RB-89.3 পূরণ করার নির্দেশনা

উত্তরদাতার প্রতি: পুনর্বিবেচনা/সম্পূর্ণ বোর্ড পর্যালোচনার জন্য আবেদনের খণ্ডন অবশ্যই পুনর্বিবেচনা/সম্পূর্ণ বোর্ড পর্যালোচনার জন্য আবেদনের সেবা প্রদানের 30 ক্যালেন্ডার দিবসের মধ্যে দাখিল করতে হবে। একটি খণ্ডন বোর্ডের দ্বারা এই ধরনের খণ্ডনের প্রকৃত প্রাপ্তির তারিখে বোর্ডে দায়ের করা হয়েছে বলে গণ্য করা হয়। 12 NYCRR 300.13(c) অনুসারে, যেখানে সকল খণ্ডনকে 12 NYCRR 300.13(b) শর্তগুলো মানতে হয়, একটি খণ্ডন শুধুমাত্র বোর্ডের কেন্দ্রীয় ডাকযোগে যোগাযোগের ঠিকানা (P.O. Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205), দাবির জন্য কেন্দ্রীয় ফ্যাক্স নম্বর (1-877-533-0337), দাবির জন্য কেন্দ্রীয় ইমেইল (**wcbclaimsfiling@wcb.ny.gov**) অথবা WCB ওয়েব আপলোড লিংকের মাধ্যমে (**https://wcbdoc.services.conduent.com/**) দায়ের করা যেতে পারে। শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ বৈষম্যের দাবির খণ্ডনগুলো অবশ্যই Board's Discrimination Unit, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204-এ ডাকযোগে বোর্ডের কাছে দাখিল করতে হবে। প্রতিবন্ধী বেনিফিটের জন্য দাখিল করা দাবিগুলোর খণ্ডন (কাজ-সম্পর্কিত নয় এমন আঘাত বা অসুস্থতার কারণে হারানো পারিশ্রমিকের দাবি) অবশ্যই Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029-এ ডাকযোগে বোর্ডের কাছে দাখিল করতে হবে। এই খণ্ডনটির একটি কপি অবশ্যই 12 NYCRR 300.13(b) (1)(iv) অনুসারে সকল আগ্রহী প্রয়োজনীয় পক্ষগুলোকে প্রদান করতে হবে। খণ্ডনগুলি, কোনো প্রতিনিধিহীন দাবিদারের দ্বারা জমা না হলে, অবশ্যই সভাপতির দ্বারা নির্ধারিত ফরম্যাটে হতে হবে, খণ্ডনের সকল অংশ অবশ্যই পূরণ করতে হবে এবং সংযুক্ত যেকোনো সংক্ষিপ্ত আইনি বিবরণকে অবশ্যই 12 NYCRR 300.13(b)(1)(i) মেনে চলতে হবে। ফরমে চাওয়া সকল তথ্য প্রদান করতে ব্যর্থ হলে খণ্ডন খারিজ হতে পারে।

দ্রষ্টব্য: পুনর্বিবেচনা/সম্পূর্ণ বোর্ড পর্যালোচনার জন্য করা আবেদনের খণ্ডনগুলো হাতে করে বোর্ড অফিসে পাঠানো হলে তা গ্রহণযোগ্য হবে না। জেনারেল কাউন্সেলের অফিসে ডাকযোগে পাঠানো বা সরাসরি জমা দেওয়া খণ্ডনগুলো বোর্ডে দায়ের করা হয়নি বলে গণ্য করা হবে ও সেগুলো বিবেচনা করা হবে না।

1. **WCB মামলা নম্বর(সমূহ)।** আপীলকৃত দাবিগুলোর WCB মামলা নম্বর(সমূহ) লিখুন। WCB কেস নম্বর(সমূহের) মধ্যে শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ, বৈষম্য, প্রতিবন্ধী বেনিফিট, বৈতনিক পারিবারিক ছুটিতে বৈষম্য, স্বেচ্ছাসেবক অগ্নিনির্বাপন কর্মী এবং স্বেচ্ছাসেবক অ্যাম্বুলেন্স কর্মীদের বেনিফিটের কেস নম্বর অন্তর্ভুক্ত।

