NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. | Workers' Compensation Board

কর্মচারীর দাবি

C-3

নিউ ইয়র্ক স্টেট - কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ বোর্ড (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)

1. নাম: ____________ (প্রথমাংশ) ____________ (মধ্যাংশ) ____________ (শেষাংশ) 2. জন্ম তারিখ: ____/____/____

3. চিঠি পাঠানোর ঠিকানা: ____________ (নম্বর এবং স্ট্রিট/PO বক্স/অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর) ____________ (শহর) ____ (স্টেট) ____ (জিপ কোড)

4. সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর: ____-____-____ 5. ফোন নম্বর: (____) ____________ 6. লিঙ্গ: ☐ পুরুষ ☐ মহিলা ☐ অন্যান্য

7. 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)

1. নিয়োগকর্তা যখন আঘাতপ্রাপ্ত: ____________ 2. ফোন নম্বর: (____) ____________

3. আপনার কর্মস্থলের ঠিকানা: ____________ (নম্বর এবং স্ট্রীট) ____________ (শহর) ____ (স্টেট) ____ (জিপ কোড)

4. আপনার নিয়োগের তারিখ: ____/____/____ 5. আপনার সুপারভাইজারের নাম: ____________

6. আপনার আঘাত/অসুস্থতার সময় অন্য কোনো নিয়োগকর্তা(দের) নাম/ঠিকানাগুলি তালিকাভুক্ত করুন: ____________

7. আপনার আঘাত/অসুস্থতার ফলে আপনি কি অন্য চাকরি(গুলি)-তে কাজ থেকে সময় হারিয়েছিলেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না

C. আঘাত বা অসুস্থতার তারিখে আপনার কাজ

1. আপনার কাজের পদমর্যাদা বা বিবরণ কী ছিল? ____________

2. সাধারণত আপনি কর্মক্ষেত্রে কী ধরণের কার্যকলাপ সম্পাদন করতেন? ____________

3. আপনার কাজটি কী ছিল? (একটিতে চেক করুন) ☐ পূর্ণসময়ের ☐ আংশিক সময়ের ☐ মরসুমী ☐ স্বেচ্ছাসেবী
অন্যান্য: ____________

4. প্রতিটি বেতনের সময় আপনার মোট বেতন (ট্যাক্সের আগে) কত ছিল? ____________

5. কত সময়ের ব্যবধানে আপনাকে বেতন প্রদান করা হত? ____________

6. আপনি কি আপনার বেতন ছাড়াও থাকার ব্যবস্থা বা টিপ পেয়েছিলেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না যদি হ্যাঁ হয়, তবে বর্ণনা করুন: ____________

D. আপনার আঘাত বা অসুস্থতা

1. আঘাত পাওয়ার তারিখ বা অসুস্থতা শুরুর তারিখ: ____/____/____ 2. আঘাত পাওয়ার সময়: ____________ ☐ AM ☐ PM

3. আঘাত পাওয়ার/অসুস্থ হওয়ার ঘটনাটি কোথায় ঘটেছে? (যেমন, 1 মেইন স্ট্রিট, পটারসভিল, সামনের দরজায়) ____________

4. সেটি কি আপনার নিয়মিত কর্মস্থান ছিল? ☐ হ্যাঁ ☐ না যদি না হয়, তবে আপনি কেন সেই স্থানে ছিলেন? ____________

5. আপনি যখন আঘাত পান বা অসুস্থ হয়ে পড়েন তখন আপনি কী করছিলেন? (যেমন, একটি ট্রাক আনলোড করা, একটি রিপোর্ট টাইপ করা) ____________

6. আঘাত পাওয়ার/অসুস্থ হওয়ার ঘটনাটি কীভাবে ঘটে? (যেমন, আমি একটি পাইপে হোঁচট খেয়েছিলাম এবং মেঝেতে পড়ে গিয়েছিলাম) ____________

7. আপনার আঘাত/অসুস্থতার প্রকৃতি সম্পূর্ণরূপে ব্যাখ্যা করুন; শরীরের আঘাতপ্রাপ্ত অঙ্গগুলি তালিকাভুক্ত করুন (যেমন, বাম গোড়ালি মচকে গেছে এবং কপালে কেটে গেছে): ____________

আপনার নাম: ______________________ (প্রথমাংশ / মধ্যাংশ / শেষাংশ)

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

D. আপনার আঘাত বা অসুস্থতা *অব্যাহত*

8. কোন বস্তু (যেমন, ফর্কলিফ্ট, 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 ধরণের 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 জেনেশুনে এবং প্রতারণার 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 আইনতভাবে অনুমতি থাকে এবং কর্মচারী একজন নাবালক, মানসিকভাবে অসমর্থ বা অক্ষম হয়।

আমি আমার সর্বোত্তম জ্ঞান, তথ্য এবং বিশ্বাসের সাথে প্রত্যয়ন 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 ঠিকানায় পাঠান। 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 শুনানীগুলি 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 উদ্ভূত। 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 ব্যর্থতার 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 প্রযোজ্য রাষ্ট্র এবং ফেডারেল আইন অনুযায়ী এটি প্রকাশ করবে।

বিভাগ B - আপনার নিয়োগকর্তা(রা):

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 বিল্ডিংয়ের ঠিকানা এবং সেই বিল্ডিংয়ের 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 বাক্স 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 বাক্স তুলেছিলাম)। 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 বাক্স 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 (ট্যাক্স 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 হয়নি 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 প্রতিনিধিত্ব 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 ব্যক্তিরা 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 পরিষেবার 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