



দাবি তথ্য - সমস্ত যোগাযোগ এই সংখ্যা অন্তর্ভুক্ত করা উচিত

আঘাত / অসুস্থতার তারিখ: _____ WCB কেস #: _____

আহত শ্রমিক তথ্য

নতুন ঠিকানা চেক করুন

নামের শেষাংশ: _____ নামের প্রথম অংশ: _____ এমআই: _____

চিঠি পাঠানোর ঠিকানা: _____ লাইন 2: _____

শহর: _____ রাষ্ট্র: _____ জিপ কোড: _____ দেশ: আমেরিকা

দিনমান ফোন #: _____ ইমেইল ঠিকানা: _____

সামাজিক নিরাপত্তা #: _____ জন্ম তারিখ: _____ লিঙ্গ: পুরুষ মহিলা

নিয়োগকর্তা তথ্য

চাকুরীদাতার নাম: _____

চিঠি পাঠানোর ঠিকানা: _____ লাইন 2: _____

শহর: _____ রাষ্ট্র: _____ জিপ কোড: _____ দেশ: আমেরিকা

নিয়োগকর্তা ফোন: _____ ফেডারেল ট্যাক্স আইডি #: _____ ট্যাক্স আইডি # (চেক করুন): এসএসএন ইআইএন

এই অনুরোধের কারণ - নির্দেশাবলী: প্রযোজ্য সব বক্স চেক করুন। প্রতিটি চেকবক্সের জন্য প্রয়োজনীয় অতিরিক্ত ফর্ম, চিকিৎসা রিপোর্ট, চিঠি ইত্যাদি সংযুক্ত করতে তুলবেন না। যদি অতিরিক্ত তথ্য ইতিমধ্যে জমা দেওয়া হয় তবে এটি সংযুক্ত করবেন না, তবে ফর্ম নম্বর বা শিরোনাম এবং বোর্ডে জমা দেওয়া তারিখটি দিয়ে ** এই ফর্মটির নীচে স্থানটিতে এটি সনাক্ত করার চেষ্টা করুন। স্বাক্ষর করুন এবং নিচের ফর্ম তারিখ।

ক্ষতিপূরণ পেমেন্টস:

ক। আমি পেমেন্ট গ্রহণ না _____ এবং কাজ না। **অক্ষমতা নির্দেশক মেডিকেল ডকুমেন্টেশন প্রয়োজন।**

প্রযোজ্য সব চেক করুন:

- আমি একটি কাজের সম্পর্কিত আঘাত জন্য একটি দায়ের দায়ের করেছি।
- আমার নিয়োগকর্তা আমার মজুরি পরিশোধ করা হয় না।
- আমার দাবি অস্বীকার করা হয়েছে।
- আমি ক্ষতিপূরণ থেকে আমাকে ছাড়া একটি সিদ্ধান্ত গ্রহণ করেনি।
- আমি বীমা প্রদানকারীর সঙ্গে সমস্যা সমাধানের চেষ্টা করেছি।

খ। আমার পেমেন্ট বন্ধ বা হ্রাস করা হয়েছে।

গ। আমি পূর্ণ বেতনের হিসাবে _____ কাজ ফিরে এসেছি।

ঘ। আমি আঘাত পাওয়ার আগের থেকে আমি কম অর্থ উপার্জন করছি। **আপনার ডাক্তার থেকে বর্তমান বেতন স্টার এবং মেডিকেল রিপোর্ট সংযুক্ত করুন।**

ঙ। আমার দুর্ঘটনা / আঘাত (সময়োপযোগী কর্মসংস্থান) তারিখের দুই বা ততোধিক নিয়োগকর্তা ছিল।

হারানো সময় সম্পর্কিত দ্বিতীয় নিয়োগকর্তার কাছ থেকে আপনার আঘাত এবং বিবৃতির আগে সাপ্তাহিক মোট বেতন সংযুক্ত করুন।

চ। আমি কারাগার থেকে মুক্তি পেয়েছি এবং _____ পেমেন্ট পাইনি।

মেডিক্যাল রিপোর্ট সংযুক্ত করুন যা একটি মেডিকেল অক্ষমতা প্রদর্শন করে এবং হেফাজতের কাগজপত্র থেকে মুক্তি দেয়।

ছ। দায়ের করা সিদ্ধান্তে নির্দেশিত হিসাবে আমি পরিশোধ করা হয় নি _____

মেডিকেল সমস্যা:

জ। চিকিৎসা চিকিত্সার জন্য আমার অনুরোধ অস্বীকার করা হয়েছে বা ঠিকানা দেওয়া হয়নি। **অস্বীকার অক্ষর সংযুক্ত করুন।**

ঝ। আমার অক্ষমতা এখন স্থায়ী। **চিকিৎসা ফর্ম ফরম C -4.3, এমএমআই / স্থায়ী ক্ষতির ডাক্তারের রিপোর্ট সংযুক্ত করুন।**

