

দাবিদারের নাম: _____ মোশাল সিকিউরিটি কার্ড: _____

নিউইয়র্ক স্টেট ওয়ার্কারস ক্ষতিপূরণ বোর্ড, ডিসএবিএলিটি বেনিফিট ব্যুরো ফরম DB-450.1, কোনও ফল্ট বা ব্যক্তিগত আঘাত সম্পর্কিত দাবিদারের বিবৃতি

দাবিদারের প্রতি নির্দেশনা: চার (4) সপ্তাহের বেশি সময় ধরে বেকার হয়ে থাকার পরে আপনি যদি বিকলাঙ্গ হয়ে যান তবে ফর্মটি পূরণ করুন এবং আপনি ফরম DB-450 এ উল্লেখ করেছেন যে আপনার অক্ষমতাটি কোনও ত্রুটিযুক্ত মোটর গাড়ি দুর্ঘটনা বা অবহেলার কারণে ক্ষতির ফলস্বরূপ হতে পারে অথবা তৃতীয় পক্ষের তুল কাঙ্গ, অর্থাৎ ব্যক্তি, সংস্থা, ইত্যাদি।

ডিসএবিএলিটি বেনিফিটস আইনের ধারা 227 অনুসারে ওয়ার্কারস ক্ষতিপূরণ বোর্ডে আপনাকে তৃতীয় পক্ষের কাছ থেকে প্রাপ্ত যেকোনো পুনরুদ্ধারের অর্থের বিরুদ্ধে আপনার প্রদত্ত সুবিধার পরিমাণে কোনও প্রাধান্য গ্রহণ করতে পারে যা, রায়, নিষ্পত্তি দ্বারা বা অন্যথায় করা যেতে পারে।

আইনটি উল্লেখ করে যে আপনি আপনার অক্ষমতা দাবির অধিকার হারাতে পারেন এবং আপনাকে ইতিমধ্যে প্রদান করা অর্থ ফেরত দেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে, যদি আপনি:

- 1 কর্মীদের ক্ষতিপূরণ বোর্ডের চেয়ার থেকে লিখিত সম্মতি ছাড়া, যদি আপনি ডিসএবিএলিটি বেনিফিট আইনের দ্বারা প্রদত্ত বেনিফিটের চেয়ে কম পরিমাণে তৃতীয় পক্ষের কাছ থেকে নিষ্পত্তি গ্রহণ করেন।
- 2 কোনও পেমেন্ট বা অন্য কোনও তৃতীয় পক্ষের বিরুদ্ধে আপনার দাবির মুক্তির জন্য স্বাক্ষর করে থাকেন, আপনি কোনও পেমেন্ট পেয়েছেন কিনা তা নির্বিশেষে।

আপনাকে অবশ্যই এই ফর্মটি পূরণ করতে হবে এবং এটি আপনার সম্পূর্ণ DB-450 দিয়ে জমা দিতে হবে যাতে আপনার ডিসএবিএলিটি বেনিফিটের পেমেন্টে কোনো বিলম্ব না হয়।

দুর্ঘটনার সম্পর্কে দাবিদারের বিবৃতি	
1 দুর্ঘটনার তারিখ	2 দুর্ঘটনার স্থান (সম্পূর্ণ ঠিকানা, শহর, রাজ্য, জিপি প্রদান করুন)
3 দুর্ঘটনার কারণ: <input type="checkbox"/> মোটর বাহন <input type="checkbox"/> কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ <input type="checkbox"/> অন্যান্য	
4 ক। আপনি কি এমন দলের বিরুদ্ধে ব্যবস্থা নিয়েছেন? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না খ। যদি "না", আপনি কি এই ধরনের ব্যবস্থা গ্রহণ করতে চান? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না যদি "হ্যাঁ", তবে পার্টি (বা দলগুলির) নাম এবং ঠিকানা প্রদান করুন:	
5 আপনি যদি একটি অ্যাটর্নি বজায় রাখেন, তবে নিম্নলিখিত তথ্য প্রদান করুন: অ্যাটর্নির নাম এবং ঠিকানা ফোন #:	
6 আপনি কি আঘাতের জন্য কোনো নিষ্পত্তি পেয়েছেন? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না যদি "হ্যাঁ", দয়া করে প্রদান করুন: নিষ্পত্তির পরিমাণ (\$) _____ নিষ্পত্তির তারিখ: _____	
7 আপনি আপনার নিজের বীমা বা স্বাস্থ্য পরিকল্পনা ছাড়া অন্য কোলও চিকিত্সার পেমেন্ট পেয়েছেন? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না যদি "হ্যাঁ", তবে দয়া করে বীমা কারিয়ারের বা অর্থ প্রদান করা অন্য পক্ষের নাম এবং ঠিকানা প্রদান করুন	
মোটর গাড়ির দুর্ঘটনা - এই বিভাগটি পূরণ করুন এবং এমভি-104 সংযুক্ত করুন, দুর্ঘটনার রিপোর্ট বা দুর্ঘটনার পুলিশ প্রতিবেদন সহ	
8 আপনি কি দাবি করছেন/ গ্রহণ করছেন অথবা দাবি করতে চান/ নো-ফল্ট ইনসিওরেন্স বেনিফিট? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না এতে একটি বাণিজ্যিক গাড়ি জড়িত ছিল: <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না যদি হ্যাঁ, আপনি তৃতীয় পক্ষের ব্যবস্থা গ্রহণ করেছেন: <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না যদি "না", ব্যাখ্যা করুন। ব্যাখ্যা:	
তৃতীয় পক্ষ জড়িত অন্যান্য ব্যক্তিগত আঘাতের জন্য ক্ষতি	
9 এই পক্ষ কি এমন কর্মের জন্য বীমাকৃত ছিল? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না বীমা কারিয়ারের নাম এবং ঠিকানা: নীতি #	
10 আপনার কি এই দুর্ঘটনার জন্য বীমা ছিল? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না যদি "হ্যাঁ", দয়া করে বীমা কারিয়ারের নাম এবং ঠিকানা সরবরাহ করুন নীতি #	
আমি অতপন্ন প্রত্যয়িত করি যে পূর্ববর্তী বিবৃতি সহ, সহগামী বিবৃতি সহ, আমার স্তানে সেরা রূপে সঠিক এবং সম্পূর্ণ। দাবিদারের স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____	

