



প্রক্রিয়াকরণে কোনো প্রকার বিলম্ব এড়াতে পৃষ্ঠা 2 এর নির্দেশাবলী মনোযোগসহ পড়ুন। আপনাকে পার্ট A এর সকল প্রশ্ন এবং পার্ট B এর 1 থেকে 3 পর্যন্ত সকল প্রশ্নের উত্তর প্রদান করতে হবে। স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদেরকে পৃষ্ঠা 2 এর পার্ট B পূরণ করতে হবে।

পার্ট A - দাবিদারের তথ্য (অনুগ্রহ করে মুদ্রণ বা টাইপ করুন)

- নামের শেষাংশ: _____ নামের প্রথমাংশ: _____ MI: _____
- মেইলিং ঠিকানা (স্ট্রিট ও অ্যাপার্টমেন্ট #): _____
সিটি: _____ স্টেট: _____ জিপ: _____
- দিবাকালীন ফোন #: _____ ইমেইল ঠিকানা: _____
- সোশ্যাল সিকিউরিটি #: _____ - _____ - _____ 5. জন্ম তারিখ: _____/_____/_____ 6. লিঙ্গ: পুরুষ মহিলা
- আপনার অক্ষমতার বর্ণনা দিন (যদি আঘাত পেয়ে থাকেন তাহলে তা কীভাবে, কখন এবং কোথায় ঘটেছে তার বর্ণনা প্রদান করুন): _____
- আপনি যে তারিখে অক্ষম হয়েছেন: _____/_____/_____ আপনি কী ঐ দিন কাজ করছিলেন?: হ্যাঁ না
আপনি কি এই অক্ষমতা থেকে সুস্থতা লাভ করেছেন? হ্যাঁ না যদি হ্যাঁ হয়ে থাকে তাহলে যে তারিখে আপনি কাজে যোগদান করতে পেরেছিলেন: _____/_____/_____
এরপর কি আপনি মজুরি বা বেতনের জন্য কাজ করেছেন? হ্যাঁ না যদি হ্যাঁ হয়ে থাকে তাহলে তারিখগুলো তালিকা করুন: _____
- অক্ষমতার পূর্বে নিয়োগকর্তার নাম: যদি পূর্ববর্তী আট (8) সপ্তাহে একজনের বেশি নিয়োগকর্তা হয়ে থাকেন, তাহলে নিয়োগকর্তাদের নাম প্রদান করুন। গত আট (8) সপ্তাহে আয় করা সমস্ত মজুরির উপরে সাপ্তাহিক গড় মজুরি ভিত্তি করে তৈরি।

অক্ষমতার পূর্বে নিয়োগকর্তার নাম			কর্মসংস্থানের সময়কাল		সাপ্তাহিক গড় মজুরি (বোনাস, টিপ, কমিশন, বোর্ডের মৌক্তিক মাল, ভাড়া ইত্যাদি।)
ফার্ম বা ট্রেডের নাম	ঠিকানা	ফোন নম্বর	প্রথম দিন	শেষ কর্ম দিবস	
			মাস দিন বছর	মাস দিন বছর	
অন্যান্য নিয়োগকর্তা (গত আট (8) সপ্তাহের সময়)			কর্মসংস্থানের সময়কাল		সাপ্তাহিক গড় মজুরি (বোনাস, টিপ, কমিশন, বোর্ডের মৌক্তিক মাল, ভাড়া ইত্যাদি।)
ফার্ম বা ট্রেডের নাম	ঠিকানা	ফোন নম্বর	প্রথম দিন	শেষ কর্ম দিবস	
			মাস দিন বছর	মাস দিন বছর	
			মাস দিন বছর	মাস দিন বছর	