দুর্ঘটনার সময়ে আপনার বয়স 25 বছরের কম থাকলে এই বাত্মাটি পরীক্ষা করুন।

ঞ। আমার মেডিকেল অবস্থা পরিবর্তিত হয়েছে। **মেডিকেল ফর্ম সংযুক্ত করুন।**

ট। চিকিৎসা এবং পরিবহন প্রতিদান জন্য আমার অনুরোধ অস্বীকার করা হয়েছে বা ঠিকানা করা হয় নি। **রসিদ এবং ফর্ম সি -257 সংযুক্ত করুন।**

অন্যান্য বিষয়:

ঠ। আমার কাছে নতুন তথ্য এবং/অথবা বোর্ডের অনুরোধকৃত তথ্য রয়েছে (নথি সংযুক্ত করুন):

মি। অন্যান্য (নীচে দেওয়া স্পেসে ব্যাখ্যা করুন):

** নথির রেফারেন্স তথ্য (তারিখ, নাম / শিরোনাম, ফর্ম আইডি): _____

আহত শ্রমিকের স্বাক্ষর: _____ তারিখ: _____

আহত শ্রমকিরে কাছ - এই ফর্মটি ব্যবহার করে সাধারণ তথ্য

আপনি যখন বোর্ডকে আপনার দাবিতে কোনও নরিদশিট পদক্ষেপে নতি চান বা আপনি যদি কোনও সমস্যা বা পরিস্থিতিটি প্রভাবিত করে থাকেন তবে আপনি এই ফর্মটি (RFA-1W) এবং Workers' Compensation Board-র সাথে কোনও সংযুক্তি ফাইল করতে পারেন। দাবি বশে বিভাগ ঘন ঘন অনুরোধে ধকৃত করম / পরিস্থিতিগুলি কষতপূরণ কষতপূরণ প্রদানরে বিষয়গুলি (আইটেমগুলি মাধ্যমে একটি আইটেম), বা মডেকিয়াল সমস্যাসূচী (K এর মাধ্যমে আইটেমগুলি হ'ল) হিসাবে তালিকাভুক্ত করা হয় তবে আপনি তালিকাভুক্তদের সীমাবদ্ধ নয়। প্রদত্ত সমস্ত স্থান পরীক্ষা করুন এবং / অথবা প্রদত্ত স্থানটিতে অতিরিক্ত তথ্য বা ব্যাখ্যা যুক্ত করুন (। বা m)।

ফর্ম RFA-1W এর শীর্ষে সনাক্তকারী তথ্য পূরণ করুন এবং ফর্মটি প্রেরণ করুন, সমস্ত আবদেদনযোগ্য তথ্য * সংযুক্ত করুন, এতে:

Workers' Compensation Board
PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5205

ইমেল ফাইলিংয়ের জন্য ঠিকানা: wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov

রাজ্যব্যাপী ফ্যাক্স লাইন: (877) 533-0337

আপনার দাবিতে পদক্ষেপ নেওয়ার সময় বোর্ডটি আপনার সাথে এবং সমস্ত পক্ষের সাথে যোগাযোগ করবে।

*প্রতিটি চকে বক্সের পরে আপনি সাহসী অক্ষরে প্রযোজ্য তথ্য দিতে পারেন। উদাহরণস্বরূপ, আপনি যদি বোর্ডকে জানাতে পারেন যে আপনার অক্ষমতা এখন স্থায়ী (বক্স I), প্রযোজ্য তথ্য ফর্ম C-4.3, এমএমআই/স্থায়ী কষতরি ডাক্তারের রিপোর্ট।

আপনাকে অবশ্যই এই ফর্মটির একটি অনুলিপি (এস) এর কাছে পাঠাতে হবে, অথবা সরাসরি নথি গোপনতা বা তার তৃতীয় পক্ষের প্রশাসককে যদি নথি গোপনতা নজিকে সীমিত হয়।

আপনার যদি অন্য কোন উদ্বেগ থাকে তবে আপনি ইনজারভড শ্রমকিরে জন্য **বোর্ডে অ্যাডভোকেটের সাথে যোগাযোগ করতে পারেন (800) 580-6665**। বোর্ডের ওয়েবসাইটে অন্যান্য বোর্ড সারভিসের অতিরিক্ত তথ্য পেতে পারেন: www.wcb.ny.gov। আপনি যদি অনলাইনে আপনার দাবি অনুসরণ করতে চান, তবে আপনি ইসজে লঙ্কিরে অধীনে বোর্ডের ওয়েবসাইটে উপলব্ধ নবিন্দীকরণ নরিদশোবলী ব্যবহার করে ইকসে নবিন্দন করতে পারেন।

আপনার আইনগত প্রতিনিধিত্ব করার অধিকার আছে। একজন আইনজীবী কর্মীদের কষতপূরণ দাবিতে সরাসরি উপস্থাপনার জন্য আপনাকে চারজ করতে পারবে না। আপনার দাবিতে কোনও পুরস্কার থাকলে, কোনও আইন ফি অনুরোধে বোর্ড দ্বারা অনুমোদিত হতে হবে এবং আপনার কাছে বন্দি দ্বারা সরাসরি পুরস্কার প্রদান করা হবে এবং সরাসরি আইনজীবীর কাছে অর্থ প্রদান করা হবে।

