

আহত কর্মীর জন্য দ্রুত নির্দেশিকা

আপনি কর্মক্ষেত্রে আহত হয়েছিলেন। এখন কী অবস্থা?

আপনি যদি কর্মক্ষেত্রে আহত বা অসুস্থতাজনিত কারণে ভুগতে থাকেন তবে আপনি কর্মীদের ক্ষতিপূরণ সুবিধাটির জন্য যোগ্য হতে পারেন। এছাড়াও আপনি ইতোমধ্যে মেডিকেল চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন। আপনি যদি তা না পেয়ে থাকেন তবে যত দ্রুত সম্ভব মেডিকেল সেবার অনুসন্ধান করা উচিত।

আপনার দাবি জানানোর ক্ষেত্রে সহায়তার জন্য (877) 632-4996 নম্বরে **কর্মীদের ক্ষতিপূরণ বোর্ড (বোর্ড)**-এ কল করুন।

আপনার দায়িত্বসমূহ

- আপনি আপনার নিয়োগকর্তাকে কখন, কোথায় এবং কীভাবে আহত হয়েছিলেন বা অসুস্থ হয়েছিলেন সে সম্পর্কে লিখিত এবং বিস্তারিতভাবে অবগত করুন। এটি আপনার আহত বা অসুস্থ হওয়ার 30 দিনের মধ্যে যত দ্রুত সম্ভব করুন। এটি টেক্সট করবেন না; এর পরিবর্তে সংরক্ষণ বা মুদ্রণ করা যায় এমন যেকোনো চিঠি, ইমেইল বা অন্যান্য নথি প্রেরণ করুন।
- আপনার স্বাস্থ্যসেবা সরবরাহকারীদের জানান যে আপনার কর্মক্ষেত্র সংশ্লিষ্ট আঘাত বা অসুস্থতা রয়েছে এবং আপনার নিয়োগকর্তার কর্মীদের ক্ষতিপূরণ বিমাকারীর নাম প্রদান করুন। আপনি যদি আপনার নিয়োগকর্তার বিমাকারীর নাম না জেনে থাকেন তবে আপনার নিয়োগকর্তার কাছে জানতে চান অথবা জরুরি ভিত্তিতে বোর্ডের সাথে যোগাযোগ করুন। আপনার স্বাস্থ্যসেবা সেবাদানকারী বোর্ড এবং আপনার নিয়োগকর্তা অথবা এটির বিমাকারীর মাধ্যমে চিকিৎসা সংক্রান্ত প্রতিবেদন দাখিল করবেন। আপনার সুবিধাগুলিতে অ্যাক্সেস করার জন্য একটি মেডিকেল রিপোর্ট বোর্ডের কাছে জমা করা দরকার।
- আপনার আঘাত বা অসুস্থতার বিষয়টি বোর্ডের কাছে জানিয়ে যত দ্রুত সম্ভব একটি **কর্মচারী দাবি (ফরম C-3)** দাখিল করুন। আপনাকে অবশ্যই দুই বছরের মধ্যে আপনার আঘাত বা অসুস্থতা বোর্ডের কাছে অবহিত করতে হবে। আপনি যদি এর আগে শরীরের একই অঙ্গে আহত হয়ে থাকেন বা এ রকম কোনো অসুস্থতা ছিল তবে আপনাকে অবশ্যই **লিমিটেড রিজ অব হেলথ ইনফরমেশন (ফরম C-3.3)** দাখিল করতে হবে। নাগরিকত্ব এবং অভিবাসন স্ট্যাটাস কর্মীদের ক্ষতিপূরণ দেওয়ার কারণ নয়।

কীভাবে একটি দাবি নথিভুক্ত করবেন

দ্রুততম পদ্ধতি: wcb.ny.gov ভিজিট করুন এবং "একটি দাবি বিষয় ফাইল করুন" নির্বাচন করুন।

অনুগ্রহ করে **ফরম C-3** দাখিল করা বিষয়ক প্রশ্নের জন্য অথবা ফরমের একটি অনুলিপি পেতে (877) 632-4996 নম্বরে কল করুন। বোর্ডের একজন প্রতিনিধি আপনাকে সহায়তা করবেন।

মেডিকেল ও ভ্রমণ খরচ

আপনার কাজের সাথে সম্পর্কিত আঘাত বা অসুস্থতার চিকিৎসার জন্য চিকিৎসা সেবা প্রদান হলো একজন কর্মীর ক্ষতিপূরণ সুবিধা যা আপনাকে **বিনামূল্যে সরবরাহ করা হয়**। আপনার আঘাত বা অসুস্থতার জন্য মেডিকেল বিলগুলি সরাসরি আপনার নিয়োগকর্তার কর্মীদের ক্ষতিপূরণ বিমাকারীর দ্বারা আপনার স্বাস্থ্য সেবাদানকারীর কাছে প্রদান করা হয়। যদি আপনার কেসটি বিমাকারীর দ্বারা বিতর্কিত হয় তবে বোর্ড যদি আপনার পক্ষে সিদ্ধান্ত নেয় তবে স্বাস্থ্য সেবাদানকারীদের সেটি প্রদান করা হবে। যাইহোক, বোর্ড যদি আপনার বিরুদ্ধে সিদ্ধান্ত নেয় অথবা আপনি কোনো কেস অনুসরণ না করেন তবে আপনাকে স্বাস্থ্য সেবাদানকারী বা হাসপাতালের (বা বিলগুলি) নিজের স্বাস্থ্য বিমাকারীর কাছে জমা দিতে হবে।

আপনার নিয়োগকর্তার কর্মীদের ক্ষতিপূরণ বিমা চিকিৎসা সংক্রান্ত প্রয়োজনীয় ওষুধ এবং সরঞ্জামগুলি যেগুলি আপনার স্বাস্থ্য সেবাদানকারীর নির্দেশ করে সেগুলোই কভার করে। চিকিৎসার জন্য ভ্রমণের সময় মাইলেজ, পাবলিক ট্রান্সপোর্ট বা অন্যান্য প্রয়োজনীয় ব্যয়ের জন্যও আপনাকে অর্থ পরিশোধ করা যেতে পারে। **আবেদনকারীর মেডিকেল ও ভ্রমণ খরচের রেকর্ড এবং ব্যয়পূরণের জন্য আবেদন (ফরম C-257)** আপনার নিয়োগকর্তার কর্মীদের ক্ষতিপূরণ বিমাকারী এবং বোর্ডের কাছে সেই খরচগুলি (আপনার নিকট কোনো রসিদ থাকলে তা সহ) জমা দিন।

সাধারণত, আপনি বোর্ড কর্তৃক অনুমোদিত যেকোনো স্বাস্থ্য সেবাদানকারী নির্বাচন করতে পারেন। আপনি আপনার এলাকার জন্য wcb.ny.gov ঠিকানায় গিয়ে একটি অনুমোদিত স্বাস্থ্য সেবাদানকারীকে "স্বাস্থ্য সেবাদানকারী অনুসন্ধান (হেলথ কেয়ার প্রোভাইডার সার্চ)" বৈশিষ্ট্যটি ব্যবহার করে অনুসন্ধান করতে পারেন। আপনি পেশাগত স্বাস্থ্য ক্লিনিকগুলিও ব্যবহার করতে পারেন। যাইহোক, যদি আপনার নিয়োগকর্তার শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ বিমাকারীর কর্মীদের ক্ষতিপূরণজনিত আঘাতের পরিষেবা প্রদানের জন্য একটি প্রিফারড প্রোভাইডার অর্গানাইজেশন (PPO) থাকে তবে আপনাকে আপনার প্রাথমিক চিকিৎসাটি অবশ্যই PPO নেটওয়ার্ক থেকে নিতে হবে। যদি সেই বিমাকারীর কোনো ফার্মেসি বা ডায়াগনস্টিক নেটওয়ার্ক থাকে তবে আপনাকে অবশ্যই এই নেটওয়ার্কগুলির মধ্য থেকে সেবাগুলি গ্রহণ করতে হবে। বিমাকারী অবশ্যই এটির প্রয়োজনীয় সেবাদানকারী নেটওয়ার্ক এবং সেগুলি কীভাবে ব্যবহার করবেন সে সম্পর্কে আপনাকে জানাবেন। যাইহোক জরুরি পরিস্থিতিতে আপনি যেকোনো সেবাদানকারী দেখতে পারেন।

অপরিশোধিত মজুরির জন্য সুবিধাসমূহ

যদি আপনার আঘাত বা অসুস্থতা আপনাকে নিম্নলিখিত এক বা একাধিক উপায়ে প্রভাবিত করে তবে আপনি আপনার অপরিশোধিত মজুরির একটি অংশের জন্য বিবেচিত হবেন যা অবশ্যই অবিলম্বে প্রদান করা হবে:

1. এটি আপনাকে সাত কর্মদিবসের বেশি সময় ধরে কাজ থেকে বিরত রাখে;
2. আপনার শরীরের অংশ স্থায়ীভাবে অক্ষম হিসেবে নির্ধারিত; এবং
3. আপনার বেতন হ্রাস পেয়েছে কারণ আপনি এখন মাত্র কয়েক ঘণ্টা কাজ করেন বা অন্য কাজ করেন।

আপনি আপনার আঘাত বা অসুস্থতা থেকে আরোগ্য লাভের পরে এবং যখন আর কোনো চিকিৎসা সংক্রান্ত উন্নতির আশা থাকে না (সাধারণত দুর্ঘটনা/অসুস্থতা বা সার্জারির তারিখ থেকে এক বছর পরে, যদি সার্জারি করা হয়) তখন আপনি আপনার ডাক্তারকে আপনার দুর্ঘটনা কোনো স্থায়ী আঘাত/পরিষ্কৃতি তৈরি করেছে কি না সে বিষয়ে মূল্যায়নের জন্য জিজ্ঞাসা করতে পারেন। এই সুবিধা সম্পর্কে আরো বিস্তারিত জানতে অনুগ্রহ করে wcb.ny.gov ভিজিট করুন এবং "কর্মী" সেকশনে ক্লিক করে তারপর "অক্ষমতা শ্রেণিবদ্ধকরণ" এর উপরে ক্লিক করুন।