2. **বাহক মামলা নম্বর(সমূহ)।** আপীলকৃত বাহক মামলা নম্বর(সমূহ) লিখুন। এই অংশ/আইটেম বৈষম্যের দাবির ক্ষেত্রে প্রযোজ্য নয়।

3. **বাহকের কোড।** আপীলকৃত দাবির বিমাকারীর ক্যারিয়ার কোড লিখুন। এই অংশ/আইটেম বৈষম্যের দাবির ক্ষেত্রে প্রযোজ্য নয়।

4. **বাহকের নাম।** আপীলকৃত দাবির বিমাকারীর বাহকের নাম লিখুন। এই অংশ/আইটেম বৈষম্যের দাবির ক্ষেত্রে প্রযোজ্য নয়।

5. **আঘাত/ছুটির তারিখ।** আঘাত লাগার তারিখটি অথবা যে তারিখে বৈতনিক পারিবারিক ছুটি শুরু হয়েছে সেটি লিখুন (যদি বৈতনিক পারিবারিক ছুটি নেওয়া না হয়, তাহলে বৈষম্যের অভিযোগের তারিখটি লিখুন)।

6. **দাবিদারের নাম।** কর্মীর পুরো নাম লিখুন।

7. **দাবিদারের ঠিকানা।** কর্মীর সড়কের ঠিকানা, সিটি, স্টেট ও জিপ কোড এবং চিঠি পাঠানোর ঠিকানা ভিন্ন হলে সেটি লিখুন।

8. **যার পক্ষে খণ্ডনটি জমা দেওয়া করা হচ্ছে।** এই খণ্ডন দায়েরকারী পক্ষকে নির্দেশ করুন।

9. **এই খণ্ডন যে আবেদনে সাড়া দেয় তার ধরন।** খণ্ডনটি 1) বাধ্যতামূলক সম্পূর্ণ বোর্ড পর্যালোচনা বা 2) বিবেচনামূলক সম্পূর্ণ বোর্ড পর্যালোচনার জন্য একটি আবেদনের প্রতিক্রিয়া হিসেবে জমা দেওয়া হয়েছে কি না তা নির্দেশ করুন।

10. **বোর্ড প্যানেল সিদ্ধান্তের মেমোরেন্ডাম দায়ের করার তারিখ।** আপীলকৃত সিদ্ধান্তের তারিখ লিখুন।

11. **সেবার তারিখ।** উত্তরদাতাকে পুনর্বিবেচনা/সম্পূর্ণ বোর্ড পর্যালোচনার জন্য করা আবেদনের সেবা দেওয়ার তারিখটি লিখুন।

12. **অনুরোধকৃত ফলাফল।** খণ্ডনটি এই বিষয়গুলো দাবি করে কি না তা নির্দেশ করুন- 1) পুনর্বিবেচনা/সম্পূর্ণ বোর্ড পর্যালোচনার আবেদনটি 12 NYCRR 300.13(b)(4) এর অধীনে খারিজ করতে হবে, 2) মেমোরেন্ডাম অভ ডিসিশন প্রশাসনিকভাবে সংশোধন করতে হবে ও কীভাবে সংশোধন করতে হবে, 3) মেমোরেন্ডাম অভ ডিসিশন সম্পূর্ণরূপে নিশ্চিত করতে হবে অথবা 4) মেমোরেন্ডাম অভ ডিসিশন পরিবর্তন করতে হবে ও কীভাবে করতে হবে।

