



WCB কেস নং. (যদি আপনি এটা জানেন): _____

দাবিদারের প্রতি: যদি আপনি শরীরের একই অংশে পূর্বের আঘাতের জন্য চিকিৎসা গ্রহণ করে থাকেন বা আপনার বর্তমান দাবিতে বর্ণিত অসুস্থতার সমতুল্য অসুখে সম্মুখীন হয়ে থাকেন তবে এই ফর্মটি পূরণ করুন। এই ফর্মটি নিচে আপনার তালিকা করা স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের আপনার নিয়োগকর্তার শ্রমিক ক্ষতিপূরণ বিম্বাকারীদের নিকট আপনার পূর্ববর্তী আঘাত/অসুস্থতার বিষয়ে স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ করতে দেয়। ফেডারেল HIPAA আইন (1996 সালের স্বাস্থ্য বিম্বা পোর্টেবিলিটি অ্যান্ড অ্যাকাউন্টেবিলিটি অ্যাক্ট) অনুসারে আপনার এই ফর্মটির একটি প্রতিলিপি 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। ফোন করুন: 800-580-6665.

স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর প্রতি: এই HIPAA- সঙ্গতিপূর্ণ প্রকাশের একটি প্রতিলিপি আপনাকে স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ করতে দেয়। যদি আপনি এই প্রকাশের জবাবে নিয়োগকর্তার শ্রমিক ক্ষতিপূরণ বিম্বাকারীর কাছে নথিগুলি পাঠান তাহলে দাবিদারের আইনী প্রতিনিধির কাছেও প্রতিলিপি প্রেরণ করুন। (যদি কোন আইনী প্রতিনিধি নীচে তালিকাভুক্ত না থাকে তবে দাবিদারকে প্রতিলিপি পাঠান।) স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীরা যারা নথিগুলি প্রকাশ করছেন তাদের নিউ ইয়র্ক রাষ্ট্র আইন এবং HIPAA অনুসরণ করা আবশ্যিক।

<p>এই প্রকাশ হল:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● প্রিঙ্কি। আপনি এই ফর্মটি স্বাক্ষর করেন বা না করেন, আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে(দের) আপনাকে একই যন্ত্র, পেইন্ট শর্টাদি এবং সুবিধাগুলি অবশ্যই দিতে হবে। ● সীমায়িত। এটি আপনার স্বাস্থ্যসেবা সরবরাহকারীকে(দের) নীচে আপনার বর্ণিত কেবল সেই স্বাস্থ্য সংক্রান্ত নথিগুলি প্রকাশ করার অনুমতি দেয় যা পূর্বের অসুস্থতা/শর্তের সাথে সম্পর্কিত। ● অস্থায়ী। যখন ক্ষতিপূরণের জন্য আপনার বর্তমান দাবি প্রতিষ্ঠিত হয় বা প্রত্যাহ্যত হয় এবং সমস্ত আপিলগুলি সমাপ্ত হয় তখন এটি শেষ হয়। ● বাতিলযোগ্য। আপনি যে কোনো সময় এই প্রকাশনটি বাতিল করতে পারেন। বাতিল করতে, এই ফর্মের তালিকাভুক্ত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী(দের) কাছে একটি চিঠি পাঠান। এছাড়াও, আপনার নিয়োগকর্তার শ্রমিক ক্ষতিপূরণ বিম্বাকারীকে এবং Workers' Compensation Board-এ আপনার চিঠির একটি প্রতিলিপি পাঠান। <i>দ্রষ্টব্য: আপনি ইতিমধ্যে প্রদান করা চিকিৎসা সংক্রান্ত নথিগুলির এই প্রকাশন বাতিল করতে নাও পারেন।</i> ● শুধুমাত্র রেকর্ডের জন্য। এটি ফর্মটিতে তালিকাভুক্ত আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে(দের) আপনার স্বাস্থ্যসেবার নথিগুলি আপনার নিয়োগকর্তার শ্রমিক ক্ষতিপূরণ বিম্বাকারীর কাছে পাঠানোর অনুমতি দেয়। 	<p>এই ফর্মটি আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে(দের) নিম্নলিখিত ধরণের তথ্য প্রকাশ করার অনুমতি দেয় না:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● HIV- সম্পর্কিত তথ্য ● সাইকোথেরাপি নোটগুলি ● অ্যালকোহল/ড্রাগ চিকিৎসা ● মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসা (যদি না আপনি নিচে টিক দিয়ে থাকেন) ● মৌখিক তথ্য (আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীরা আপনার স্বাস্থ্যসেবা তথ্য কারোর সাথে আলোচনা নাও করতে পারেন)
--	---

প্রকাশিত কোন চিকিৎসা নথিগুলি আপনার কর্মী ক্ষতিপূরণ ফাইলের অংশ হয়ে উঠবে এবং শ্রমিক ক্ষতিপূরণ আইনের অধীনে গোপনীয় হবে।

ক. আপনার তথ্য (দাবিদার)

- নাম: _____ 2. সোস্যাল সিকিউরিটি নম্বর: _____ - _____ - _____
- চিঠি পাঠানোর ঠিকানা: _____
- জন্ম তারিখ: _____/_____/_____ 5. বর্তমান আঘাত / অসুস্থতার তারিখ: _____/_____/_____
- আঘাতপ্রাপ্ত শরীরের সকল অংশের আঘাত সহ বর্তমান আঘাত/অসুস্থতা: _____
- আপনার আইনী প্রতিনিধির নাম ও ঠিকানা (যদি কেউ থাকে): _____

এখানে টিক দিন যদি আপনি আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে(দের) মানসিক স্বাস্থ্যসেবা তথ্য প্রকাশ করতে অনুমতি দেন।

খ. আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী(রা) (সকল স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের তালিকা করুন যারা শরীরের একই অংশে বা একই অসুস্থতার জন্য আপনাকে চিকিৎসা করেছেন। যদি 2 জনের বেশি প্রদানকারী থাকে তবে এই ফর্মটিতে তাদের যোগাযোগের তথ্য সংযুক্ত করুন।)

- প্রদানকারী: _____ 2. ফোন নম্বর: (_____) _____
- চিঠি পাঠানোর ঠিকানা: _____
- অন্য প্রদানকারী (যদি কেউ থাকে): _____ 5. ফোন নম্বর: (_____) _____
- চিঠি পাঠানোর ঠিকানা: _____

গ. পড়ে নিচে স্বাক্ষর করুন।

এতদ্বারা আমি উপরে তালিকাভুক্ত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে(দের) আমার নিয়োগকর্তার শ্রমিক ক্ষতিপূরণ বিম্বাকারীকে উপরে বর্ণিত শরীরের সকল অংশের কোনও পূর্ববর্তী আঘাত / অসুস্থতার সাথে সম্পর্কিত সমস্ত স্বাস্থ্যের নথিগুলির প্রতিলিপি প্রদানের অনুরোধ করছি।

দাবিদারের স্বাক্ষর (শুধুমাত্র কালি - সম্ভব হলে, নীল বলপয়েন্ট কলম ব্যবহার করুন।) _____

তারিখ _____

যদি দাবিদার স্বাক্ষর করতে অক্ষম হলে, তাঁর হয়ে স্বাক্ষর করা ব্যক্তিকে অবশ্যই পূরণ করে নিচে স্বাক্ষর করতে হবে:

আপনার নাম _____

দাবিদারের সঙ্গে সম্পর্ক _____

স্বাক্ষর (কেবল কালি -- সম্ভব হলে বলপয়েন্ট পেন ব্যবহার করুন।) _____

তারিখ _____