- আমার কাজ আছে বা ছিল: _____ 11. ইউনিয়ন সদস্য: হ্যাঁ না যদি "হ্যাঁ" হয়: _____
পেশা ইউনিয়ন বা স্থানীয় সংখ্যা নাম
 - আপনি এই অক্ষমতার পূর্বে বেকারত্ব দাবি বা গ্রহণ করছিলেন? হ্যাঁ না
যদি আপনি দাবি না করে থাকেন অথবা দাবি করেছেন কিন্তু পূর্ববর্তী দিন কাজ করার পরও বেকারত্বের বিমা সুবিধা গ্রহণ করেছেন না, তাহলে ব্যাখ্যা করুন: _____
যদি আপনি বেকারত্ব সুবিধা গ্রহণ করে থাকেন, তাহলে যে যে সময়ে গ্রহণ করেছেন সে সময়সীমাগুলো উল্লেখ করুন: _____
 - এই অক্ষমতার দাবিতে অন্তর্ভুক্ত সময়ের জন্য:
 - আপনি কি মজুরি, বেতন বা পৃথকীকরণের বেতন গ্রহণ করেছেন? হ্যাঁ না
 - আপনি কি গ্রহণ বা দাবি করেছেন:
 - কাজের সাথে জড়িত অক্ষমতার জন্য শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ? হ্যাঁ না
 - পেইড ফ্যামিলি লিভ? হ্যাঁ না
 - মোটর গাড়ির নো-ফল্ট দুর্ঘটনা? হ্যাঁ না অথবা তৃতীয় পক্ষের সাথে জড়িত ব্যক্তিগত ক্ষতি? হ্যাঁ না
 - ফেডারেল সোশ্যাল সিকিউরিটি অ্যাক্টের অধীনে এই অক্ষমতার জন্য দীর্ঘমেয়াদী অক্ষমতার সুবিধাসমূহ? হ্যাঁ না
- যদি 13 টি আইটেমের মধ্যে যেকোনো একটির উত্তর "হ্যাঁ" হয়, তাহলে নিম্নলিখিতটি পূরণ করুন:
আমি: দাবি গ্রহণ করেছি এই তারিখ থেকে: _____ সময়ের জন্য: _____/_____/_____ তারিখ পর্যন্ত: _____/_____/_____
- আপনার অক্ষমতা শুরু হওয়ার আগের বছরে (52 সপ্তাহ), আপনি কি অন্য কোনো অক্ষমতার কারণে অন্য কোনো সময়কালের জন্য অক্ষমতা সুবিধা গ্রহণ করেছেন? হ্যাঁ না
যদি হ্যাঁ হয় তাহলে প্রদান করেছে: _____ তারিখ থেকে: _____/_____/_____ তারিখ পর্যন্ত: _____/_____/_____
 - আপনার অক্ষমতা শুরু হওয়ার আগের বছরে (52 সপ্তাহ), আপনি কি পেইড ফ্যামিলি লিভ গ্রহণ করেছেন? হ্যাঁ না
যদি হ্যাঁ হয় তাহলে প্রদান করেছে: _____ থেকে: _____/_____/_____ তারিখ পর্যন্ত: _____/_____/_____
 - আপনি কাজে নিযুক্ত থাকতে বা তার শেষ দিনের চার সপ্তাহের মধ্যে যদি আপনি অক্ষম হয়ে থাকেন, তাহলে আপনার বিজ্ঞপ্তি বা অক্ষমতা ফরমের অনুরোধ করার 5 দিনের মধ্যে আপনার নিয়োগকর্তা কি অক্ষমতা আইনুয়ানী আপনার অধিকার প্রদান করেছেন? হ্যাঁ না

আমি এতদ্বারা অক্ষমতা সুবিধা দাবি করছি এবং নিশ্চিত করছি যে দাবিতে অন্তর্ভুক্ত সময়ে আমি অক্ষম ছিলাম। আমি এই ফরমের পৃষ্ঠা 2 এর নির্দেশাবলী পড়েছি এবং যেকোনো সঙ্গত বিবৃতিসহ উপরোক্ত বিবৃতিগুলি আমার গ্তান অনুযায়ী সত্য এবং সম্পূর্ণ।