13. **সমস্যা ও কারণসমূহের প্রতি প্রতিক্রিয়া।** আবেদনে উত্থাপিত সমস্যা ও কারণগুলোর প্রতিক্রিয়া হিসেবে একটি সংক্ষিপ্ত বিবৃতি প্রদান করুন, সত্য বা আইনের অভিযুক্ত কোনো ভুল বিবৃতি চিহ্নিত করুন। 12 NYCRR 300.13(b)(1)(i) ও (c) দ্বারা নির্ধারিত, একজন উত্তরদাতা 8.5-ইঞ্চি বাই 11-ইঞ্চি কাগজে এক ইঞ্চি মার্জিন সহ, 12-পয়েন্ট ফন্ট ব্যবহার করে দৈর্ঘ্যে আট (8) পৃষ্ঠা পর্যন্ত একটি আইনি সংক্ষিপ্ত বিবরণ সংযুক্ত করতে পারেন। আট (8) পৃষ্ঠার চেয়ে দীর্ঘ সংক্ষিপ্ত বিবরণী বিবেচনা করা হবে না, যদি না উত্তরদাতা লিখিতভাবে উল্লেখ করেন, কেন আপিলের ভিত্তি আট (8) পৃষ্ঠার মধ্যে তৈরি করা যায়নি। পনেরো (15) পৃষ্ঠার চেয়ে দীর্ঘ বিবরণী কোনো অবস্থাতেই বিবেচনা করা হবে না।

14. **রেকর্ড।** যদি আবেদনে উদ্ধৃত রেকর্ডটি পর্যালোচনার জন্য সম্পূর্ণ রেকর্ড গঠন করে, তাহলে এই অংশটি খালি রাখুন। যদি আবেদনে উদ্ধৃত রেকর্ডটি পর্যালোচনার জন্য সম্পূর্ণ রেকর্ড গঠন না করে, তাহলে তারিখ এবং/অথবা নথির আইডি নম্বর(সমূহ) এর মাধ্যমে অতিরিক্ত শুনানি, নথি, নমুনা, অন্যান্য প্রমাণ এবং WCB ফাইলের আবেদনে উত্থাপিত সমস্যা(সমূহ) ও গ্রাউন্ড(সমূহ) এর সাথে সংশ্লিষ্ট প্রতিলিপি শনাক্ত করুন যা আবেদনে উদ্ধৃত ছিল না। আবেদন জমা দেওয়ার সময় বা এই খণ্ডন জমা দেওয়ার সময় বোর্ডের ফাইলে জমা দেওয়া কোনো নথি পুনর্বিবেচনা/ সম্পূর্ণ বোর্ড পর্যালোচনার জন্য এই আবেদনের খণ্ডনের সাথে অন্তর্ভুক্ত বা সংযুক্ত করবেন না। 12 NYCRR 300.13(b)(1)(ii) ও (c) অনুসারে, কোনো উত্তরদাতা বা বা উত্তরদাতার আইনি প্রতিনিধি আবেদনের সময় বা এই খণ্ডন দায়ের করার সময় বোর্ডের ফাইলে ইতোমধ্যেই থাকা নথি সংযুক্ত করলে বোর্ড সেই খণ্ডন প্রত্যাখ্যান করতে পারে।

15. **অ্যাটর্নির ফি।** দাবিদারের আইনি প্রতিনিধির দ্বারা খণ্ডন দায়ের করা হলে, অ্যাটর্নির ফি বৃদ্ধির আবেদন করা হচ্ছে কি না তা নির্দেশ করুন। যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে OC-400.1 ফরম, দাবিদারের অ্যাটর্নি বা প্রতিনিধি দ্বারা ফি এর জন্য আবেদন অবশ্যই সংযুক্ত করতে হবে ও পক্ষগুলোকে প্রদান করতে হবে [দেখুন 12 NYCRR 300.13(b)(2)(v) ও 300.17)]। পুনর্বিবেচনা/সম্পূর্ণ বোর্ড পর্যালোচনার জন্য এই আবেদনের খণ্ডনে অতিরিক্ত ফি চাইতে ব্যর্থ হলে এবং এই আবেদনের সাথে একটি OC-400.1 ফরম জমা দিয়ে যেকোনো অতিরিক্ত ফি মওকুফ হবে।

