



1. WCB মামলা নম্বর(সমূহ)	2. বাহক মামলা নম্বর(সমূহ)	3. বাহকের কোড	4. বাহকের নাম	5. আঘাত/ছুটির তারিখ
6. দাবিদারের নাম		7. দাবিদারের ঠিকানা		
8. যার পক্ষে খণ্ডনটি দায়ের করা হচ্ছে:				
9. এই খণ্ডনটি (সুধুমাত্র একটি নির্বাচন করুন) এর আবেদনের প্রতিক্রিয়া হিসেবে: <input type="checkbox"/> WCLJ সিদ্ধান্তের পর্যালোচনা <input type="checkbox"/> পুনঃশুনানি বা পুনরায় চালু করা				
10. সিদ্ধান্ত দায়ের করার তারিখ (মাস/দিন/বছর):				
11. আবেদনটির সেবা (মাস/দিন/বছর) তারিখে উত্তরদাতাকে দেওয়া হয়েছিলো:				
12. এই খণ্ডন দাবি করে যে:				
<input type="checkbox"/> 12 NYCRR 300.13(b)(4) এর অধীনে আবেদনটি খারিজ করতে হবে। <input type="checkbox"/> সিদ্ধান্তটি পড়ার জন্য প্রশাসনিকভাবে সংশোধন করতে হবে: _____ <input type="checkbox"/> সিদ্ধান্তটি সম্পূর্ণভাবে নিশ্চিত করতে হবে: <input type="checkbox"/> সিদ্ধান্তে এগুলো পরিবর্তন করতে হবে: _____				
13. সমস্যা ও কারণসমূহের প্রতি প্রতিক্রিয়া। এই খণ্ডনটি নিম্নলিখিত উত্থাপিত প্রতিটি ইস্যুর ব্যাপারে প্রতিক্রিয়া দেয় (যদি আপনি একটি আইনি সংক্ষিপ্ত বিবরণ সংযুক্ত করেন তবে এটি 8 পৃষ্ঠার বেশি নাও হতে পারে, নির্দেশনা দেখুন):				
14. রেকর্ড। আপনি রেকর্ডে ভরসা করতে না পারেন, তাহলে অতিরিক্ত সংশ্লিষ্ট প্রমাণ চিহ্নিত করুন (বিস্তারিত জানতে নির্দেশাবলী দেখুন):				
15. 12 NYCRR 300.13(b)(1)(iii) এর অধীনে নতুন ও অতিরিক্ত প্রমাণ (বিস্তারিত জানতে নির্দেশনা দেখুন):				
16. আপত্তি বা ব্যতিক্রম। যদি খণ্ডনে সিদ্ধান্তটি সংশোধনের দাবি করা হয়, তাহলে সেই আপত্তি বা ব্যতিক্রমটি নির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করুন যেটি রুলিংয়ের সাথে ইন্টারপোজ করা হয়েছিলো এবং 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iii) ও (c) এর শর্ত অনুসারে যে তারিখে আপত্তি বা ব্যতিক্রমটি ইন্টারপোজ করা হয়েছিলো তা উল্লেখ করুন।				
17. আপনি কি অ্যাটর্নির ফি বৃদ্ধির জন্য অনুরোধ করবেন?: <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না "হ্যাঁ" হলে, OC-400.1 ফর্মটি অবশ্যই সংযুক্ত করতে হবে এবং পক্ষগুলোকে দিতে হবে।				



18. প্রত্যয়ন: এই নথির নীচে প্রদত্ত স্থানে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি প্রত্যয়ন করছি যে এই খণ্ডটি আইন ও বাস্তবতার সরল বিশ্বাসের ভিত্তিতে হয়েছে, যুক্তিসঙ্গত কারণের ভিত্তিতে গঠিত হয়েছে এবং প্রকৃত ঠিকানা, ইমেইল বা যে ফ্যাক্স নম্বরে সেবা প্রেরণ করা হয়েছিলো তা সহ সেবার পদ্ধতি ব্যবহার করে নীচে সেবার নিশ্চিতকরণ বা এফিডেভিটে তালিকাভুক্ত সকল প্রয়োজনীয় পক্ষের কাছে প্রেরণ করা হয়েছে। আমি বুঝতে পারছি যে শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ আইন যুক্তিসঙ্গত কারণ ছাড়া কার্যক্রম চালু বা চালিয়ে যাওয়ার জন্য যথাযথ জরিমানা প্রদান করে।

প্রস্তুতকারীর স্বাক্ষর _____ প্রস্তুতকরণের তারিখ (মাস/দিন/বছর): _____

স্পষ্ট অক্ষরে নাম: _____ শিরোনাম: _____ টেলিফোন নম্বর: _____

ঠিকানা: _____

সেবা প্রদানের প্রমাণ

নিশ্চিতকরণ

নিউ ইয়র্ক স্টেট, _____ কাউন্টি: আমি, _____, নিউ ইয়র্ক স্টেটের আদালতে আইন পেশায় যথাযথভাবে অনুমোদিত একজন অ্যাটর্নি। আমি এতদ্বারা মিথ্যাচারের শাস্তির অধীনে নিশ্চিত করছি যে আমি 12 NYCRR 300.13(b)(2) (iv) এবং (3) এর বিবরণ অনুযায়ী এবং 12 NYCRR 300.13(c) এর শর্ত অনুযায়ী বোর্ড পর্যালোচনার আবেদনের এই খণ্ডের জন্য দায়ের করার ও সেবার শর্ত মেনে নিয়েছি যেমনটি নীচে বর্ণিত রয়েছে।