দাবিদারের স্বাক্ষর তারিখ
দাবিদার অপ্রাপ্তবয়স্ক, অপ্রিয়ণত মানসিকতার বা অসমর্থ হলে আইনগতভাবে অনুমতিপ্রাপ্ত কোনো ব্যক্তি দাবিদারের পক্ষে স্বাক্ষর করতে পারেন। দাবিকারী ব্যক্তিত্ব স্বাক্ষরিত হলে, নিচে স্পষ্ট অক্ষরে তথ্য দিন এবং ফরম পূরণ করুন ও ফরম ওসি-110 এ জমা দিন, দাবিকারীর ক্ষতিপূরণ শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ রেকর্ডগুলি প্রকাশ করার অনুমোদন।

দাবিদারের পক্ষে ঠিকানা দাবিদারের সঙ্গে সম্পর্ক

পার্ট বি - স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর বিবৃতি (অনুগ্রহ করে মূদ্রণ বা টাইপ করুন)

স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর বিবৃতি অবশ্যই সম্পূর্ণ করতে হবে। **কর্তব্যরত স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী সম্পূর্ণ করবেন এবং দাবিদারের কাছে এই ফরমের বসিদ সাত (7) দিনের মধ্যে ফেরত দিবেন।** আইটেম 7-ডি জন্য, আপনাকে অবশ্যই আনুমানিক তারিখ দিতে হবে। যদি গর্ভাবস্থা বা তার সংশ্লিষ্ট কারণে অক্ষমতা হয়, তাহলে আইটেম 7-e তে সম্ভাব্য প্রসবের তারিখ প্রদান করুন। **অসম্পূর্ণ উত্তর সুবিধা পেতে বিলম্ব হওয়ার কারণ হতে পারে।**

1. নামের শেষাংশ: _____ নামের প্রথমাংশ: _____ MI: _____

2. লিঙ্গ: পুরুষ মহিলা 3. জন্ম তারিখ: _____ / _____ / _____

4. রোগ নির্ণয় / বিশ্লেষণ: _____ রোগ নির্ণয় কোড: _____

a. দাবিদার এর লক্ষণ: _____

b. লক্ষণ আবিষ্কার: _____

5. দাবিদার হাসপাতালে ভর্তি?: হ্যাঁ না প্রেরক: _____ / _____ / _____ প্রাপক: _____ / _____ / _____

6. অপারেশন নির্দেশিত?: হ্যাঁ না a. ধরন _____ b. তারিখ _____ / _____ / _____

7. নিচে তথ্যগুলির তারিখ লিখুন	মাস	দিন	বছর
a. এই অক্ষমতার জন্য আপনার প্রথম চিকিৎসার তারিখ			
b. এই অক্ষমতার জন্য আপনার সাম্প্রতিক চিকিৎসার তারিখ			
c. দাবিদারের এই অক্ষমতার কারণে কাজ করতে অক্ষম থাকার তারিখ			
d. দাবিদার পুনরায় কাজ সম্পাদন করতে সক্ষম হওয়ার তারিখ (এমনকি যদি বিবেচ্য প্রশ্ন বিদ্যমান থাকে তাহলে আনুমানিক তারিখ। অপরিচিত বা অনির্ধারিত শর্তাবলির ব্যবহার এড়িয়ে যান।)			
e. যদি গর্ভাবস্থার সাথে সংশ্লিষ্ট হয়, তাহলে অনুগ্রহপূর্বক বন্ডটিতে টিক চিহ্ন দিন এবং তারিখ প্রদান করুন <input type="checkbox"/> সম্ভাব্য প্রসব তারিখ অথবা <input type="checkbox"/> প্রকৃত প্রসব তারিখ			

8. আপনার মতে, এই অক্ষমতাটি কি কর্মসংস্থান বা পেশাগত ব্যাধি থেকে উদ্ভূত ক্ষতির ফল?:

হ্যাঁ না যদি “হ্যাঁ” হয়, তাহলে কি ফরম C-4 বোর্ডের সাথে পূরণ করা হয়েছে? হ্যাঁ না

আমি স্বীকার করছি যে আমি একজন :

(চিকিৎসক, চিরোগ্যাক্টর, ডেন্টিস্ট, পডিয়াট্রিস্ট, সাইকোলজিস্ট, নার্স-মিডওয়াইফ)	যে স্টেটে লাইসেন্স বা সার্টিফিকেট প্রাপ্ত	লাইসেন্স নম্বর
স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর স্পষ্ট অক্ষরে নাম	স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর স্বাক্ষর	তারিখ
স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর ঠিকানা		ফোন #

