







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 আবেদনটি করা হচ্ছে:				
9. আবেদনের ধরন (শুধুমাত্র একটি নির্বাচন করুন): <input type="checkbox"/> WCLJ সিদ্ধান্তের পর্যালোচনা <input type="checkbox"/> পুনঃশুনানি বা পুনরায় চালু করা				
10. সিদ্ধান্ত প্রদানের তারিখ (মাস/দিন/বছর):				
11. পর্যালোচনার বিষয়(সমূহ) নির্দিষ্ট করুন:				
12. আপীলের ভিত্তি। পর্যালোচনার এই আবেদনটি নিম্নলিখিত কারণগুলোর ভিত্তিতে (যদি আপনি একটি সংক্ষিপ্ত আইনি বিবরণ সংযুক্ত করেন তবে এটি 8 পৃষ্ঠার বেশি নাও হতে পারে, বিস্তারিত জানতে নির্দেশনা দেখুন):				
13. শুনানির তারিখ, প্রতিলিপি, নথি, নমুনা এবং অন্যান্য প্রমাণ। (বিস্তারিত জানতে নির্দেশনা দেখুন):				
14. 12 NYCRR 300.13(b)(1)(iii) এর অধীনে নতুন ও অতিরিক্ত প্রমাণ (বিস্তারিত জানতে নির্দেশনা দেখুন):				
15. আপত্তি বা ব্যতিক্রম। আপত্তি বা ব্যতিক্রম উভয়েই নির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করুন যা ক্রমিকভাবে মধ্যস্থতা করা হয়েছিলো এবং 12 NYCRR 300.13(b)(2)(ii) এর শর্ত অনুসারে যে তারিখে আপত্তি বা ব্যতিক্রমটি মধ্যস্থতা করা হয়েছিলো তা উল্লেখ করুন:				
16. আবেদন মূলতবি থাকা অবস্থায় কি ক্ষতিপূরণ প্রদান করা হচ্ছে? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না যদি না হয়, তাহলে স্বগিতাদেশের তারিখ (মাস/দিন/বছর): যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে কোন হারে? যদি হ্রাস করা হয়, তাহলে হ্রাস করার তারিখ (মাস/দিন/বছর): আপীলের সমস্যাটি উল্লেখ করুন যা অর্থপ্রদান স্বগিত রাখার আইনি ভিত্তি তৈরি করে:				
17. আপনি কি অ্যাটর্নির ফি বৃদ্ধির জন্য অনুরোধ করবেন?: <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না "হ্যাঁ" হলে, OC-400.1 ফরমটি অবশ্যই সংযুক্ত করতে হবে এবং পক্ষগুলোকে দিতে হবে।				



**18. প্রত্যয়ন:** এই নথির নীচে প্রদত্ত স্থানে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি প্রত্যয়ন করছি যে এই আবেদনটি 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 এবং বিলম্ব করার জন্য যথাযথ জরিমানা প্রদান করে। আমি বুঝতে পারছি যে এই আবেদনটি যদি কোনো কারণে প্রত্যাহার করা হয় বা উত্থাপিত সমস্যাগুলোর কোনো একটি যদি পক্ষগুলোর দ্বারা সমাধান করা হয়, তাহলে আমাকে অবিলম্বে বোর্ড ও প্রয়োজনীয় আগ্রহী পক্ষগুলোকে লিখিতভাবে অবহিত করতে হবে।

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) ও (3) এর বিবরণ অনুযায়ী বোর্ড পর্যালোচনার এই আবেদনের জন্য দায়ের করা ও সেবার শর্ত মেনে নিয়েছি যেমনটি নীচে বর্ণিত রয়েছে।

ক. আমি (তারিখ - মাস/দিন/বছর) \_\_\_\_\_ (একটি পদ্ধতি বাছাই করুন)-তে বোর্ডের কাছে বোর্ড পর্যালোচনার জন্য আবেদনটি জমা দিয়েছি:

- ডাকযোগে পাঠান P.O. Box 5205, Binghamton, NY 13902  
 ফ্যাক্স করুন 1-877-533-0337  
 ইমেইল করুন wbcclaimsfilings@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 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 জন্য এই আবেদনের সেবা, উল্লিখিত হিসেবে, এই আবেদনের বিষয়বস্তু অর্থাৎ সিদ্ধান্ত জারি করার তিরিশ ক্যালেন্ডার দিবসের 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 আবেদনে 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) এবং (3) এর বিবরণ অনুযায়ী বোর্ড পর্যালোচনার এই আবেদনের জন্য দায়ের করা ও সেবার শর্ত মেনে নিয়েছি যেমনটি নীচে বর্ণিত রয়েছে।

ক. আমি (তারিখ - মাস/দিন/বছর) \_\_\_\_\_ (একটি পদ্ধতি বাছাই করুন)-তে বোর্ডের কাছে বোর্ড পর্যালোচনার জন্য আবেদনটি জমা দিয়েছি:

- ডাকযোগে পাঠান P.O. Box 5205, Binghamton, NY 13902  
 ফ্যাক্স করুন 1-877-533-0337  
 ইমেইল করুন wbcclaimsfilings@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 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 জন্য এই আবেদনের সেবা, উল্লিখিত হিসেবে, এই আবেদনের বিষয়বস্তু অর্থাৎ সিদ্ধান্ত জারি করার তিরিশ ক্যালেন্ডার দিবসের মধ্যে সম্পন্ন হয়েছে।

আমার সামনে \_\_\_\_\_ এর এই \_\_\_\_\_ দিনে শপথ করা হয় স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_  
স্পষ্ট অক্ষরে নাম: \_\_\_\_\_

নোটারী পাবলিক