ক. আমি (তারিখ - মাস/দিন/বছর) _____ (একটি পদ্ধতি বাছাই করুন) -তে বোর্ডের কাছে বোর্ড পর্যালোচনার আবেদনের খণ্ড জমা দিয়েছি:

- ডাকযোগে পাঠান P.O. Box 5205, Binghamton, NY 13902
 ফ্যাক্স করুন 1-877-533-0337
 ইমেইল করুন wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov
 WCB ওয়েব আপলোড লিংক (<https://wcbdoc.services.conduent.com>)
 শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ বৈষম্য বিষয়ক দাবি: ডাকযোগে পাঠান Discrimination Unit, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204
 প্রতিবন্ধী বেনিফিট: ডাকযোগে পাঠান Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

খ. আমি (তারিখ - মাস/দিন/বছর) _____ (প্রয়োজনে অতিরিক্ত শীট সংযুক্ত করুন) এর ভিত্তিতে বোর্ড পর্যালোচনার জন্য জমা দেওয়া আবেদনের খণ্ডের পক্ষে সেবা প্রদান করেছি:

নাম: _____ (যে পদ্ধতিতে): _____ এই (ঠিকানা): _____
নাম: _____ (যে পদ্ধতিতে): _____ এই (ঠিকানা): _____
নাম: _____ (যে পদ্ধতিতে): _____ এই (ঠিকানা): _____
নাম: _____ (যে পদ্ধতিতে): _____ এই (ঠিকানা): _____

আমি প্রত্যয়ন করছি যে ফ্যাক্স, ইমেইল বা অন্যান্য ইলেকট্রনিক মাধ্যমে সেবা গ্রহণকারী কোনো পক্ষ এই ধরনের মাধ্যমে সেবা গ্রহণের সুস্পষ্ট অনুমতি প্রদান করেছে।

আমি প্রত্যয়ন করছি যে বোর্ড পর্যালোচনার আবেদনের জন্য খণ্ডের সেবা, উল্লিখিত হিসেবে, বোর্ড পর্যালোচনার আবেদনের সেবা প্রদানের তিরিশ দিনের মধ্যে সম্পন্ন হয়েছে।

তারিখ (মাস/দিন/বছর): _____ স্বাক্ষর: _____

স্পষ্ট অক্ষরে নাম: _____

এফিডেভিট

নিউ ইয়র্ক স্টেট, _____ কাউন্টি: আমি, _____, যথাযথভাবে শপথ নিচ্ছি, স্বাক্ষর দিচ্ছি ও বলছি: আমি বোর্ড পর্যালোচনার আবেদনের খণ্ডে তালিকাভুক্ত দাবি(গুলোর) ব্যাপারে আগ্রহী কোনো পক্ষ নই এবং আমার বয়স 18 বছরের বেশি। আমি এতদ্বারা মিথ্যাচারের শাস্তির অধীনে নিশ্চিত করছি যে আমি 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) ও (3) এর বিবরণ অনুযায়ী এবং 12 NYCRR 300.13(c) এর শর্ত অনুযায়ী বোর্ড পর্যালোচনার আবেদনের এই খণ্ডের জন্য দায়ের করার ও সেবার শর্ত মেনে নিয়েছি যেমনটি নীচে বর্ণিত রয়েছে।

ক. আমি (তারিখ - মাস/দিন/বছর) _____ (একটি পদ্ধতি বাছাই করুন) -তে বোর্ডের কাছে বোর্ড পর্যালোচনার আবেদনের খণ্ড জমা দিয়েছি:

- ডাকযোগে পাঠান P.O. Box 5205, Binghamton, NY 13902
 ফ্যাক্স করুন 1-877-533-0337
 ইমেইল করুন wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov
 WCB ওয়েব আপলোড লিংক (<https://wcbdoc.services.conduent.com>)
 শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ বৈষম্য বিষয়ক দাবি: ডাকযোগে পাঠান Discrimination Unit, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204
 প্রতিবন্ধী বেনিফিট: ডাকযোগে পাঠান Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

খ. আমি (তারিখ - মাস/দিন/বছর) _____ (প্রয়োজনে অতিরিক্ত শীট সংযুক্ত করুন) এর ভিত্তিতে বোর্ড পর্যালোচনার জন্য জমা দেওয়া আবেদনের খণ্ডের পক্ষে সেবা প্রদান করেছি:

নাম: _____ (যে পদ্ধতিতে): _____ এই (ঠিকানা): _____
নাম: _____ (যে পদ্ধতিতে): _____ এই (ঠিকানা): _____
নাম: _____ (যে পদ্ধতিতে): _____ এই (ঠিকানা): _____
নাম: _____ (যে পদ্ধতিতে): _____ এই (ঠিকানা): _____

আমি প্রত্যয়ন করছি যে ফ্যাক্স, ইমেইল বা অন্যান্য ইলেকট্রনিক মাধ্যমে সেবা গ্রহণকারী কোনো পক্ষ এই ধরনের মাধ্যমে সেবা গ্রহণের সুস্পষ্ট অনুমতি প্রদান করেছে।

আমি প্রত্যয়ন করছি যে বোর্ড পর্যালোচনার আবেদনের জন্য খণ্ডের সেবা, উল্লিখিত হিসেবে, বোর্ড পর্যালোচনার আবেদনের সেবা প্রদানের তিরিশ দিনের মধ্যে সম্পন্ন হয়েছে।

আমার সামনে _____ এর এই _____ দিনে শপথ করা হয় স্বাক্ষর: _____

স্পষ্ট অক্ষরে নাম: _____