

কিভাবে বেতন সহ পারিবারিক ছুটির জন্য অনুরোধ করবেন

পরিবারের একজন সদস্যের পরিচর্যার জন্য যার একটি গুরুতর স্বাস্থ্য সংক্রান্ত সমস্যা রয়েছে



সবেতন
পারিবারিক ছুটি



বেতন সহ পারিবারিক ছুটির জন্য আবেদন করার পূর্বে

- যোগ্যতার প্রয়োজনীয়তাগুলি পরীক্ষা করে দেখুন। পরবর্তী পৃষ্ঠা দেখুন অথবা ভিজিট করুন PaidFamilyLeave.ny.gov/eligibility.
- আপনার ছুটির পরিকল্পনা করুন। ছুটি একযোগে বা অন্তর্বর্তীভাবে গ্রহণ করা যেতে পারে, কিন্তু পূর্ণ দিনের মুনাকা আবশ্যিক।
- অগ্রিম, যদি অনুমান করতে পারেন বা যত তাড়াতাড়ি সম্ভব কমপক্ষে **30 দিন আগে** আপনার নিয়োগকর্তাকে জানান।

আপনার ফরমটি পূরণ করুন এবং প্রয়োজনীয় নথিপত্র সংযুক্ত করুন

পেইড ফ্যামিলি লিভ (ফরম PFL-1) এর জন্য অনুরোধটি পূরণ করুন।

দ্রষ্টব্য: এই ফরমে এমন বিভাগ রয়েছে যা আপনার এবং আপনার নিয়োগকর্তা কর্তৃক পূরণ করতে হবে।

- আপনার বিভাগটি পূরণ করুন, একটি অনুলিপি তৈরি করুন এবং **B অংশটি** পূরণ করতে আপনার নিয়োগকর্তাকে ফরমটি দিন।
- আপনার নিয়োগকর্তা আপনাকে তিন কার্যদিবসের মধ্যে **ফরম PFL-1** ফেরত দিতে হবে। বিলম্ব থাকলে, আপনাকে এগিয়ে যাওয়ার জন্য অপেক্ষা করতে হবে না। আপনার অনুরোধের বাকি প্যাকেজের পাশাপাশি পূরণকৃত **PFL-1 ফরমটি** সরাসরি নিয়োগকর্তার বীমা ক্যারিয়ারের নিকট পাঠান।

পেইড ফ্যামিলি লিভ ল (PFL-3 ফরম) এর অধীনে ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ পূরণ করুন।

- আপনার পরিবারের সদস্য (সেবা গ্রহীতা) **PFL-3 ফরম** পূরণ করবে এবং তাদের স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর কাছে ফরমটি ফাইলে রাখতে জমা দেবে।
এই ফরমটি আপনাকে এবং আপনার নিয়োগকর্তার ইলুরেল ক্যারিয়ারের জন্য আপনার পরিবারের সদস্যের গুরুতর স্বাস্থ্যের অবস্থা সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ করতে একজন স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীকে অনুমোদন দেয়।
এই ফরম ইলুরেল ক্যারিয়ারে পাঠাবেন না।

গুরুতর স্বাস্থ্যের অবস্থাসহ পরিবারের সদস্যের পরিচর্যার জন্য স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর সার্টিফিকেশনের ফরম (PFL-4 ফরম) পূরণ করুন।

দ্রষ্টব্য: এই ফরমে এমন বিভাগ রয়েছে যা স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে পূরণ করতে হবে।

- আপনার বিভাগটি পূরণ করুন, একটি অনুলিপি তৈরি করুন এবং আপনার পরিবারের সদস্যের স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর কাছে ফরমটি দিন।
- প্রদানকারীকে ফরমটিতে তাদের অংশটুকু পূরণ করে এবং সময়মত আপনার কাছে সেটি ফেরত দিতে বলুন।

আপনার নিয়োগকর্তার বীমা ক্যারিয়ারের কাছে জমা দিন

সুবিধা হারানো এড়াতে আপনার ছুটি শুরু হওয়ার **30 দিনের মধ্যে** আপনার নিয়োগকর্তার বীমা ক্যারিয়ারে আপনার সম্পন্ন অনুরোধ প্যাকেজ জমা দিতে হবে।