আপনি আপনার দাবি জানানোর ক্ষেত্রে সহায়তার জন্য একজন অ্যাটর্নি বা লাইসেন্সপ্রাপ্ত প্রতিনিধি নিয়োগ করতে পারেন তবে এর কোনো প্রয়োজন নেই। আপনাকে অথবা আপনার পরিবারকে কোনো অ্যাটর্নি বা লাইসেন্সপ্রাপ্ত প্রতিনিধিকে অর্থ প্রদান করতে হবে না। তাদের ফি বোর্ড কর্তৃক অনুমোদিত এবং আপনার অপরিশোধিত মজুরি পুরস্কার থেকে কেটে নেওয়া হয়।

যদি আপনার কেসটি বিতর্কিত হয় তবে বোর্ডের দ্বারা কেস পর্যালোচনা অপেক্ষমাণ থাকা অবস্থায় আপনি অক্ষমতার সুবিধা পেতে পারেন।

অক্ষমতা সুবিধাসমূহের (ফর্ম DB-450) দাবি সংক্রান্ত নোটিশ ও প্রমাণ পেতে wcb.ny.gov ভিজিট করুন এবং সহায়তার জন্য বোর্ডে কল করুন অথবা বোর্ড অফিসে যান। যদি কেসটি আপনার পক্ষে সমাধান করা হয়, অক্ষমতা সুবিধাগুলি আপনার অপরিশোধিত মজুরি পুরস্কার থেকে কেটে নেওয়া হবে।

এরপর কী?

কর্মীদের ক্ষতিপূরণ বিমাকারী আপনার সাথে যোগাযোগ করবেন। যদি আপনার দাবি গৃহীত হয় তাহলে আপনার স্বাস্থ্য সেবাদানকারীদের অর্থ প্রদান করা হবে এবং অপরিশোধিত মজুরি সুবিধা প্রদান শুরু হবে। আপনার কেসটির শুনানির দরকার হলে বোর্ড আপনার সাথে যোগাযোগ করবে। শুনানি প্রক্রিয়াটিকে সহজ করার জন্য অনলাইনে উপকরণ পাওয়া যায়:

- **ই-কেস:** আপনি বোর্ডের ই-কেস সিস্টেমের মাধ্যমে অনলাইনে কেস-সম্পর্কিত নথিগুলি আপলোড করতে পারেন এবং দেখতে পারেন যা আহত কর্মীদের জন্য দাবিগুলিকে প্রক্রিয়া করতে ব্যবহৃত হয়। আপনাকে অবশ্যই wcb.ny.gov ঠিকানায় ই-কেসের জন্য নিবন্ধন করতে হবে।
- **ভার্চুয়াল শুনানি:** ভার্চুয়াল শুনানি ব্যবহার করে কোনো বোর্ড অফিসে না গিয়েই আপনার কাছে শুনানিতে অংশ নেওয়ার অপশন রয়েছে। ভার্চুয়াল শুনানি এবং বোর্ডের বিনামূল্যের অ্যাপ বিষয়ে আরো বিস্তারিত জানতে wcb.ny.gov/virtual-hearings ঠিকানায় যান।

সহায়তা পাওয়া যাবে

পুনরায় কাজে যোগান করতে মাঝে মাঝে আপনার সহায়তা প্রয়োজন। আপনার নিয়োগকর্তার বিকল্প বা কম দায়িত্বের অ্যাসাইনমেন্ট থাকতে পারে যা আপনাকে আরোগ্য লাভের সময় আপনাকে কাজ করতে সক্ষম করে। যেকোনো আঘাত বা অসুস্থতা পরিবারের বা আর্থিক সমস্যার কারণও হতে পারে। সহায়তার জন্য বোর্ডের ভোকেশনাল রিহ্যাবিলিটেশন কাউন্সিলর এবং সমাজকর্মী রয়েছে। বিদ্যমান পরিষেবাদি এবং সহায়তার ক্ষেত্রে আরো তথ্যের জন্য বোর্ডে কল করুন।

যদি আপনি ওপিওয়েড ব্যথার ওষুধের উপর নির্ভরতার বিষয়ে উদ্বিগ্ন হন, তাহলে অনুগ্রহ করে NYS OASAS HOPELine-এর **877-8-HOPENY (877-846-7369)** নম্বরে কল করুন।

গুরুত্বপূর্ণ যোগাযোগের তথ্য

কর্মীদের ক্ষতিপূরণ বোর্ড	(877) 632-4996	claims@wcb.ny.gov
		wcb.ny.gov

New York State Workers' Compensation Board
PO BOX 5205
Binghamton, NY 13902-5205



Workers' Compensation Board

কর্ম সম্পর্কিত আঘাত বা কর্ম সম্পর্কিত অসুস্থতার কারণে কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ সুবিধার জন্য আবেদন করতে এই ফর্মটি পূর্ণ করুন। সুন্দরভাবে টাইপ করুন বা প্রিন্ট করুন। এই ফর্মটি www.wcb.ny.gov-এ অনলাইনেও পূর্ণ করা যেতে পারে।

WCB কেস নম্বর (যদি আপনি সেটি জানেন): _____

A. আপনার তথ্য (কর্মচারী)

- নাম: _____
প্রথমাংশ মধ্যাংশ শেষাংশ
- জন্ম তারিখ: ____ / ____ / ____
- চিঠি পাঠানোর ঠিকানা: _____
নম্বর এবং স্ট্রিট/PO বক্স/অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর শহর স্টেট জিপ কোড
- সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর: ____ - ____ - ____ 5. ফোন নম্বর: (____) _____ 6. লিঙ্গ: পুরুষ মহিলা অন্যান্য
- যদি আপনাকে বোর্ডের শুনানিতে উপস্থিত হতে হয় তাহলে কি আপনার একজন অনুবাদকের প্রয়োজন হবে? হ্যাঁ না
যদি হ্যাঁ হয়, তবে কোন ভাষার জন্য? _____

B. আপনার নিয়োগকর্তা(রা)

- নিয়োগকর্তা যখন আঘাতপ্রাপ্ত: _____ 2. ফোন নম্বর: (____) _____
- আপনার কর্মস্থলের ঠিকানা: _____
নম্বর এবং স্ট্রিট শহর স্টেট জিপ কোড
- আপনার নিয়োগের তারিখ: ____ / ____ / ____ 5. আপনার সুপারভাইজারের নাম: _____
- আপনার আঘাত/অসুস্থতার সময় অন্য কোনো নিয়োগকর্তা (দের) নাম/ঠিকানাগুলি তালিকাভুক্ত করুন: _____
- আপনার আঘাত/অসুস্থতার ফলে আপনি কি অন্য চাকরি (গুলি) -তে কাজ থেকে সময় হারিয়েছিলেন? হ্যাঁ না

C. আঘাত বা অসুস্থতার তারিখে আপনার কাজ

- আপনার কাজের পদমর্যাদা বা বিবরণ কী ছিল? _____
- সাধারণত আপনি কর্মক্ষেত্রে কী ধরনের কার্যকলাপ সম্পাদন করতেন? _____
- আপনার কাজটি কী ছিল? (একটিতে চেক করুন) পূর্ণসময়ের আংশিক সময়ের মরসুমী স্বেচ্ছাসেবী
অন্যান্য: _____
- প্রতিটি বেতনের সময় আপনার মোট বেতন (ট্যাক্সের আগে) কত ছিল? _____
- কত সময়ের ব্যবধানে আপনাকে বেতন প্রদান করা হত? _____
- আপনি কি আপনার বেতন ছাড়াও থাকার ব্যবস্থা বা টিপ পেয়েছিলেন? হ্যাঁ না যদি হ্যাঁ হয়, তবে বর্ণনা করুন: _____

D. আপনার আঘাত বা অসুস্থতা

- আঘাত পাওয়ার তারিখ বা অসুস্থতা শুরুর তারিখ: ____ / ____ / ____ 2. আঘাত পাওয়ার সময়: _____ AM PM
- আঘাত পাওয়ার/অসুস্থ হওয়ার ঘটনাটি কোথায় ঘটেছে? (যেমন, 1 মেইন স্ট্রিট, পটারসভিল, সামনের দরজায়) _____
- সেটি কি আপনার নিয়মিত কর্মস্থান ছিল? হ্যাঁ না যদি না হয়, তবে আপনি কেন সেই স্থানে ছিলেন? _____
- আপনি যখন আঘাত পান বা অসুস্থ হয়ে পড়েন তখন আপনি কী করছিলেন? (যেমন, একটি ট্রাক আনলোড করা, একটি রিপোর্ট টাইপ করা) _____
- আঘাত পাওয়ার/অসুস্থ হওয়ার ঘটনাটি কীভাবে ঘটে? (যেমন, আমি একটি পাইপে হেঁচট খেয়েছিলাম এবং মেঝেতে পড়ে গিয়েছিলাম) _____
- আপনার আঘাত/অসুস্থতার প্রকৃতি সম্পূর্ণরূপে ব্যাখ্যা করুন; শরীরের আঘাতপ্রাপ্ত অঙ্গগুলি তালিকাভুক্ত করুন (যেমন, বাম গোড়ালি মচকে গেছে এবং কপালে কেটে গেছে): _____

