

নিউ ইয়র্ক স্টেট - Workers' Compensation Board
নিয়োগকর্তার প্রথম সম্পর্কিত কাজের
আঘাত / অসুস্থতার রিপোর্ট

C-2F

একটি আঘাত-সংক্রান্ত আঘাত বা অসুস্থতা আঘাত / অসুস্থতার 10 দিনের মধ্যে (প্রতি সেকশন 110) এর মধ্যে রিপোর্ট করা উচিত বা শাস্তিমূলক হতে হবে। নিয়োগকর্তার বীমাকারী নিয়োগকর্তার পক্ষ থেকে বোর্ডে ইলেকট্রনিকভাবে দুর্ঘটনা তথ্য জমা দিলে নিয়োগকর্তাদের কর্মীদের ক্ষতিপূরণ বোর্ডে C-2F জমা দিতে হবে না। যদি আপনার এই ফর্ম পূরণে সহায়তা প্রয়োজন হয়, তবে দয়া করে কাজের সম্পর্কিত দুর্ঘটনা সম্পর্কিত তথ্যের প্রতিবেদন করার সেরা পদ্ধতিতে নির্দেশনার জন্য আপনার বীমা প্রদানকারীর সাথে যোগাযোগ করুন। আপনি যদি এই ফর্মটি বোর্ডে জমা দেন তবে দয়া করে টিকে P.O. Box 5205, Binghamton, NY 13902 তে পাঠান এবং আপনার বীমা প্রদানকারীর একটি অনুলিপি সরবরাহ করুন।

চাকুরীদাতার নাম _____

WCB কেস নম্বর (জেসিএন) _____ আঘাতের তারিখ _____

দাবি প্রশাসক দাবি নম্বর _____

বীমা প্রদানকারী / দাবি প্রশাসক তথ্য

ইনসিওরার নাম _____ বীমাকারী আইডি _____

নাম _____

তথ্য / মনোযোগ _____

ঠিকানা _____

শহর _____ রাজ্য _____

পোস্টাল _____ কোড দেশ _____

অ্যাডমিন আইডি দাবি _____

নিয়োগকর্তা তথ্য

প্রথম নাম _____ মধ্য নাম / প্রাথমিক _____

শেষ নাম _____ সাক্ষর _____

চিঠি পাঠানোর ঠিকানা _____

শহর _____ রাজ্য _____

পোস্টাল _____ কোড দেশ _____

ফোন নম্বর _____ ভাড়া ভাড়া দিন _____

জন্মের _____ লিঙ্গ পুরুষ মহিলা অজানা

কর্মচারী এসএসএন _____

পেশা বর্ণনা _____

দাবি তথ্য

আঘাত সময় _____ নিয়োগকর্তা যে তারিখে জেনেছে _____

কর্মসংস্থান স্থিতি _____ নিয়োগকর্তা অক্ষমতার কথা যে তারিখে জেনেছে _____

আনুমানিক সাপ্তাহিক মজুরি _____ প্রতি সপ্তাহে কাজের দিনের সপ্তাহ _____

কাজের সপ্তাহের ধরন ট্যান্ডার্ড ওয়ার্ক সপ্তাহ স্থায়ী কাজ সপ্তাহ বিভিন্ন কাজের সপ্তাহ

কাজের দিন নির্ধারিত রবি সোম মঙ্গল বুধ বৃহঃ শুক্র শনি

কর্মচারী আঘাত

ক্ষতির তারিখের জন্য প্রদেয় সম্পূর্ণ মজুরী হ্যাঁ না ক্ষতিপূরণের লাইনে নিয়োগকর্তা প্রদত্ত বেতন নেই হ্যাঁ

প্রাথমিক চিকিত্সা কোন চিকিৎসা নেই সাইটে নিয়োগকর্তা দ্বারা সামান্য চিকিৎসা ছোট ক্লিনিক / হাসপাতাল চিকিত্সা
 জরুরী মূল্যায়ন 24 ঘন্টার বেশি হাসপাতালে ভর্তি ভবিষ্যৎ বড় কিছু হওয়ার সম্ভবনা