আপনার রেকর্ডের জন্য সমস্ত ফরমের এবং নথিপত্রের একটি করে অনুলিপি নিজের কাছে রাখুন।

আপনার ফরম **PFL-1** এবং ফরম **PFL-4** আপনার নিয়োগকর্তার ইলুরেল ক্যারিয়ারে মেইল বা ফ্যাক্স করুন।

আপনার নিয়োগকর্তার বীমা ক্যারিয়ারকে কে খুঁজে বের করতে, আপনি এটি করতে পারেন:

- আপনার কর্মস্থলে পেইড ফ্যামিলি লিভ এর পোস্টারটি দেখুন।
- আপনার নিয়োগকর্তাকে জিজ্ঞাসা করুন।
- নিয়োগকর্তার কভারেজ অনুসন্ধান অ্যাপ্লিকেশনটি ব্যবহার করে এটি খুঁজুন এখানে wcb.ny.gov।

আপনি যদি আপনার নিয়োগকর্তার ইলুরেল ক্যারিয়ারটি খুঁজে না পান তবে সহায়তার জন্য পেইড ফ্যামিলি লিভ (PFL) হেল্পলাইনে কল করুন: **(844) 337-6303**

PFL হেল্পলাইন সোমবার - শুক্রবার, সকাল 8:30 থেকে বিকেল 4:30 পর্যন্ত উপলভ্য।

অনুগ্রহ করে NYS ওয়ার্কাস কম্পেনসেশন বোর্ডে আপনার অনুরোধ প্যাকেজ জমা দেবেন না।

ইলুরেল ক্যারিয়ারে ফরমটি জমা দেওয়া আপনার দায়িত্ব। এটা আপনার নিয়োগকর্তার দায়িত্ব নয়।



জানা গুরুত্বপূর্ণ

- বেশিরভাগ ক্ষেত্রে, বিমা ক্যারিয়ারকে আপনার সম্পূর্ণ অনুরোধ পাওয়ার 18 দিনের মধ্যে বা আপনার ছুটির প্রথম দিন, যেটি পরে হোক না কেন সুবিধা দিতে হবে বা প্রত্যাখ্যান করতে হবে। আপনার অনুরোধটি সম্পূর্ণরূপে অসম্পূর্ণ বিবেচিত হতে পারে না কারণ আপনার নিয়োগকর্তা তিন কার্যদিবসের মধ্যে **ফরম PFL-1** এর **অংশ B** পূরণ করেননি।
- ক্যারিয়ার আপনার সুফলগুলি সময়মত দিতে অস্বীকার করলে বা ব্যর্থ হলে অথবা আপনার অন্য কোনো দাবি-সংক্রান্ত বিরোধ থাকলে, আপনি ক্যারিয়ারের ক্রিয়াকলাপগুলির পর্যালোচনা করার অনুরোধ করতে পারেন। আরও তথ্য পাওয়া যাবে এখানে nyspfla.namadr.com।
- নিয়োগকারী বৈষম্য বা প্রতিশোধ সম্পর্কে অভিযোগ শুনানির পরে ওয়ার্কারস কম্পেনসেশন বোর্ড ল জাজ এর দ্বারা সমাধান করা হয়। যদি আপনি মনে করেন যে, আপনার নিয়োগকর্তা পেইড ফ্যামিলি লিভ গ্রহণ বা অনুরোধের জন্য আপনার বিরুদ্ধে বৈষম্যমূলক বা প্রতিশোধমূলক আচরণ করছেন, তাহলে ভিজিট করুন PaidFamilyLeave.ny.gov/protections অথবা **(844) 337-6303** নম্বরে যোগাযোগ করুন।