আপনার নাম: _____
প্রথমংশ _____ মধ্যাংশ _____ শেষাংশ _____

আঘাত পাওয়ার বা
অসুস্থ হওয়ার তারিখ: _____ / _____ / _____

D. আপনার আঘাত বা অসুস্থতা অব্যাহত

8. কোন বস্তু (যেমন, ফর্কলিস্ট, হাতুড়ি, অ্যাসিড) কি আঘাত/অসুস্থতার সাথে জড়িত ছিল? হ্যাঁ না
যদি হ্যাঁ হয়, তবে সেটি কী? _____
9. আঘাতটি কি লাইসেন্সপ্রাপ্ত মোটর গাড়ীর ব্যবহার বা চালানোর পরিণামস্বরূপ ছিল? হ্যাঁ না
যদি হ্যাঁ হয়, আপনার গাড়ী নিয়োগকর্তার গাড়ী অন্য গাড়ী লাইসেন্স প্লেট নম্বর (যদি জানা থাকে): _____
আপনার গাড়ী জড়িত থাকলে, আপনার মোটর গাড়ীর বীমা বাহকের নাম এবং ঠিকানা দিন: _____
10. আপনি কি আপনার নিয়োগকর্তাকে (বা সুপারভাইজারকে) আঘাত/অসুস্থতার নোটিশ দিয়েছিলেন? হ্যাঁ না
যদি হ্যাঁ হয়, তবে নোটিশ দেওয়া হয়েছিল: _____ মৌখিকভাবে লিখিতভাবে
যে তারিখে নোটিশ দেওয়া হয়েছিল: _____ / _____ / _____
11. কেউ কি আপনাকে আঘাত পেতে দেখেছিলেন? হ্যাঁ না অজানা যদি হ্যাঁ হয়, তবে নাম তালিকাভুক্ত করুন: _____

E. কাজে ফিরে আসা

1. আপনি কি আপনার আঘাত/অসুস্থতার কারণে কাজ বন্ধ করেছিলেন? হ্যাঁ, কোন তারিখে? _____ / _____ / _____ না, বিভাগ F এ যান।
2. আপনি কি কাজে ফিরে আসেন? হ্যাঁ না যদি হ্যাঁ হয়, তবে কোন তারিখে? _____ / _____ / _____ নিয়মিত কার্যভার সীমিত কার্যভার
3. আপনি যদি কাজে ফিরে আসেন, তাহলে আপনি এখন কার জন্য কাজ করছেন? একই নিয়োগকর্তা নতুন নিয়োগকর্তা স্ব-নিযুক্ত
4. প্রতিটি বেতনের সময় আপনার মোট বেতন (ট্যাক্সের আগে) কত? _____ কত সময়ের ব্যবধানে আপনাকে বেতন প্রদান করা হত? _____

F. এই আঘাত বা অসুস্থতার জন্য মেডিক্যাল চিকিৎসা

1. আপনার প্রথম চিকিৎসার তারিখ কী ছিল? _____ / _____ / _____ চিকিৎসা হয়নি (প্রশ্ন F-5 এ যান)
2. আপনাকে কি ঘটনাস্থলে চিকিৎসা করা হয়েছিল? হ্যাঁ না
3. আপনার আঘাত/অসুস্থতার জন্য আপনি ঘটনাস্থলের বাইরে আপনার প্রথম মেডিকেল চিকিৎসা কোথায় পেয়েছিলেন? চিকিৎসা হয়নি
 ইমার্জেন্সি রুম ডাক্তারের অফিস ক্লিনিক/হাসপাতাল/জরুরী সেবা হাসপাতালে 24 ঘন্টার বেশী থাকা
নাম এবং ঠিকানা যেখানে আপনাকে প্রথম চিকিৎসা করা হয়েছিল: _____
ফোন নম্বর: () _____
4. আপনার কি এখনও এই আঘাত/অসুস্থতার জন্য চিকিৎসা চলছে? হ্যাঁ না
যে ডাক্তার (রা) এই আঘাত/অসুস্থতার জন্য আপনার চিকিৎসা করছেন তার (তাদের) নাম ও ঠিকানা দিন: _____
ফোন নম্বর: () _____
5. আপনি শরীরের যে অংশে আঘাত পেয়েছেন সেখানে কি অন্য কোনও আঘাত ছিল, বা একই ধরনের কোনো অসুস্থতা আছে? হ্যাঁ না
যদি হ্যাঁ হয়, তবে একজন ডাক্তার কি আপনার চিকিৎসা করেছিলেন? হ্যাঁ না যদি হ্যাঁ হয়, তবে যে ডাক্তার (রা) আপনার চিকিৎসা করেছিলেন তার (তাদের) নাম ও ঠিকানা দিন এবং এই ফর্মটির সাথে C-3.3 ফর্মটি পূর্ণ করুন ও ফাইল করুন:
6. পূর্বের আঘাত/অসুস্থতা কি কাজের সাথে সম্পর্কিত ছিল? হ্যাঁ না
যদি হ্যাঁ হয়, তবে আপনি কি তখন সেই একই নিয়োগকর্তার জন্য কাজ করছিলেন যেখানে আপনি এখন কাজ করছেন? হ্যাঁ না

আমি এতদ্বারা কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ আইন (Workers' Compensation Law)-এর অধীনে সুবিধার জন্য একটি দাবি করছি। আমার স্বাক্ষর নিশ্চিত করে যে আমি যে তথ্য প্রদান করছি তা আমার সর্বোত্তম জ্ঞান এবং বিশ্বাস অনুসারে সত্য এবং নির্ভুল।

যে কোনও ব্যক্তি যিনি জেনেশুলে এবং প্রত্যাহার অভিপ্রায় নিয়ে পেশ করে, পেশ করার কারণ হয় অথবা জ্ঞান বা বিশ্বাসের সাথে প্রস্তুত হন যে এটি পেশ করা হবে, বা একটি বীমাকারী, বা স্ব-বীমাকারীর দ্বারা, মিথ্যা বাস্তব বিবৃতির সহিত কোনো তথ্য প্রদান করেন বা কোনো বাস্তবিক তথ্য গোপন করে, সে একটি অপরাধের জন্য দোষী সাব্যস্ত হবে এবং উপযুক্ত জরিমানা এবং কারাবাসের জন্য দায়বদ্ধ থাকবে।

কর্মচারীর স্বাক্ষর: _____ মুদ্রিত নাম: _____ তারিখ: _____ / _____ / _____
কর্মচারীর পক্ষে: _____ মুদ্রিত নাম: _____ তারিখ: _____ / _____ / _____

একজন ব্যক্তি কর্মচারীর পক্ষে স্বাক্ষর শুধুমাত্র তখন করতে পারে যদি তার এটি করার জন্য আইনভাবে অনুমতি থাকে এবং কর্মচারী একজন নাবালক, মানসিকভাবে অসমর্থ বা অক্ষম হয়।

আমি আমার সর্বোত্তম জ্ঞান, তথ্য এবং বিশ্বাসের সাথে প্রত্যাহার করছি, যা পরিস্থিতিতে যুক্তিসঙ্গত তদন্তের পরে গঠিত, যে উপরে দাবি করা অভিযোগগুলি এবং অন্যান্য তথ্যগত বিষয়গুলির প্রমাণমূলক সমর্থন রয়েছে, অথবা আরও তদন্তের বা অনুসন্ধানের জন্য যুক্তিসঙ্গত সুযোগ পেলে প্রমাণমূলক সমর্থন পাওয়ার সম্ভাবনা রয়েছে।

আইনজীবী/প্রতিনিধির স্বাক্ষর (যদি থাকে): _____ তারিখ: _____ / _____ / _____

মুদ্রিত নাম: _____ উপাধি: _____

ID নম্বর, যদি থাকে: R _____ যদি লাইসেন্সপ্রাপ্ত প্রতিনিধি হয়, তবে লাইসেন্স নম্বর: _____ মেয়াদ শেষ হওয়ার তারিখ: _____

কর্মচারী দাবি পূর্ণ করার নির্দেশাবলী (ফর্ম C-3)

অনুগ্রহ করে এই ফর্মটি পূর্ণ করুন এবং এই নির্দেশাবলীর শেষে তালিকাভুক্ত কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ বোর্ড (Workers' Compensation Board) –এর চিঠি পাঠানোর কেন্দ্রীভূত ঠিকানা পঠান। এই ফর্মটি পূর্ণ করার জন্য আপনার অতিরিক্ত সাহায্যের প্রয়োজন হলে কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ বোর্ড (Workers' Compensation Board) –এর সাথে 1-877-632-4996 এ যোগাযোগ করুন। আপনি অনলাইনেও এই ফর্মটি পূর্ণ করতে পারেন wcb.ny.gov এ। যদি আপনার কাছে কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ বোর্ড (Workers' Compensation Board) –এর কেস নম্বর না থাকে বা আপনার জানা না থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে এই স্থানটি খালি রাখুন। আপনার দাবি প্রক্রিয়া করার প্রয়োজন নেই। দ্বিতীয় পৃষ্ঠার শীর্ষে আপনার নাম এবং আপনার আঘাত পাওয়ার/অসুস্থ হওয়ার তারিখ লিখতে ভুলবেন না।

বিভাগ A – আপনার তথ্য (কর্মচারী):

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

দফা 7 এ নোট: বোর্ডের শুভাঙ্গীলি ইংরেজিতে পরিচালিত হয়। আপনার যদি একজন অনুবাদকের প্রয়োজন হয়, তবে নির্বাচন করুন **হ্যাঁ** এবং প্রয়োজনীয় ভাষা নির্দেশ করুন।

নিউইয়র্কের ব্যক্তিগত গোপনীয়তা সুরক্ষা আইন (Personal Privacy Protection Law) অনুসারে বিজ্ঞপ্তি