16. **প্রত্যয়ন।** প্রস্তুতকারীকে অবশ্যই আইন ও বাস্তবতায় খণ্ডনের সরল বিশ্বাসের ভিত্তিতে প্রত্যয়ন করে ফরমটিতে স্বাক্ষর করতে হবে ও তারিখ দিতে হবে (এছাড়াও তাদের নাম, শিরোনাম, টেলিফোন নম্বর ও ঠিকানা প্রদান করে) যে এটি যুক্তিসঙ্গত কারণে তৈরি করা হয়েছিলো এবং প্রুফ অভ সার্ভিস অংশের প্রয়োজনীয় আগ্রহী পক্ষগুলোকে প্রদান করা হয়েছিলো।

17. **সেবা প্রদানের প্রমাণ।** খণ্ডনটি অবশ্যই 12 NYCRR 300.13(b) (2)(iv) এবং (c) অনুসারে সকল আগ্রহী প্রয়োজনীয় পক্ষগুলোকে প্রদান করতে হবে। সঠিকভাবে আগ্রহী প্রয়োজনীয় কোনো পক্ষকে সেবা প্রদানে ব্যর্থ হলে তা ত্রুটিপূর্ণ সেবা হিসেবে বিবেচিত হবে এবং খণ্ডনটি বোর্ডে বিবেচনা নাও করা হতে পারে। যখন বাহক, স্ব-বিমাকৃত নিয়োগকর্তা বা অন্য অর্থ প্রদানকারী বা সম্ভাব্য প্রদানকারীর দ্বারা পুনর্বিবেচনা/সম্পূর্ণ বোর্ড পর্যালোচনার জন্য আবেদনের খণ্ডন দায়ের করা হয়, তখন দাবিদার এবং দাবিদারের আইনি প্রতিনিধি ও অন্যান্য প্রয়োজনীয় আগ্রহী পক্ষকে সেবা প্রদান করা হবে। উত্তরদাতাকে পুনর্বিবেচনা/ সম্পূর্ণ বোর্ড পর্যালোচনার জন্য আবেদনের সেবার ত্রিশ (30) দিনের মধ্যে সেবা প্রদান করলে সেবাটি সময়মতো দেওয়া হয়েছে বলে বিবেচিত হয়। হয় নিশ্চিতকরণ বা এফিডেভিট অবশ্যই পূরণ করতে হবে এবং যে পদ্ধতিতে ও তারিখে, বোর্ডে খণ্ডন দাখিল করা হয়েছিলো তা অবশ্যই অন্তর্ভুক্ত করতে হবে। বোর্ডের কাছে খণ্ডন দাখিল করার জন্য উত্তরদাতা শুধুমাত্র একটি পদ্ধতি ব্যবহার করবেন। যদি উত্তরদাতা খণ্ডনের অনুলিপি দায়ের করেন, তাহলে এই ধরনের দায়েরকৃত অনুলিপি যুক্তিসঙ্গত কারণ ছাড়াই একটি সমস্যা উত্থাপন বা চালিয়ে যাচ্ছে বলে মনে করা হতে পারে এবং উত্তরদাতাকে WCL § 114-a(3) এর অধীনে মূল্যায়ন করা হতে পারে। পূরণ করা নিশ্চিতকরণ বা এফিডেভিটে অবশ্যই প্রদত্ত কাগজপত্র, উপস্থাপিত আগ্রহী পক্ষসমূহের নাম, আগ্রহী প্রতিটি পক্ষের জন্য সেবার তারিখ ও পদ্ধতি উল্লেখ করতে হবে এবং সেই সেবাটি পুনর্বিবেচনা/সম্পূর্ণ বোর্ড পর্যালোচনা জন্য আবেদনের সেবার 30 দিনের মধ্যে সম্পূর্ণ করা হয়েছিলো বলে নিশ্চিত করতে হবে। এফিডেভিটের বা নিশ্চিতকরণের ঐ অংশটি পূরণ করা গ্রহণযোগ্য নয় যেখানে সেবা প্রাপ্ত ব্যক্তি ও "সংযুক্তি দেখুন" সহ পদ্ধতি তালিকাভুক্ত করা হয়। যদি কোনো পক্ষকে ফ্যাক্স, ইমেইল বা অন্যান্য ইলেকট্রনিক উপায়ে সেবা প্রদান করা হয়, তাহলে নিশ্চিতকরণ বা এফিডেভিটে অবশ্যই একটি প্রত্যয়ন অন্তর্ভুক্ত করতে হবে যে সেবা পাওয়া পক্ষটি এই ধরনের মাধ্যমে সেবা গ্রহণের সুস্পষ্ট অনুমতি প্রদান করেছে [দেখুন 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) (C) ও (c)]। খণ্ডনটি একই পদ্ধতিতে প্রতিটি পক্ষকে প্রদান করতে হবে না। নিশ্চিতকরণটিতে মিথ্যাচারের শাস্তির অধীনে স্বাক্ষর করতে ও তারিখ দিতে হবে। নিশ্চিতকরণটি শুধুমাত্র একজন অ্যাটর্নি পূরণ করতে পারেন। অবশ্যই নোটারি পাবলিকের সামনে এফিডেভিটের শপথ নিতে হবে (স্বাক্ষর করতে হবে)।