যোগ্যতা

- নিউ ইয়র্ক স্টেটের ব্যক্তিগত নিয়োগকর্তাদের জন্য যারা কাজ করে বেশিরভাগ কর্মচারী পরিশোধিত পারিবারিক ছুটির আওতাধীন।
 - পূর্ণ-কালীন কর্মচারী:** আপনি যদি প্রতি সপ্তাহে 20 বা তার বেশি ঘণ্টার নিয়মিত কাজ করে থাকেন, তাহলে আপনি আপনার নিয়োগকর্তার সাথে টানা 26 সপ্তাহের চাকরির পরে যোগ্য হন।
 - খণ্ড-কালীন কর্মচারী:** যদি আপনার নিয়মিত কাজের সময়সূচি প্রতি সপ্তাহে 20 ঘণ্টার কম থাকে, তাহলে আপনি আপনার নিয়োগকর্তার জন্য 175 দিন কাজ করার পরে যোগ্য হন, যা পরপর হওয়ার প্রয়োজন নেই।
- প্রতিনিধিত্বকৃত নয় এমন সরকারি কর্মচারীরা আওতাধীন থাকতে পারে যদি তাদের নিয়োগকর্তা স্বেচ্ছায় সুবিধা প্রদান করা নির্বাচিত করে থাকেন। ইউনিয়ন প্রতিনিধিত্বকারী সরকারি কর্মচারীরা কেবলমাত্র আওতাধীন থাকতে পারে যদি যথাযথ সমঝোতার মাধ্যমে সুবিধাটি নিয়ে আলোচনা করা হয়।
- নাগরিকত্ব এবং/অথবা অভিবাসন অবস্থা কর্মচারীর যোগ্যতার কোন নির্ণায়ক নয়।
- আপনি যদি মনে করেন আপনি যোগ্য তবে আপনি পেইড ফ্যামিলি লিভ এর জন্য আবেদন করতে পারেন এবং ইলুরেল ক্যারিয়ার একটি সিদ্ধান্ত নেবে।
- আপনার যোগ্যতার নিয়মাবলী সম্পর্কে কোনো প্রশ্ন থাকলে, **PFL হেল্পলাইনে** কল করুন **(844) 337-6303** (সোমবার - শুক্রবার, সকাল 8:30 থেকে বিকেল 4:30 পর্যন্ত)।

পরিবারের সদস্যদের আপনি যত্ন নিতে পারেন:

স্বামী বা স্ত্রী/পারিবারিক অংশীদার

সন্তান/সৎ সন্তান

পিতামাতা/সৎ পিতামাতা/শ্বশুর-শাশুড়ি

দাদা/দাদি/নানা/নানী

নাতি/নাতনি

ভাইবোন (2023 সালে নতুন!) এটি কখন তাদের পলিসির জন্য কার্যকর হবে সে সম্পর্কে বিশদ বিবরণের জন্য আপনার নিয়োগকর্তার বিমা বাহকের সাথে চেক করুন।

যত্নের মধ্যে সরবরাহ অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে:

প্রয়োজনীয় শারীরিক যত্ন

মানসিক সমর্থন

পরিদর্শন

চিকিৎসায় সহায়তা

পরিবহন

যত্নের পরিবর্তনের ব্যবস্থা করতে সহায়তা করুন

অত্যাবশ্যকীয় দৈনন্দিন কাজকর্মে সহায়তা

ব্যক্তিগত পরিচর্যার সেবাসমূহ

মনে রাখবেন: ইলুরেল ক্যারিয়ারে ফরমটি জমা দেওয়া আপনার দায়িত্ব। এটা আপনার নিয়োগকর্তার দায়িত্ব নয়।

আরও তথ্যের জন্য, PaidFamilyLeave.ny.gov পরিদর্শন করুন বা কল করুন **(844) 337-6303** নম্বরে।