(পাবলিক অফিসার আইন অনুচ্ছেদ (Public Officers Law Article) 6-A) এবং 1974 সালের ফেডারেল প্রাইভেসি অ্যাক্ট (Federal Privacy Act) (5 U.S.C. § 552a))

দাবিদারদের তাদের সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর সহ ব্যক্তিগত তথ্য সরবরাহ করার অনুরোধ করার জন্য কর্মচারী ক্ষতিপূরণ বোর্ড (Workers' Compensation Board) –এর (বোর্ডের) অধিকার, কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ আইন (WCL) § 20 এর অধীনে বোর্ডের তদন্তকারী অধিকার এবং WCL § 142 এর অধীনে এর প্রশাসনিক অধিকার থেকে উদ্ধৃত। সম্ভাব্য সর্বাধিক সমীচীন পদ্ধতিতে বোর্ডকে তদন্ত ও দাবি পরিচালনা করতে সাহায্য করার এবং সঠিক দাবি রেকর্ড বজায় রাখতে সাহায্য করার জন্য এই তথ্য সংগ্রহ করা হয়। বোর্ডকে আপনার সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর প্রদান করা স্বেচ্ছাধীন। এই ফর্মে আপনার সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর প্রদান করতে বাধ্যতার জন্য কোন শাস্তি নেই; এর ফলে আপনার দাবি অস্বীকার বা সুবিধার কমতি হবে না। বোর্ড তার কাছে থাকা সমস্ত ব্যক্তিগত তথ্যের গোপনীয়তা রক্ষা করবে, শুধুমাত্র তার আধিকারিক দায়িত্ব পালনের জন্য এবং প্রয়োজ্য রাষ্ট্র এবং ফেডারেল আইন অনুযায়ী এটি প্রকাশ করবে।

বিভাগ B – আপনার নিয়োগকর্তা(রো):

বিভাগ B তে, আঘাত/অসুস্থতার সময় আপনি যে নিয়োগকর্তার জন্য কাজ করছিলেন তার নাম, ঠিকানা, ফোন নম্বর এবং অন্যান্য তথ্য লিখুন।

নোট: আপনার নিয়োগকর্তা হলেন সেই কোম্পানী বা এজেন্সী যা আপনার পে চেক ইস্যু করেন। আপনি যদি একটি কর্মস্থলে বা অফিসে একজন ঠিকাদার হন, তাহলে যে স্টাফিং এজেন্সি বা বিক্রেতা আপনাকে নিয়োগ করেছেন তিনিই হচ্ছেন আপনার নিয়োগকর্তা, আপনি যেখানে কর্ম করার জন্য রিপোর্ট করেন সেই কর্মস্থল বা অফিস নয়।

বিভাগ C – আঘাত পাওয়ার বা অসুস্থ হওয়ার তারিখে আপনার কাজ:

বিভাগ C তে, আপনার পদমর্যাদার নাম, কার্যকলাপ এবং বেতনের তথ্য লিখুন।

বিভাগ D – আপনার আঘাত বা অসুস্থতা:

বিভাগ D তে, আপনার আঘাত বা অসুস্থতার তথ্য লিখুন।

আইটেম 1: আপনি যে তারিখে আঘাত পেয়েছিলেন বা প্রথম বার যে তারিখে আপনি অসুস্থ অনুভব করেছিলেন সেটি লিখুন।

যদি এটি একটি অসুস্থতা বা পেশাগত রোগ হয়, তাহলে আইটেম 2 এড়িয়ে যান। আপনি যে তারিখে আঘাত পেয়েছিলেন তা অবশ্যই মাস/দিন/বছর বিন্যাসে হতে হবে। বছরটি চারটি অঙ্কে লিখতে হবে, যেমন, 2015।

আইটেম 2: আঘাত পাওয়ার সময়টি লিখুন। সেটি AM ছিল না PM তা চেক করুন।

আইটেম 3: যেখানে আঘাত পেয়েছিলেন/অসুস্থ হয়েছিলেন সেই স্থানটি নির্দেশ করুন, যেখানে আঘাত পেয়েছিলেন/অসুস্থ হয়েছিলেন সেই বিন্ডিংয়ের ঠিকানা এবং সেই বিন্ডিংয়ের মধ্যে বাস্তবিক স্থান সহ।

আইটেম 4: এটি আপনার স্বাভাবিক কর্মস্থান কিনা তা চেক করুন। যদি তা না হয় তবে ব্যাখ্যা করুন কেন আপনি সেই স্থানে ছিলেন।

আইটেম 5: আঘাত পাওয়ার/অসুস্থ হওয়ার সময় আপনি কী করছিলেন তা বিশদভাবে বর্ণনা করুন (উদাহরণস্বরূপ, একটি ট্রাক থেকে বাস্ক হাত দিয়ে আনলোড করা)।

এটি আঘাতের দিকে এগিয়ে যাওয়ার ঘটনাগুলি ব্যাখ্যা করে।

আইটেম 6: কীভাবে আঘাত পেয়েছিলেন/অসুস্থ হয়েছিলেন তা বিশদভাবে বর্ণনা করুন (যেমন, আমি একটি ট্রাক থেকে একটি ভারী বাস্ক তুলছিলাম)। এতে আঘাত/অসুস্থতার সাথে জড়িত সমস্ত ব্যক্তি এবং ঘটনা অন্তর্ভুক্ত করা উচিত।

আইটেম 7: শরীরের সমস্ত আঘাতপ্রাপ্ত অঙ্গ সহ আপনার আঘাত/অসুস্থতার প্রকৃতি এবং মাত্রা সম্পূর্ণরূপে নির্দেশ করুন। যতটা সম্ভব নির্দিষ্ট হোন (যেমন, একটি ভারী বাস্ক তুলতে গিয়ে আমার পিঠে টান পড়ে। এখন নীচের দিকে নত হতে বা এমনকি হালকা বস্তু ধরে রাখলেও ব্যাথা করে)।

আইটেম 8: অন্য কোনো বস্তু দুর্ঘটনায় জড়িত ছিল কিনা তা নির্দেশ করুন লাইসেন্সকৃত মোটর গাড়ি **ছাড়া**। অন্যান্য বস্তুর মধ্যে একটি হাতিয়ার (যেমন, হাতুড়ি), একটি রাসায়নিক (যেমন, অ্যাসিড), যন্ত্রপাতি (যেমন, ফর্কলিফ্ট বা ড্রিল প্রেস) অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে।

আইটেম 9: একটি লাইসেন্সপ্রাপ্ত মোটর গাড়ী দুর্ঘটনায় জড়িত ছিল কিনা তা নির্দেশ করুন। যদি তা হয়, তবে জড়িত মোটর গাড়ীটি আপনার, আপনার নিয়োগকর্তার বা তৃতীয় পক্ষের কিনা তা চেক করুন। লাইসেন্স প্লেট নম্বর অন্তর্ভুক্ত করুন (যদি জানা থাকে)। আপনার গাড়ী জড়িত থাকলে, আপনার মোটর গাড়ীর অটোমোবাইল দায়বদ্ধতা বীমা বাহকের নাম এবং ঠিকানা লিখুন।

আইটেম 10: আপনি আপনার নিয়োগকর্তা বা সুপারভাইজারকে আপনার আঘাত বা অসুস্থতার নোটিশ দিয়েছেন কিনা তা চেক করুন। যদি তা হয়, তাহলে আপনি কাকে নোটিশ দিয়েছেন সেইসাথে তা মৌখিকভাবে ছিল না লিখিতভাবে সেটি উল্লেখ করুন। আপনি যে তারিখে নোটিশ দিয়েছিলেন তা অন্তর্ভুক্ত করুন।

আইটেম 11: অন্য কেউ আপনাকে আঘাত পেতে দেখেছে কিনা তা চেক করুন। যদি কেউ দেখে থাকে তবে তাদের নাম লিখুন।

বিভাগ E – কাজে ফিরে আসা:

আইটেম 1: আপনি যদি আপনার কর্ম-সম্পর্কিত আঘাত/অসুস্থতার ফলে কাজ বন্ধ করে থাকেন, তাহলে হ্যাঁ চেক করুন এবং আপনার কাজ বন্ধ করার তারিখটি নির্দেশ করুন। আপনি যদি কাজ বন্ধ না করে থাকেন, তাহলে না চেক করুন এবং পরবর্তী বিভাগে যান।

আইটেম 2: আপনি যদি তারপর থেকে কাজে ফিরে আসেন, তাহলে হ্যাঁ চেক করুন। আপনি আবার কোন তারিখে কাজ শুরু করেছেন, সেইসাথে আবার কবে আপনার কার্যভার স্বাভাবিক হয়েছে বা আপনার সীমিত বা সীমাবদ্ধ কার্যভার থাকলে তাও নির্দেশ করুন। (যদি আপনার আঘাত বা অসুস্থতার পূর্বের সম্পূর্ণ কার্যভার না থাকে, তাহলে আপনার সীমিত কার্যভার রয়েছে।)

আইটেম 3: আপনি যদি কাজে ফিরে আসেন, তাহলে আপনি এখন কার জন্য কাজ করছেন।

আইটেম 4: আপনি এখন যে চাকরিতে কর্মরত রয়েছেন তার জন্য আপনার প্রতি বেতন সময়কালে মোট বেতন কত (টাক্স পরিশোধের আগে) তা লিখুন। আপনি কত সময়ের ব্যবধানে পে চেক পাচ্ছেন তা নির্দেশ করুন (সাপ্তাহিক, দ্বি-সাপ্তাহিক, ইত্যাদি)।

বিভাগ F – এই আঘাত বা অসুস্থতার জন্য মেডিক্যাল চিকিৎসা:

আইটেম 1: আপনি যদি এই আঘাত/অসুস্থতার জন্য চিকিৎসা না পেয়ে থাকেন, তাহলে চিকিৎসা হানি চেক করুন এবং দফা 5 এ যান। অন্যথায়, এই আঘাত/অসুস্থতার জন্য যে তারিখে আপনার প্রথম বার চিকিৎসা হয়েছিল সেটি লিখুন এবং এই বিভাগের বাকি অংশগুলি পূর্ণ করুন।

আইটেম 2: এই আঘাত বা অসুস্থতার জন্য আপনাকে চাকরিতে প্রথমে চিকিৎসা করা হয়েছিল কিনা তা চেক করুন।

আইটেম 3: আপনার আঘাত বা অসুস্থতার জন্য আপনি ঘটনাস্থলের বাইরে যেখানে আপনার প্রথম মেডিকেল চিকিৎসা পেয়েছিলেন তা চেক করুন। ফেসিলিটির নাম এবং ঠিকানার পাশাপাশি ফোন নম্বর (এরিয়া কোড সহ) অন্তর্ভুক্ত করুন।

আইটেম 4: যদি আপনি এখনও একই আঘাত বা অসুস্থতার জন্য চিকিৎসা চালিয়ে যাচ্ছেন, তাহলে হ্যাঁ চেক করুন এবং চিকিৎসা প্রদানকারী ডাক্তার (দের) নাম ও ঠিকানা এবং সেইসাথে ফোন নম্বর (এরিয়া কোড সহ) নির্দেশ করুন; অন্যথায়, না চেক করুন।

আইটেম 5: যদি আগে থেকেই আপনার শরীরের সেই একই অঙ্গে আঘাত বা একই ধরণের অসুস্থতা থাকে, তাহলে হ্যাঁ চেক করুন এবং এই আঘাত বা অসুস্থতার জন্য ডাক্তার দ্বারা চিকিৎসা করা হয়েছিল কিনা তা নির্দেশ করুন। আপনার যদি ডাক্তার দ্বারা চিকিৎসাহয়ে থাকে, তবে যে ডাক্তার (রা) আপনার চিকিৎসা করেছিলেন তার (তাদের) নাম (গুলি) ও ঠিকানা (গুলি) দিন এবং **এই ফর্মটির সাথে C-3.3 ফর্মটি পূর্ণ করুন ও ফাইল করুন।**

আইটেম 6: আপনার যদি পূর্বের আঘাত বা অসুস্থতা থাকে তবে আপনার পূর্বের আঘাত বা অসুস্থতাটি কাজের সাথে সম্পর্কিত ছিল কিনা তা চেক করুন। যদি হ্যাঁ হয়, তবে আপনার বর্তমান নিয়োগকর্তার জন্য কাজ করার সময় আঘাত পেয়েছিলেন বা অসুস্থতা হয়েছিলেন কিনা তা চেক করুন।

পৃষ্ঠা 2 এ কর্মচারীর স্বাক্ষরের জন্য দেওয়া জায়গায় ফর্ম C-3 তে স্বাক্ষর করুন, আপনার নাম প্রিন্ট করুন এবং ফর্মটিতে স্বাক্ষর করার তারিখটি লিখুন। যদি কর্মচারীর পক্ষ থেকে কোনও তৃতীয় পক্ষ স্বাক্ষর করে থাকে, তবে সেই ব্যক্তির দ্বিতীয় স্বাক্ষর লাইনে স্বাক্ষর করা উচিত। আপনার যদি আইনী প্রতিনিধি থাকে, তাহলে আপনার প্রতিনিধিকে অবশ্যই পৃষ্ঠা 2-এর নীচে দেওয়া আইনজীবী/প্রতিনিধির সার্টিফিকেশন বিভাগটি পূর্ণ করতে এবং স্বাক্ষর করতে হবে।

চাকরিতে কর্মরত অবস্থায় আঘাত বা পেশাগত রোগের ক্ষেত্রে প্রত্যেক কর্মচারীর যা করা উচিত:

1. আপনি কখন, কোথায় এবং কীভাবে আঘাতপ্রাপ্ত হয়েছেন তা অবিলম্বে আপনার নিয়োগকর্তা বা সুপারভাইজারকে বলুন।
2. অবিলম্বে চিকিৎসা সেবা প্রাপ্তি নিশ্চিত করুন।
3. আপনার ডাক্তারকে বোর্ডের কাছে এবং আপনার নিয়োগকর্তা বা তার বীমা বাহকের কাছে মেডিকেল রিপোর্ট ফাইল করতে বলুন।
4. ক্ষতিপূরণের জন্য এই দাবিটি করুন এবং নিকটতম কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ বোর্ড (Workers' Compensation Board) –এর অফিসে পাঠান। (নীচে দেখুন।) আঘাত পাওয়ার তারিখের পরে দুই বছরের মধ্যে ফাইল করতে ব্যর্থ হলে আপনার দাবি অস্বীকার করা হতে পারে। এই ফর্মটি পূর্ণ করতে আপনার সাহায্যের দরকার হলে, নীচে তালিকাভুক্ত নিকটতম কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ বোর্ড (Workers' Compensation Board) –এর অফিসে টেলিফোন করুন বা গিয়ে দেখা করুন।
5. উপস্থিত হওয়ার জন্য অবহিত করা হলে সমস্ত শুনানীতে যোগ দিন।
6. সক্ষম হলে তবেই কাজে ফিরে যাবেন; ক্ষতিপূরণ কখনও আপনার বেতনের সমান হয় না।

আপনার অধিকারগুলো:

1. সাধারণত, আপনার নিজের পছন্দের একজন ডাক্তার দ্বারা চিকিৎসাকরানোর অধিকার থাকে, যদি তারা বোর্ড দ্বারা অনুমোদিত হয়। যদি আপনার নিয়োগকর্তা একটি পছন্দের প্রদানকারী সংস্থা (PPO) ব্যবস্থার সাথে জড়িত থাকে, তাহলে আপনাকে অবশ্যই পছন্দের প্রদানকারী সংস্থার কাছ থেকে প্রাথমিক চিকিৎসানিতে হবে যেটি কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণের আঘাতের ক্ষেত্রে স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবা প্রদানের জন্য মনোনীত করা হয়েছে।
2. আপনার ডাক্তার বা হাসপাতালকে অর্থ প্রদান করবেন না। তাদের বিল বীমা বাহক দ্বারা পরিশোধ করা হবে যদি আপনার মামলা বিতর্কিত না হয়। যদি আপনার মামলাটি বিতর্কিত হয়, তাহলে বোর্ড আপনার মামলার সিদ্ধান্ত না নেওয়া পর্যন্ত ডাক্তার বা হাসপাতালকে অর্থের জন্য অপেক্ষা করতে হবে। যদি আপনি আপনার মামলা লড়তে ব্যর্থ হন বা বোর্ড আপনার বিরুদ্ধে সিদ্ধান্ত গ্রহণ করে, তাহলে আপনাকে ডাক্তার বা হাসপাতালকে অর্থ প্রদান করতে হবে।
3. এছাড়াও আপনি ওষুধ, ক্রাচ বা আপনার ডাক্তারের দ্বারা সঠিকভাবে নির্দেশিত কোনো যন্ত্রপাতির জন্য এবং আপনার ডাক্তারের অফিস বা হাসপাতালে যাওয়া-আসার জন্য গাড়ী ভাড়া বা অন্যান্য প্রয়োজনীয় খরচের জন্য ক্ষতিপূরণ পাওয়ার অধিকারী। (এই ধরণের খরচের জন্য রসিদ নিয়ে রাখবেন।)
4. আপনি ক্ষতিপূরণ পাওয়ার যোগ্য যদি আপনার আঘাত আপনাকে সাত দিনের বেশি কাজ থেকে বিরত রাখে, আপনাকে কম মজুরীতে কাজ করতে বাধ্য করে, অথবা আপনার শরীরের কোনো অঙ্গে স্থায়ী অক্ষমতার কারণ হয়।
5. ক্ষতিপূরণ কোনো পুরস্কারের জন্য অপেক্ষা না করে বিতর্কিত দাবি ছাড়া সরাসরি প্রদান করা হয়।
6. আঘাতপ্রাপ্ত কর্মচারী বা মৃত কর্মচারীদের নির্ভরশীল ব্যক্তির বোর্ডের সামনে নিজেদের প্রতিনিধিত্ব করতে পারেন বা নিজেদের প্রতিনিধিত্ব করার জন্য একজন আইনজীবী বা লাইসেন্সপ্রাপ্ত প্রতিনিধি রাখতে পারেন। যদি একজন আইনজীবী বা লাইসেন্সপ্রাপ্ত প্রতিনিধিকে রাখা হয়, তাহলে আইনী পরিশেবার জন্য তাদের ফি বোর্ড দ্বারা পর্যালোচনা করা হবে এবং অনুমোদিত হলে নিয়োগকর্তা বা বীমা কোম্পানির দ্বারা বকেয়া ক্ষতিপূরণের সুবিধা থেকে অর্থ প্রদান করা হবে। ক্ষতিপূরণ মামলায় আঘাতপ্রাপ্ত কর্মচারী বা মৃত কর্মচারীদের নির্ভরশীল ব্যক্তিদের তাদের প্রতিনিধিত্বকারী আইনজীবী বা লাইসেন্সপ্রাপ্ত প্রতিনিধিকে সরাসরি কিছু দিতে হবে না।
7. যদি আপনার আঘাতের কারণে কর্মক্ষেত্রে ফিরে যেতে, অথবা পারিবারিক বা আর্থিক সমস্যার ক্ষেত্রে সাহায্যের প্রয়োজন হয়, তাহলে আপনার নিকটস্থ কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ বোর্ড (Workers' Compensation Board) –এর অফিসে যোগাযোগ করুন এবং একজন পুনর্বাসন পরামর্শদাতা বা সমাজকর্মীর জন্য আবেদন করুন।