NEW YORK STATE | Workers' Compensation Board

পুনর্বিবেচনা / সম্পূর্ণ বোর্ড পর্যালোচনার জন্য আবেদনের খণ্ডন

PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5205
www.wcb.ny.gov

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 (শুধুমাত্র একটি নির্বাচন করুন) এর আবেদনের প্রতিক্রিয়া হিসেবে:

☐ বাধ্যতামূলক সম্পূর্ণ বোর্ড পর্যালোচনা
☐ বিবেচনামূলক সম্পূর্ণ বোর্ড পর্যালোচনা

10. আবেদনটির সেবা (মাস/দিন/বছর) **তারিখে উত্তরদাতাকে দেওয়া হয়েছিলো:**

11. মেমোরেন্ডাম অভ ডিসিশন দায়ের করার তারিখ
(মাস/দিন/বছর):

12. এই খণ্ডন দাবি করে যে:

☐ পুনর্বিবেচনা/সম্পূর্ণ বোর্ড পর্যালোচনার জন্য আবেদনটি খারিজ করতে হবে।
☐ মেমোরেন্ডাম অভ ডিসিশনটি পড়ার জন্য প্রশাসনিকভাবে সংশোধন করতে হবে: ____________________
☐ মেমোরেন্ডাম অভ ডিসিশনটি সম্পূর্ণভাবে নিশ্চিত করতে হবে:
☐ মেমোরেন্ডাম অভ ডিসিশনে এগুলো পরিবর্তন করতে হবে: ____________________

13. সমস্যা ও কারণসমূহের প্রতি প্রতিক্রিয়া। (বিস্তারিত জানতে নির্দেশনা দেখুন)

14. রেকর্ড। (বিস্তারিত জানতে নির্দেশনা দেখুন)

15. আপনি কি অ্যাটর্নির ফি বৃদ্ধির জন্য অনুরোধ করবেন?: ☐ হ্যাঁ ☐ না **"হ্যাঁ" হলে, OC-400.1 ফরমটি অবশ্যই সংযুক্ত করতে হবে এবং পক্ষগুলোকে দিতে হবে।**

16. প্রত্যয়ন। এই নথির নীচে প্রদত্ত স্থানে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি প্রত্যয়ন করছি যে এই খণ্ডনটি 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: ____________________ প্রস্তুতের তারিখ (মাস/দিন/বছর): ____________________