চকিৎসা চকিত্সা - মূল্যের \$1000.00 ডলারেরও কম চকিৎসা সবে ছাড়াও, চকিৎসা চকিত্সা নরিদশেকি দ্বারা সরবরাহিত বশে বিভাগ চকিৎসা পরিশোধিত (খরচ নরিবিশেষে) মডেকিয়াল অনুমোদনের প্রযোজ্য নহে। এই ধরনের পরিশোধগুলি জন্য, স্বাস্থ্য সরবরাহকারী চকিত্সা সরবরাহ করতে পারে এবং বীমা প্রদানকারীকে বলি দিতে পারে। বলি প্রাপ্তির 45 দিনের মধ্যে যদি কোনও প্রতিক্রিয়া না থাকে তবে স্বাস্থ্য সরবরাহকারী ফর্ম এইচপি-1 এ প্রশাসনিক অ্যাডমিনিস্ট্রেশনের জন্য আবদেদন করতে পারেন। জটিল চকিত্সা পদ্ধতির মতো চকিৎসা চকিত্সা নরিদশেকিগুলির মধ্যে আচ্ছাদিত কচি চকিত্সা, পূর্বে অনুমোদন প্রযোজ্য। এই চকিত্সার ধরনগুলির সাথে সাথে যখন চকিৎসা সবেগুলি চকিৎসা চকিত্সা নরিদশেকিগুলির বাইরে মূল্য এবং পতনের মধ্যে \$ 1000.00 বা তার বেশি হয়, তখন স্বাস্থ্য সরবরাহকারী বীমা প্রদানকারী বা স্ব-বীমায়ুক্ত নথি গোপনতাকে অনুমোদনের জন্য যোগাযোগ করতে হয়। স্বাস্থ্য সরবরাহকারীকে অবশ্যই C-4AUTH বীমা প্রদানকারী বা স্ব-বীমায়ুক্ত নথি গোপনতা এবং বোর্ডের সাথে অবশ্যই ফাইল করতে হবে। যদি \$ 1000.00 বা তার বেশি মূল্যের মডেকিলে চকিত্সা গাইডলাইন পরিশোধিত বা চকিৎসা পরিশোধিত অস্বীকার করে, তবে বীমা প্রদানকারী বা স্ব-বীমায়ুক্ত নথি গোপনতাকে ফর্ম C-8.1 এ ফাইল করতে এবং দবন্দবমূলক চকিৎসা প্রমাণ সরবরাহ করতে হবে।

যে কোনও ব্যক্তি যিনি জ্ঞাত এবং ইচ্ছাকৃতভাবে উপস্থাপন করতে চান, সগুলি উপস্থাপন করা বা জ্ঞানের সাথে প্রস্তুত করা হয় বা বিশ্বাস করা হয় যে এটি উপস্থাপন করা হবে, অথবা কোনও ইনস্যুরার, বা স্বচেসাবেক, কোনও মথিয়া উপাদান বিত্তি ধারণ করে এমন কোনও তথ্য বা কোনও উপাদান ঘটনাকে ধারণ করে একটি ফৌজদারি মামলা এবং Substantial ফনি এবং আনুগত্য সাপক্ষে হতে হবে।

নডিইম্বক ব্যক্তিগত গোপনীয়তা সুরক্ষা আইন (পাবলিক অফিসার ল আর্ট আর্টিকিল 6-A) এবং 1974 সালের ফডোরলে গোপনীয়তা আইন অনুসারে (5 মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের § 552A) বজ্ঞপ্তি Workers' Compensation Board-র (বোর্ডের) কর্তৃপক্ষ যে আহত শ্রমকিরে তাদের সামাজিক নরিপত্তা নম্বর সহ ব্যক্তিগত তথ্য সরবরাহ করার অনুরোধ করে, সগুলি শ্রমকিরে কষতপূরণ আইন (ডব্লুসিএল) § 20 এর অধীনে বোর্ডের তদন্তকারী কর্তৃপক্ষ থেকে প্রাপ্ত এবং WCL এর অধীনে তার প্রশাসনিক কর্তৃপক্ষ § 142। এই তথ্যটি তদন্তের জন্য এবং সম্ভাব্যতম দাবিগুলির পক্ষে দাবিগুলি পরিচালনা করার জন্য এবং সঠিক দাবি রকেরডগুলি বজায় রাখতে সহায়তা করার জন্য এটি সংগ্রহ করা হয়। বোর্ডে আপনার সামাজিক নরিপত্তা নম্বর সরবরাহ করা স্বচেসাবেক। এই ফর্মটিতে আপনার সামাজিক নরিপত্তা নম্বর সরবরাহ করতে ব্যর্থতার জন্য কোনও শাস্তি নহে; এটি আপনার দাবি অস্বীকার বা বনেফিটের হ্রাসের ফলস্বরূপ নয়। বোর্ড তার ব্যক্তিগত অধিকার গোপনীয়তা রক্ষা করবে, শুধুমাত্র এটির অফিসিয়াল কর্তব্যগুলি এবং প্রযোজ্য রাষ্ট্র এবং ফডোরলে আইন অনুসারে প্রকাশ করবে।