এই ফর্মটি নীচে তালিকাভুক্ত ঠিকানায় সরাসরি পাঠিয়ে ফাইল করা উচিত:

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

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

নিউ ইয়র্ক স্টেট - কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ বোর্ড (Workers' Compensation Board)

WCB কেস নম্বর (যদি আপনি সেটি জানেন): _____

দাবিদারের প্রতি: আপনি যদি শরীরের একই অঙ্গে পূর্বের আঘাতের জন্য বা আপনার বর্তমান দাবিতে বর্ণিত অসুস্থতার অনুরূপ কোনো অসুস্থতার জন্য চিকিৎসা পেয়ে থাকেন তবে এই ফর্মটি পূর্ণ করুন। এই ফর্মটি আপনার দ্বারা নীচে তালিকাভুক্ত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের আপনার নিয়োগকর্তার কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ বীমাকারীকে আপনার পূর্বের আঘাত/অসুস্থতা সম্পর্কে স্বাস্থ্যসেবা তথ্য প্রকাশ করার অনুমতি প্রদান করে। ফেডারেল HIPAA আইন (1996 সালের স্বাস্থ্য বীমা বহনযোগ্যতা এবং দায়িত্ব আইন (Health Insurance Portability and Accountability Act)) বলে যে আপনার এই ফর্মের একটি কপি পাওয়ার অধিকার রয়েছে। আপনি যদি এই ফর্মটি বুঝতে না পারেন, তাহলে আপনার আইনী প্রতিনিধির সাথে কথা বলুন। যদি আপনার কোনো আইনী প্রতিনিধি না থাকে, তাহলে কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ বোর্ড (Workers' Compensation Board) -এর আঘাতপ্রাপ্ত কর্মচারীদের জন্য উকিল আপনাকে সাহায্য করতে পারেন। কল করুন: 800-580-6665।

স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর প্রতি: এই HIPAA-অনুবর্তী রিলিজের একটি কপি আপনাকে স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ করতে অনুমতি প্রদান করে। আপনি যদি এই রিলিজের প্রতিক্রিয়া রূপে নিয়োগকর্তার কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ বীমাকারীর কাছে রেকর্ডগুলি পাঠান, তবে দাবিদারের আইনী প্রতিনিধিকেও কপি মেল করুন। (যদি নীচে কোনো আইনী প্রতিনিধি তালিকাভুক্ত না থাকে, তাহলে দাবিদারকে কপি পাঠান।) স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী যারা রেকর্ড প্রকাশ করেন তাদের নিউ ইয়র্ক স্টেটের আইন এবং HIPAA অবশ্যই অনুসরণ করতে হবে।

এই রিলিজটি হচ্ছে:

- **স্বৈচ্ছাধীন।** আপনি এই ফর্মে স্বাক্ষর করুন বা না করুন, আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী (দের) আপনাকে সেভাবেই যন্ত্র, অর্থপ্রদানের শর্তাবলী এবং সুবিধা অবশ্যই দিতে হবে।
- **সীমিত।** এটি আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী (দের) -কে শুধুমাত্র সেই সমস্ত স্বাস্থ্য রেকর্ড প্রকাশ করার অনুমতি প্রদান করে যা আপনার দ্বারা নীচে বর্ণনা করা পূর্ববর্তী অসুস্থতা/সমস্যার সাথে সম্পর্কিত।
- **অস্থায়ী।** এটি তখন শেষ হয় যখন ক্ষতিপূরণের জন্য আপনার বর্তমান দাবি স্বীকৃত হয় বা প্রত্যাহ্যান করা হয় এবং সমস্ত আপিল শেষ হয়ে যায়।
- **প্রত্যাহারযোগ্য।** আপনি যে কোনো সময় এই রিলিজটি বাতিল করতে পারেন। বাতিল করার জন্য, এই ফর্মে তালিকাভুক্ত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী (দের) -কে একটি চিঠি পাঠান। এছাড়াও, আপনার নিয়োগকর্তার কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ বীমাকারী এবং কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ বোর্ড (Workers' Compensation Board) -এর কাছে আপনার চিঠির একটি কপি পাঠান। নোট: আপনি পূর্বে প্রদান করা মেডিকেল রেকর্ডের সাপেক্ষে এই রিলিজটি বাতিল নাও করতে পারেন।
- **শুধুমাত্র রেকর্ডের জন্য।** এটি এই ফর্মে তালিকাভুক্ত আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী (দের) -কে আপনার নিয়োগকর্তার কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ বীমাকারীকে আপনার স্বাস্থ্যসেবার রেকর্ডগুলির কপি পাঠানোর অনুমতি প্রদান করে।

এই ফর্মটি আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী (দের) -কে নিম্নলিখিত ধরনের তথ্য প্রকাশ করার অনুমতি প্রদান করে না:

- HIV-সম্পর্কিত তথ্য
- সাইকোথেরাপি নোট
- অ্যালকোহল/মাদক চিকিৎসা
- মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসা (যদি আপনি নীচে চেক না করে থাকেন)
- মৌখিক তথ্য (আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীরা আপনার স্বাস্থ্যসেবা তথ্য কারো সাথে আলোচনা করতে পারবে না)

প্রকাশ করা যেকোনো মেডিকেল রেকর্ড আপনার কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ ফাইলের অংশ হয়ে যাবে এবং সেগুলি কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ আইন (Workers' Compensation Law) -এর অধীনে গোপনীয়।

A. আপনার তথ্য (দাবিদার)

- নাম: _____
- সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর: _____ - _____
- চিঠি পাঠানোর ঠিকানা: _____
- জন্ম তারিখ: _____ / _____ / _____
- বর্তমান আঘাত/অসুস্থতার তারিখ: _____ / _____ / _____
- বর্তমান আঘাত/অসুস্থতা, শরীরের সমস্ত আঘাতপ্রাপ্ত অংশ সহ: _____
- আপনার আইনী প্রতিনিধির নাম এবং ঠিকানা (যদি থাকে): _____

আপনি যদি আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী (দের) -কে মানসিক স্বাস্থ্যসেবা তথ্য প্রকাশ করার অনুমতি প্রদান করেন তাহলে এখানে চেক করুন।

B. আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী(রা) (সমস্ত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে তালিকাভুক্ত করুন যারা একই শরীরের অঙ্গে পূর্বের আঘাতের বা সে ধরনের অসুস্থতার জন্য আপনাকে চিকিৎসা করেছে। যদি 2 জনের বেশী প্রদানকারী হয় তবে এই ফর্মটিতে তাদের যোগাযোগের তথ্য সংযুক্ত করুন।)

- প্রদানকারী: _____
- ফোন নম্বর: (____) _____
- চিঠি পাঠানোর ঠিকানা: _____
- অন্য প্রদানকারী (যদি থাকে): _____
- ফোন নম্বর: (____) _____
- চিঠি পাঠানোর ঠিকানা: _____

C. পড়ুন এবং নীচে সাইন করুন। আমি এতদ্বারা অনুরোধ করছি যে উপরে তালিকাভুক্ত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী (গুলি) যেন আমার নিয়োগকর্তার কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ বীমাকারীকে উপরে বর্ণিত পূর্ববর্তী কোনো আঘাত/অসুস্থতা, সমস্ত শরীরের অঙ্গ-প্রত্যঙ্গের, সম্পর্কিত সমস্ত স্বাস্থ্য রেকর্ডের কপি দেয়।

দাবিদারের স্বাক্ষর (শুধুমাত্র কালি -- যদি সম্ভব হয় নীল বলপয়েন্ট কলম ব্যবহার করুন।)

তারিখ

যদি দাবিদার স্বাক্ষর করতে অক্ষম হন, তবে তার পক্ষ থেকে স্বাক্ষরকারী ব্যক্তিকে অবশ্যই নীচে পূর্ণ করতে হবে এবং স্বাক্ষর করতে হবে:

আপনার নাম

দাবিদারের সাথে সম্পর্ক

স্বাক্ষর (শুধুমাত্র কালি -- যদি সম্ভব হয় নীল বলপয়েন্ট কলম ব্যবহার করুন।)

তারিখ

নিউ ইয়র্ক স্টেট
Workers' Compensation Board

Workers' Compensation Board অনুমোদিত অনুমোদিত স্বাস্থ্যসেবা
প্রদানকারীর নির্বাচন করার অধিকার

আহত কর্মচারী নাম	আহত কর্মচারী এর সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর	দুর্ঘটনার তারিখ
নথি গোপনতার নাম এবং ঠিকানা		

আহত কর্মচারীকে:

আপনার কাজের সম্পর্কিত আঘাত বা অসুস্থতার চিকিৎসার জন্য আপনি কোনও চিকিৎসক, পিডিয়াট্রিস্ট, চিরোপ্যাঙ্কটর, অথবা মনোবৈজ্ঞানিক (একজন অনুমোদিত চিকিৎসকের 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 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।

কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণে ফার্মেসীর প্রদেয় সুযোগ সুবিধা সম্পর্কিত বিজ্ঞপ্তি

