটি স্বাক্ষর করে আমি নিউ ইয়র্ক স্টেট বীমা তহবিলকে আমার মননীত অ্যাকাউন্টে প্রদেয় অর্থ সরাসরি জমা দানের জন্য অনুমতি প্রদান করছি। আমি প্রত্যয়ন করছি যে ক্ষতিপূরণ-এর প্রদেয় অর্থ প্রাপ্তিতে আমার অক্ষমতার পরিস্থিতি পরিবর্তিত হয় নাই। যে পরিবর্তনগুলি প্রদেয় অর্থ পেতে অযোগ্য বিবেচিত হতে পারে তা আমি NYSIF কে অবহিত করতে বাধ্য থাকব। আমি অবহিত যে, সরাসরি জমাদানের আবেদন করতে আমাকে অবশ্যই একটি ইমেল ঠিকানা সরবরাহ করতে হবে। এই আবেদনটি জমা দেওয়ার মাধ্যমে আমার প্রদত্ত ইমেল ঠিকানাতে ইলেকট্রনিক বিজ্ঞপ্তিগুলি গ্রহণ করতে আমি সম্মত।

স্বাক্ষর_____ **তারিখ:**_____

সম্পূর্ণ আবেদন নিম্ন ঠিকানায় প্রেরন করুনঃ

DOCUMENT CONTROL CENTER
NEW YORK STATE INSURANCE FUND
1 WATERVLIET AVENUE EXT.
ALBANY, NY 12206-1649