মৃত্যুদন্ডের মৃত্যু ফলাফল হ্যাঁ না অজানা মৃত্যুর তারিখ _____ নির্ভরশীলতার সংখ্যা _____

আঘাতের প্রকৃতি (অর্থাৎ ল্যাকারেশন, বার্নস, ফ্র্যাকচার, স্ট্রেন, ইত্যাদি) _____

শরীরের অংশ (অর্থাৎ বাম হাত, ডান পা, মাথা, একাধিক, ইত্যাদি) _____

আঘাতের কারণে (যেমন মোটর গাড়ির, মেশিন, স্ট্রেন বা উত্তোলন দ্বারা আঘাত, ইত্যাদি) _____

দুর্ঘটনা / আঘাত বিবরণ (নির্দেশাবলী দেখুন)

কাজের অবস্থা

প্রাথমিক ক তারি থ শেষ দিন কার্য _____ কাজে ফেরত যাওয়া প্রকৃত মুক্ত হয়েছে

শারীরিক অক্ষমতার শুরু হওয়ার তারিখ _____ শারীরিক অক্ষমতার হ্যাঁ না

কাজে প্রথম ফেরতের তারিখ _____ একই নিয়োগকর্তার কাজে ফেরা হ্যাঁ না

গোপন অবস্থান এবং সাক্ষাত্কার

প্রাপ্তনে (নির্দেশাবলী দেখুন) নিয়োগকর্তা লেস অন্যান্য

প্রতিষ্ঠানের নাম _____

রাস্তার _____ রাজ্য _____

শহরের _____ পোস্টাল কোড _____

কাউন্টি _____ দেশ _____

অবস্থান বর্ণনামূলক _____

সাক্ষী

ব্যবসা ফোন নম্বর

নিয়োগকর্তা তথ্য

নাম	নিয়োগকর্তা FEIN
UI নম্বর	ম্যানুয়াল শ্রেণীবিভাগ কোড
শিল্প কোড	
তথ্য / মনোযোগ	
চিঠি পাঠানোর ঠিকানা	
শহর	রাজ্য
পোস্টাল	কোড দেশ
ফিসিক্যাল ঠিকানা	
শহর	রাজ্য
পোস্টাল	কোড দেশ
যোগাযোগের নাম	
যোগাযোগ ফোন নম্বর	যোগাযোগ করুন

প্রয়োজনীয় তথ্য

বীমাকৃত নাম	বিমা FEIN
বীমাকৃত প্রকারের <input type="checkbox"/> বিমাকৃত <input type="checkbox"/> স্ব-বীমায়ুক্ত <input type="checkbox"/> অনিশ্চিত	বিমা অবস্থান আইডি
নীতি নম্বর আইডি	
নীতি কার্যকর তারিখ	পলিসি মেয়া দ শে ষ হওয়া র তারিখ

একজন নিয়োগকর্তা বা বীমা প্রদানকারী, অথবা কোনও কর্মচারী, এজেন্ট, অথবা একজন নিয়োগকর্তা বা বীমা প্রদানকারীর পক্ষ থেকে অভিনয়কারী ব্যক্তি যিনি কোনও অভিযোগের তদন্ত, তদন্ত, বা কোনও দাবি সামঞ্জস্য করার ক্ষেত্রে কোনও প্রকৃত সত্য হিসাবে মিথ্যা বিবৃতি বা প্রতিনিধিত্ব করে এই পেমেন্ট বা সুবিধার বিধান এড়াতে এই অধ্যায়ের অধীন বেনিফিট বা পেমেন্ট একটি ক্রাইম এর দোষ এবং সাবস্ট্যান্টাল ফাইন্যান্স এবং আনুষ্ঠানিকতা সাপেক্ষে।

উপরে তথ্য আমার জ্ঞান এবং বিশ্বাস শ্রেষ্ঠ।

নিয়োগকর্তা দ্বারা প্রস্তুত যদি:

ব্যক্তির স্বাক্ষর ফর্ম তারিখ	প্রস্তুতি
নাম প্রিন্ট করুন	
কর্মস্থলের	ফোন নম্বর