অনুগ্রহপূর্বক মনযোগ সহকারে এই বিজ্ঞপ্তি পড়ুন। নিউ ইয়র্ক স্টেট বীমা তহবিল থেকে কর্মক্ষেত্রে ক্ষতিগ্রস্ত বা আহত কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ দাবীর আওতায় প্রদেয় ঔষধ সংক্রান্ত গুরুত্বপূর্ণ তথ্য ও নির্দেশিকা এতে লিপিবদ্ধ রয়েছে। বীমা তহবিল কর্তৃপক্ষ সিভিএস কেয়ারমার্ক ফার্মেসী ব্যবস্থাপকের সাথে এক চুক্তিতে আবদ্ধ হয়েছে যার মাধ্যমে তালিকাভুক্ত ফার্মেসীর মাধ্যমে **কর্মক্ষেত্রে** আহত বা অসুস্থ হয়ে পরা কর্মচারীগণ প্রয়োজনীয় ঔষধ সরবরাহ প্রাপ্ত হবেন। এই অসুস্থতা বা আঘাত চিকিত্সার জন্য প্রয়োজনীয় ঔষধ পেতে আপনার অধিকার পরিবর্তন করে না। এটি কেবলমাত্র অর্থ যে আপনি **অবশ্যই** সিভিএস কেয়ারমার্ক দ্বারা পরিচালিত কেয়ারকম্প ফার্মেসি নেটওয়ার্কে অংশগ্রহণকারী ফার্মাসি থেকে সেই ঔষধটি অর্জন করতে হবে। সিভিএস কেয়ারমার্ক মানে শুধু সিভিএস ফার্মেসী নয় বরং এই নেটওয়ার্কে অংশগ্রহণকারী ৬৭০০০ ফার্মেসী। এই সকল ফার্মেসীর তালিকা সিভিএস কেয়ারমার্ক কল সেন্টারে

- যে কোন সময় (866) 493-1640 নম্বরে এবং প্রতিবন্দীগণ (866) 200-2161 নম্বরে ফোন করে সংগ্রহ করতে পারবেন।
- কম্পিউটারে ওয়েবসাইট - <https://nysif.wcrxportal.com/Pharmacy/Index> থেকেও তালিকা সংগ্রহ করা যাবে।
- নিউ ইয়র্ক স্টেট বীমা তহবিল ওয়েবসাইট www.nysif.com থেকেও এই তালিকা সংগ্রহ করা যাবে।

যে সকল কর্মচারী কর্মক্ষেত্রে আহত বা অসুস্থতা বশত ক্ষতিপূরণ দাবীর আওতায় ঔষধ নিচ্ছেন তাঁরা এই সকল ফার্মেসী থেকে ঔষধ সংগ্রহ করবেন কেবল যদি

- আপনার দৈব জরুরী অবস্থায় একান্ত প্রয়োজনীয় ঔষধ নেটওয়ার্কের আওতাধীন ফার্মেসী থেকে সংগ্রহ করা আপনার পক্ষে অসম্ভব হয়ে পড়ে অথবা
- নেটওয়ার্কের আওতায় ডাকযোগে ফোনে ঔষধ সরবরাহের ফরমালেশ দেওয়ার বিধান নাই। গ্রাম এলাকায় ১৫ মাইলের মধ্যে বা শহর এলাকায় ৫ মাইলের মধ্যে বসবাস করেন এবং নেটওয়ার্কেভুক্ত ফার্মেসী বাসস্থানে ঔষধ সরবরাহ করেনা আপনার অবস্থা যদি তেমন হয় তবে নিম্নলিখিত যে কোন নম্বরে ফোন করুন।

আপনাদের সদয় অবগতির জন্য জানানো যাচ্ছে যে, সিভিএসকেয়ারমার্ক ডাকযোগে, ইন্টারনেট বা ফোনে সেবা দিয়ে থাকে। সিভিএসকেয়ারমার্ক কল সেন্টারে (866) 493-1640 নম্বরে ফোন করে নিয়ম বা নির্দেশাবলী জেনে নিতে পারেন। সিভিএসকেয়ারমার্ক নেটওয়ার্কের অধীন সকল ফার্মেসী সর্বদা ঔষধের পর্যাপ্ত স্টক মওজুদ রাখে যাতে যে কোন সময় কালবিলম্ব না করে আপনার চাহিদা মেটাতে সক্ষম হয়।

আপনার নিকটস্থ সকল ফার্মেসী স্থানীয় কমিউনিটির চাহিদা অনুযায়ী দৈনিক নির্দিষ্ট সময় পর্যন্ত খোলা রেখে ব্যবসা পরিচালনা করতে বাধ্য।

কেয়ারমার্ক কেয়ারকম্প ভুক্ত ফার্মেসী সরাসরি নিউ ইয়র্ক স্টেট বীমা তহবিল (NYSIF) কে বিল করবে। **আপনাকে ঔষধের কোন টাকা এজন্য পরিশোধ করতে হবেনা।**

কেয়ারমার্ক কেয়ারকম্প নেটওয়ার্কেভুক্ত ফার্মেসী সম্পর্কিত অতিরিক্ত তথ্য ২৪ ঘন্টা টোল ফ্রি (866) 493-1640 নম্বরে ফোন করে সংগ্রহ করতে পারেন।

আপনার কোন প্রশ্ন বা আরও বিস্তারিত কিছু জানার থাকলে নিউ ইয়র্ক স্টেট বীমা তহবিল কর্তৃপক্ষ (NYSIF) কে (888) 875-5790 নম্বরে ফোন করে জানতে পারেন। আপনি নিউ ইয়র্ক স্টেট শ্রমিক/কর্মচারী কমপেনসেশন বোর্ড এর সাধারণ তথ্য অথবা (877) 632-4996 বা আহত শ্রমিকের আইন উপদেষ্টা (Advocate for Injured Workers) এর কাছে (800) 580-6665 নম্বরে ফোন করে স্ববিস্তারে জানতে পারেন। www.wcb.ny.gov থেকে আরও তথ্য সংগ্রহ করতে পারেন।

বীমা গ্রাহকগণ - দয়া করে স্পষ্টভাবে পোস্ট 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 নম্বরে ফোন করে CVS কেয়ারমার্কের গ্রাহক পরিষেবার সাথে যোগাযোগ করুন।

ফার্মাসিস্ট/নিয়োগকর্তা – ফর্মটি পূরণ করা হয়ে গেলে এই নম্বরে ফ্যাক্স করে CVS কেয়ারমার্কের কাছে পাঠিয়ে দিন: 1-866-493-1644

ওষুধগুলি প্রক্রিয়া করার অনুমতি দেওয়ার জন্য CVS কেয়ারমার্ক দাবিদারের তথ্য যোগ করবে। 1-866-493-1640 নম্বরে ফোন করেও এই তথ্য জানানো যাবে।

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

ফার্মাসিস্ট মনোযোগ দিন:

NYSIF-এর প্রেসক্রিপশন প্রোগ্রাম CVS কেয়ারমার্ক দ্বারা পরিচালিত হয়। তালিকাভুক্ত কর্ম পদক্ষেপ অনুসরণ করুন দাবি লিখতে নীচে. NYSIF দাবিদারদের জন্য একটি প্রেসক্রিপশন জমা দেওয়ার জন্য এই পদক্ষেপগুলি প্রয়োজন।

সহায়তা প্রয়োজন?

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



Claim মোবাইল অ্যাপ

আপনি কি আপনার বেনিফিট পেমেন্ট বা শ্রমিক ক্ষতিপূরণ দাবির অবস্থা যাচাই করতে চান? এর জন্য NYSIF-এর একটি অ্যাপ আছে! NYSIF Claim মোবাইল অ্যাপের মাধ্যমে, আপনি সহজেই আপনার ক্লেইম সম্পর্কে রিয়েল-টাইম তথ্য অ্যাক্সেস করতে পারবেন, যার মধ্যে রয়েছে:

- চেক এবং পেমেন্টের অবস্থা
- কেইস ম্যানেজারের যোগাযোগের তথ্য
- ক্লেইম-এর অবস্থা
- আসন্ন শুনানি এবং মেডিকেল পরীক্ষা



উন্নত যোগাযোগ, স্বচ্ছতা এবং সম্পৃক্ততা

NYSIF Claim মোবাইল অ্যাপের মাধ্যমে, আপনি সহজেই এই প্রশাসনিক কাজগুলি সম্পন্ন করতে পারবেন:

- ক্লেইম নাম্বার খোঁজা
- পেমেন্টের ইতিহাস দেখা
- আপনার অ্যাকাউন্টে অতিরিক্ত NYSIF ক্লেইম লিঙ্ক করা
- বিজ্ঞপ্তি পাওয়া
- আপনার Rx কার্ড অ্যাক্সেস করা
- আপনার কেইস ম্যানেজারকে ইমেইল পাঠানো
- ডাইরেক্ট ডিপোজিটের জন্য সাইন আপ করা



স্ক্যান করুন



আজই NYSIF Claim মোবাইল অ্যাপটি ডাউনলোড করুন!

nysif.com ওয়েবসাইটে আরও জানুন



নার্স ক্লেইম ম্যানেজমেন্ট কর্মসূচী



আপনার আরোগ্যলাভের প্রক্রিয়ায় আপনাকে সহায়তা করার জন্য, একজন NYSIF নার্স ফোনে আপনার সাথে যোগাযোগ করতে পারেন।

এই কলের সময়, একজন NYSIF নার্স আপনার প্রয়োজনীয় চিকিৎসা সম্পর্কিত কিছু তথ্যের মাধ্যমে আপনাকে গাইড করতে পারবেন, পাশাপাশি একজন আহত কর্মচারী হিসেবে আপনার জন্য উপলব্ধ সংস্থানগুলি সনাক্ত করতে সহায়তা করতে পারবেন। NYSIF নার্সটি আপনার ওয়ার্কারস কম্পেনসেশন দাবি সম্পর্কে তথ্য অ্যাক্সেস করতে এবং আপনার যেকোনো প্রশ্ন থাকলে তার উত্তর দিতে NYSIF Claim মোবাইল অ্যাপ ব্যবহারের সুবিধাগুলিও ব্যাখ্যা করতে পারবেন।