দাবিদারের জন্য জরুরি বিজ্ঞপ্তি - এই নির্দেশাবলীসমূহ মনোযোগ সহকারে পড়ুন

অনুগ্রহপূর্বক লক্ষ্য করুন: আপনার জন্ম তারিখের প্রথম তারিখের আগে এই ফরমটি দিন এবং নথিভুক্ত করুন। আপনার দাবি প্রক্রিয়াকরণের জন্য, **পার্ট A এবং B পূরণ করা আবশ্যিক।**

1. কর্মরত থাকা অবস্থায় অথবা চাকরি সমাপ্তি হওয়ার চার (4) সপ্তাহের মধ্যে অক্ষম হওয়ার কারণে যদি আপনি এই ফরম ব্যবহার করে থাকেন, তাহলে আপনার অক্ষমতার প্রথম দিন থেকে ত্রিশ (30) দিনের মধ্যে আপনার সম্পূর্ণকৃত দাবি আপনার নিয়োগকর্তা বা আপনার সর্বশেষ নিয়োগকর্তার ইনস্যুরেন্স ক্যারিয়ারের নিকট অবশ্যই প্রেরণ করতে হবে। এমপ্লয়ার কভারেজ সার্চ ব্যবহার করে আপনি শ্রমিকের ক্ষতিপূরণ বোর্ডের ওয়েবসাইট, www.wcb.ny.gov এ আপনার নিয়োগকর্তার অক্ষমতা বিমা ক্যারিয়ার খুঁজে বের করতে পারবেন।

2. যদি আপনি **চার (4) সপ্তাহেরও বেশি দিনের বেকারত্বের পর অক্ষম হওয়ার কারণে** এই ফরমটি ব্যবহার করেন, তাহলে আপনার সম্পূর্ণ করা দাবি পাঠাতে হবে: **Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029।** প্রশ্ন 13.B.3 তে যদি আপনি “হ্যাঁ” উত্তর দিয়ে থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে ফরম DB-450.1 সম্পূর্ণ করুন এবং সংযুক্ত করুন।

45 দিনের মধ্যে যদি আপনি কোন প্রতিক্রিয়া না পেয়ে থাকেন বা যদি আপনার অক্ষমতা সুবিধা দাবি সম্পর্কে কোন প্রশ্ন থাকে তাহলে অনুগ্রহ করে আপনার নিয়োগকর্তার বিমা প্রদানকারীর সাথে যোগাযোগ করুন। অক্ষমতা সংশ্লিষ্ট সুবিধাসমূহ সম্পর্কে সাধারণ তথ্যের জন্য, অনুগ্রহপূর্বক www.wcb.ny.gov ওয়েবসাইটটি ভিজিট করুন অথবা (877) 632-4996 নম্বরে কল করে বোর্ডস ডিজিটালি বেনিফিটস ব্যুরোর সাথে যোগাযোগ করুন।

এই বিজ্ঞপ্তিটি নিউইয়র্ক ব্যক্তিগত গোপনীয়তা সুরক্ষা আইন (পাবলিক অফিসার ল অর্ট আর্টিকেল 6-A) এবং 1974 সালের ফেডারেল গোপনীয়তা আইন (5 U.S.C. § 552a) অনুসরণ করে। Workers' Compensation Board (বোর্ড) এর কর্তৃপক্ষ দাবি করে যে দাবিদারগণ তাদের সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর ও ব্যক্তিগত তথ্য সরবরাহ করে, তারা শ্রমিকের ক্ষতিপূরণ আইন (Workers' Compensation Law, WCL) § 20 এর অধীনে বোর্ডের তদন্তকারী কর্তৃপক্ষ থেকে প্রাপ্ত এবং WCL § 142 এর অধীনে প্রশাসনিক কর্তৃপক্ষ থেকে প্রাপ্ত। এই তথ্য তদন্তের জন্য এবং সম্ভাব্য দাবীর পক্ষে পরিচালনা করার জন্য এবং সঠিক দাবির রেকর্ড বজায় রাখতে সহায়তা করার জন্য এটি সংগ্রহ করা হয়। বোর্ডের নিকট আপনার সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বরটি প্রদান করুন। এই ফরমটিতে আপনার সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বরটি সরবরাহ করতে বাধ্য হলে, কোনো শাস্তি নেই; এটি আপনার দাবির প্রত্যাখ্যান বা সুবিধা হ্রাসের কারণ হবে না। বোর্ড তার ব্যক্তিগত অধিকার গোপনীয়তা রক্ষা করবে এবং এটি কেবল তার সরকারী কর্তব্যের প্রয়োগে এবং প্রয়োজ্য রাষ্ট্র এবং ফেডারেল আইন অনুসারে প্রকাশ করবে।