স্পষ্ট অক্ষরে নাম: ____________________

আনুষ্ঠানিক শিরোনাম: ____________________ দিনের বেলা যোগাযোগে ফোন #: ____________________

ঠিকানা: ____________________

সেবা প্রদানের প্রমাণ

অংশ 1

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) ও (3) এর বিবরণ অনুযায়ী এবং 12 NYCRR 300.13(c) এর শর্ত অনুযায়ী পুনর্বিবেচনা/সম্পূর্ণ বোর্ড পর্যালোচনার আবেদনের এই খণ্ডনের জন্য দায়ের করার ও সেবার শর্ত মেনে নিয়েছি যেমনটি নীচের অধ্যায় 2-এ বর্ণিত রয়েছে।

আমি প্রত্যয়ন করছি যে পুনর্বিবেচনা/সম্পূর্ণ বোর্ড পর্যালোচনার আবেদনের জন্য খণ্ডনের পরিষেবা, নিম্নলিখিত হিসেবে, এই আবেদনের বিষয়বস্তু অর্থাৎ সিদ্ধান্ত জারি করার 30 ক্যালেন্ডার দিবসের মধ্যে সম্পন্ন হয়েছে।

তারিখ (মাস/দিন/বছর):____________________ স্বাক্ষর:____

স্পষ্ট অক্ষরে নাম:____

এফিডেভিট

নিউ ইয়র্ক স্টেট, ______________________ কাউন্টি: আমি, __________________________, যথাযথভাবে শপথ নিচ্ছি, স্বাক্ষ্য দিচ্ছি ও বলছি: আমি পুনর্বিবেচনা/সম্পূর্ণ বোর্ড পর্যালোচনার আবেদনের খণ্ডনে তালিকাভুক্ত দাবি(গুলোর) ব্যাপারে আগ্রহী কোনো পক্ষ নই এবং আমার বয়স 18 বছরের বেশি। আমি এতদ্বারা 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 পুনর্বিবেচনা/সম্পূর্ণ বোর্ড পর্যালোচনার আবেদনের এই খণ্ডনের জন্য দায়ের করার ও সেবার শর্ত মেনে নিয়েছি যেমনটি নিচের অধ্যায় 2 বর্ণিত রয়েছে।

আমি প্রত্যয়ন করছি যে পুনর্বিবেচনা/সম্পূর্ণ বোর্ড পর্যালোচনার আবেদনের জন্য খণ্ডনের এই পরিষেবা, নিম্নলিখিত হিসেবে, এই আবেদনের বিষয়বস্তু অর্থাৎ সিদ্ধান্ত জারি করার 30 ক্যালেন্ডার দিবসের মধ্যে সম্পন্ন হয়েছে।

আমার সামনে ____________________ এর এই _____________দিনের শপথ করা হয় স্বাক্ষর:____

স্পষ্ট অক্ষরে নাম:____

____

নোটারী পাবলিক

অংশ 2

ক. আমি **(তারিখ - মাস/দিন/বছর)** ______________________ **(একটি পদ্ধতি বাছাই করুন)**-তে বোর্ডের কাছে পুনর্বিবেচনা/সম্পূর্ণ বোর্ড পর্যালোচনার আবেদনের খণ্ডন জমা দিয়েছি:

- ☐ ডাকযোগে পাঠান P.O. Box 5205, Binghamton, NY 13902
- ☐ ফ্যাক্স করুন 1-877-533-0337
- ☐ ইমেইল করুন wcbclaimsfiling@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 খণ্ডনের পক্ষে সেবা প্রদান করেছি:

নাম: ______________________________ (যে পদ্ধতিতে): ___________ এই (ঠিকানায়): ______________________________

নাম: ______________________________ (যে পদ্ধতিতে): ___________ এই (ঠিকানায়): ______________________________

নাম: ______________________________ (যে পদ্ধতিতে): ___________ এই (ঠিকানায়): ______________________________

নাম: ______________________________ (যে পদ্ধতিতে): ___________ এই (ঠিকানায়): ______________________________