আপনার স্বাস্থ্য এবং নিরাময় আমাদের সর্বোচ্চ অগ্রাধিকার এবং আমরা আপনার সাথে কথা বলার জন্য উন্মুখ।

ডাইরেক্ট ডিপোজিটের মাধ্যমে আপনার শ্রমিকদের
ক্ষতিপূরণের পেমেন্ট অর্জন করুন

ডাইরেক্ট ডিপোজিট

নিউ ইয়র্ক স্টেট ইনস্যুরেন্স ফান্ড

NYSIF শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ সুবিধা পাওয়ার জন্য দাবিদারদের জন্য ডাইরেক্ট ডিপোজিটের সুবিধা প্রদান করে। আপনার আর্থিক প্রতিষ্ঠানের সহযোগিতায়, NYSIF সরাসরি আপনার ব্যাংক অ্যাকাউন্টে বেনিফিট পেমেন্ট জমা দিতে পারে। আপনি এমনকি দুটি ব্যাংক অ্যাকাউন্টের মধ্যে (শতাংশ দ্বারা) আপনার পেমেন্ট বিতরণ করতে নির্বাচন করতে পারেন।

অ্যাকাউন্টের ধরনের জন্য প্রয়োজনীয়তা

আপনাকে অবশ্যই একটি **চেকিং** বা **সেভিংস** অ্যাকাউন্টে আপনার পেমেন্ট জমা দিতে হবে। আপনার ব্যাংক রাউটিং নম্বর এবং অ্যাকাউন্ট নম্বর সহ ডাইরেক্ট ডিপোজিট ফর্মের সমস্ত তথ্য সম্পূর্ণ করুন (ছবি দেখুন)। সহযোগিতা দরকার হলে আপনার ব্যাংকের সাথে যোগাযোগ করুন।



YOUR NAME 1234 Main Street Anywhere, OH 00000 DATE 123

PAY TO THE ORDER OF \$ _____ DOLLARS

044072324 ROUTING NUMBER 000123456789 ACCOUNT NUMBER 123 CHECK NUMBER

বাতিলকরণ

বাতিল না হওয়া পর্যন্ত এই চুক্তি কার্যকর থাকবে। আপনার চুক্তি বাতিল করতে হলে, **nysif.com** এ যান, দাবিদার হিসাবে নিজেই নথিভুক্ত করুন এবং "ডাইরেক্ট ডিপোজিটের সুবিধা বাতিল করুন" বিকল্পটি বেছে নিন। তাছাড়া, আপনি আমাদের "দাবিগুলির সহায়তা পান" এ আমাদের কুইক লিংকস ব্যবহার করে **nysif.com** এ আপনার NYSIF কেস ম্যানেজারের সাথে যোগাযোগ করে বাতিল করতে পারেন। এই চুক্তিটি NYSIF বা আপনার আর্থিক প্রতিষ্ঠান দ্বারাও বাতিল করা হতে পারে। উভয় ক্ষেত্রেই, আপনি মেইলে পরবর্তী চেকগুলি পাবেন। বাতিলকরণের প্রক্রিয়াকরণ করতে তিন সপ্তাহ পর্যন্ত সময় লাগতে পারে।

আপনার অ্যাকাউন্টে করা বিভিন্ন পরিবর্তন

আপনার ব্যাংক অ্যাকাউন্টের তথ্যে কোনও পরিবর্তন হলে (অ্যাকাউন্ট নম্বর, আর্থিক প্রতিষ্ঠান, ইত্যাদি) **NYSIF** কে সেটা অবহিত করার জন্য আপনি **দায়বদ্ধ** **nysif.com**-এ উপলব্ধ একটি নতুন ডাইরেক্ট ডিপোজিট আবেদনপত্র জমা দিয়ে NYSIF-কে অবহিত করুন।

আপনি যদি অ্যাকাউন্ট বা আর্থিক প্রতিষ্ঠানগুলি পরিবর্তন করেন তাহলে আপনার নতুন অ্যাকাউন্টটি আপনার পরবর্তী ডাইরেক্ট ডিপোজিট পেমেন্ট না পাওয়া পর্যন্ত আপনার পুরনো অ্যাকাউন্টটি বজায় রাখা উচিত। যদি পুরনো অ্যাকাউন্টটি বজায় না রাখা হয়, তাহলে আপনার নতুন ডাইরেক্ট ডিপোজিট অনুমোদন কার্যকর না হওয়া পর্যন্ত আপনার পেমেন্ট পেতে দেরি হতে পারে।

পর্যায়ক্রমিক যাচাইকরণ

NYSIF আপনার ডাইরেক্ট ডিপোজিট অ্যাকাউন্ট সম্পর্কিত তথ্য যাচাই করতে পর্যায়ক্রমে আপনার সাথে যোগাযোগ করতে পারে। যদি অর্থ প্রদানকারী আর বেঁচে না থাকেন, তাহলে অবিলম্বে NYSIF কে অবহিত করুন।

ডাইরেক্ট ডিপোজিটের সুবিধা অর্জন করতে, এই ফর্মটি সম্পূর্ণভাবে পূরণ করুন এবং এটি নিচের ঠিকানায় ফিরিয়ে দিন। ডাইরেক্ট ডিপোজিট সম্পর্কিত আপনার অধিকার সম্পর্কে আরও তথ্য জানার জন্য, nysif.com/directdeposit এ যান। ডাইরেক্ট ডিপোজিটে নাম নথিভুক্ত করার জন্য সমস্ত ক্ষেত্রগুলি অবশ্যই সম্পূর্ণ করতে হবে।

নাম (প্রথম, মধ্যম, শেষ):	NYSIF শ্রমিকদের সম্পূর্ণ দাবির নম্বর:		
বাড়ির ঠিকানা (PO বক্স ব্যবহার করবেন না):			
শহর:	স্টেট:	ZIP কোড:	
ইমেইল ঠিকানা:	ফোন: _		
<p>আপনার অ্যাকাউন্ট নম্বর এবং ব্যাংক রাউটিং নম্বর সহ সমস্ত তথ্য এন্টার করুন। আপনার যদি এই বিভাগটি সম্পূর্ণ করার জন্য সহায়তার প্রয়োজন হয় তাহলে আপনার আর্থিক প্রতিষ্ঠানের সাথে যোগাযোগ করুন।</p> <p>ঐচ্ছিক: আপনি যদি আপনার পেমেন্টগুলি দুটি ব্যাংক অ্যাকাউন্টের মধ্যে ভাগ করতে চান তাহলে উভয় স্টেটের ব্যাংক-সম্পর্কিত ক্ষেত্রগুলির সম্পূর্ণ করুন। বিতরণ শতাংশগুলির সমষ্টি অবশ্যই মোট 100% হতে হবে (উদাহরণস্বরূপ, অ্যাকাউন্ট # 1 এ 75% এবং অ্যাকাউন্ট # 2 এ 25%)। যদি যে কোনও সময় আপনার ব্যাংক অ্যাকাউন্টটি অনুপলব্ধ হয়ে যায় তাহলে যে পরিমাণ অর্থ প্রদান করা হবে তা কাগজের চেকের মাধ্যমে পাঠানো হবে।</p>			
ডাইরেক্ট ডিপোজিট অ্যাকাউন্ট # 1 (চেকিং নাকি সেভিংস বাছুন):	[চেকিং]	[সেভিংস]	বিতরণ % চেকের
আর্থিক প্রতিষ্ঠানের নাম:			
রাউটিং #	অ্যাকাউন্ট #		
ডাইরেক্ট ডিপোজিট অ্যাকাউন্ট # 2 (চেকিং নাকি সেভিংস বাছুন):	[চেকিং]	[সেভিংস]	বিতরণ % চেকের
আর্থিক প্রতিষ্ঠানের নাম:			
রাউটিং #	অ্যাকাউন্ট #		
আমানতকারী/অর্থ গ্রহণকারীর সার্টিফিকেট প্রদান এবং অধিকার দান			
<p>এই ফর্মটিতে স্বাক্ষর করার অর্থ আমি NYSIF-কে নির্দিষ্ট অ্যাকাউন্ট(গুলি) তে জমা দেওয়ার জন্য উপরে উল্লেখিত আর্থিক প্রতিষ্ঠান(গুলি) কে সরাসরি পেমেন্ট করার অনুমতি দিই। আমি প্রত্যয়িত করি যে আমি অন্তর্নিহিত ক্ষতিপূরণ বাবদ পেমেন্ট বা নিষ্পত্তির প্রক্রিয়ায় অগ্রসর হবার অধিকারী, এবং NYSIF থেকে আমাকে সুবিধা পাবার অধিকারী হবার পরিস্থিতিগুলি পরিবর্তিত হয়নি। যদি পেমেন্ট পাবার অধিকারকে প্রভাবিত করতে পারার মতো পরিস্থিতিগুলি পরিবর্তিত হয়, তাহলে আমাকে অবশ্যই NYSIF কে অবহিত করতে হবে। আমি বুঝতে পারি যে ডাইরেক্ট ডিপোজিটের জন্য আবেদন করতে হলে, আমাকে অবশ্যই একটি ইমেইল ঠিকানা প্রদান করতে হবে। এই আবেদনপত্র জমা করে, আমি প্রদত্ত ইমেইল ঠিকানায় বৈদ্যুতিন বিজ্ঞপ্তিগুলি গ্রহণ করতে সম্মতি দিচ্ছি।</p>			
স্বাক্ষর:	তারিখ:		

মেইলের মাধ্যমে আবেদনপত্রটি সম্পূর্ণ করে যেখানে পাঠানো

হয়েছে:

NYSIF

বক্স 66699

আলবানি, NY 12206