HIPAA বিজ্ঞপ্তি- শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ দাবি বা অক্ষমতা সুবিধাগুলির দাবির নিষ্পত্তি করার জন্য, WCL 13-a (4) (a) এবং 12 NYCRR 325-1.3 স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে নিম্নোক্তভাবে বোর্ড এবং বিমা ক্যারিয়ার বা নিয়োগকর্তার সাথে চিকিৎসা সম্পর্কিত মেডিকেল রিপোর্টগুলি এবং বিমা প্রদানের প্রয়োজন হবে। 45 CFR অনুসারে 164.512 এই আইনিতাবে প্রয়োজনীয় মেডিকেল রিপোর্ট স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশের উপর HIPAA এর বিধিনিষেধ থেকে মুক্ত।

তথ্য প্রকাশ: বোর্ড আপনার সম্মতি ব্যতীত যেকোনো অননুমোদিত পক্ষের কাছে আপনার কেস সম্পর্কিত কোনো তথ্য প্রকাশ করবে না। একটি অননুমোদিত পক্ষের কাছে যদি আপনি তথ্য প্রকাশের সিদ্ধান্ত নিয়ে থাকেন, তবে প্রকৃত সাক্ষরসহ একটি OC-110A “Claimants Authorization to Disclose Workers' Compensation Records” (শ্রমিকের ক্ষতিপূরণ রেকর্ড প্রকাশের জন্য দাবিদারের অনুমোদন) ফরম আপনাকে বোর্ডে জমা দিতে হবে। এই ফরমটি WCB ওয়েবসাইটে (www.wcb.ny.gov) পাওয়া যাবে এবং “ফর্মস” লিঙ্কে ক্লিক করে প্রবেশ করতে পারবেন। যদি আপনার কাছে ইন্টারনেট সুবিধা না থাকে তাহলে এই ফরমের একটি কপি গ্রহণ করতে অনুগ্রহ করে (877) 632-4996 তে কল করুন অথবা আমাদের নিকটতম গ্রাহক সেবা কেন্দ্রে যোগাযোগ করুন। ফরম OC-110A এর পরিবর্তে, আপনি একটি স্বাক্ষরিত, সম্পাদিত অনুমোদন চিঠি জমা দিতে পারবেন।

একজন নিয়োগকর্তা বা বিমাকারী অথবা যেকোনো কর্মচারী বা বিমাকারীর পক্ষে একজন কর্মচারী, এজেন্ট বা ব্যক্তি যিনি এ ধরনের পেমেন্ট বা সুবিধার বিধান এডালোর উদ্দেশ্যে এই পরিচ্ছেদের অধীনস্থ যেকোনো সুবিধা বা পেমেন্টের রিপোর্টিং, তদন্ত বা দাবির নিষ্পত্তির কার্যধারায় প্রাসঙ্গিক সত্য হিসেবে তার স্ত্রীসঙ্গেই মিথ্যা বিবৃতি বা বর্ণনা প্রদান করেন তাহলে সেটি ফৌজদারি অপরাধ হিসেবে গণ্য করা হবে এবং উপযুক্ত জরিমানা ও কারাদণ্ডের বিষয় হিসেবে গণ্য করা হবে।