সবেতন
পারিবারিক ছুটি

পেইড ফ্যামিলি লিভের অনুরোধের (ফরম PFL-1) নির্দেশাবলী

- পেইড ফ্যামিলি লিভ (PFL) এর জন্য অনুরোধ করতে, PFL এর জন্য অনুরোধ করা কর্মীকে অবশ্যই পেইড ফ্যামিলি লিভ (ফরম PFL-1) এর অনুরোধের অংশ A পূরণ করতে হবে। ফর্মের সকল দফাগুলি বাধ্যতামূলক যদি না তা ঐচ্ছিক হিসাবে উল্লিখিত থাকে। কর্মচারী তারপর অংশ B পূরণ করতে নিয়োগকর্তাকে ফর্মটি প্রদান করবেন।
- পেইড ফ্যামিলি লিভের অনুরোধ (ফরম PFL-1) এর অংশ B পূরণ করে তিন কার্যদিবসের মধ্যে কর্মচারীকে সেটি ফেরত দেবেন।
- যে ধরনের ছুটি অনুরোধ করা হচ্ছে তার উপর নির্ভর করে অতিরিক্ত ফরম প্রয়োজন। যে কর্মচারী ছুটির অনুরোধ করছেন তিনি এই ফর্মগুলি পূরণ করার জন্য দায়বদ্ধ।
- অতিরিক্ত প্রয়োজনীয় ফর্ম সহ সবেতন পারিবারিক ছুটির জন্য অনুরোধ (ফর্ম PFL-1) এর অংশ B-তে তালিকাভুক্ত নিয়োগকর্তার PFL বীমা বাহকের কাছে কর্মচারী সম্পূর্ণ করা সবেতন পারিবারিক ছুটির জন্য অনুরোধ (ফর্ম PFL-1) জমা করবেন। কর্মচারীটির উচিত তার জমা দেওয়া প্রতিটি ফর্মের একটি করে অনুলিপি তার রেকর্ডে রাখা।

অংশ A - কর্মচারীর তথ্য (কর্মচারী এটি পূরণ করবেন)

PFL অনুরোধ করা কর্মচারীকে অবশ্যই সমস্ত প্রয়োজনীয় তথ্য পূরণ করতে হবে।

PFL অনুরোধ (কর্মচারীকে পূরণ করতে হবে)

প্রশ্ন 12: একটি শিশুকে একজন জৈবিক, দত্তক নেওয়া, বা পালিত পুত্র বা কন্যা, সংপুত্র বা সংকন্যা, একজন আইনি ওয়ার্ড, একজন পারিবারিক সঙ্গীর ছেলে বা মেয়ে অথবা এমন একজন ব্যক্তির ছেলে বা মেয়ে যার পরিবর্তে কর্মচারীটি পিতামাতার ভূমিকা পালন করছেন, এই হিসেবে সংজ্ঞায়িত করা হয়। একজন অভিভাবককে জৈবিক, পালিত বা পালক পিতা বা শশুর-শাশুড়ি, একজন সংবা-মা, একজন আইনী অভিভাবক, বা অন্য কোনো ব্যক্তি কর্মচারীর জন্য পিতামাতার ভূমিকা পালন করেছেন যখন কর্মচারী একটি শিশু ছিলেন।

প্রশ্ন 13: তারিখগুলি যদি “একটানা” হয়, তাহলে কর্মচারীকে অনুরোধ করা PFL এর শুরুর এবং শেষের তারিখ প্রদান করতে হবে। এই তারিখগুলি হতে হবে সেই প্রকৃত তারিখগুলি যখন PFL শুরু হবে এবং শেষ হবে। অনিশ্চিত হলে, শুরুর এবং শেষের তারিখ অনুমান করুন এবং “তারিখগুলি অনুমিত” এই নির্দেশ করুন। তারিখগুলি যদি “নির্দিষ্ট সময়ের অন্তরে” হয় তাহলে PFL নেওয়ার তারিখ প্রদান

করুন। যতটা সম্ভব যথাযথ হোন। তারিখগুলো যদি অজানা বা আনুমানিক হয়, তাহলে “তারিখগুলি অনুমিত” এই নির্দেশ করুন। তারিখগুলি যদি অনুমিত হয়, PFL বাহকের কাছে আপনাকে অর্থ প্রদানের জন্য PFL দিনটি নেওয়ার পরে একটি অনুরোধ জমা দিতে হতে পারে। অনুমোদিত দাবিগুলির জন্য অর্থ প্রদান যত তাড়াতাড়ি সম্ভব সম্পূর্ণ করা হবে তবে কোনও অবস্থাতেই অনুরোধ সম্পূর্ণ করার তারিখ থেকে 18 দিনের বেশি নয়।

প্রশ্ন 14: কর্মচারীটি যদি PFL এর শুরুর তারিখ থেকে 30 দিনের কম আগাম নোটিশ সহ তাদের নিয়োগকর্তার কাছে PFL এর অনুরোধ জমা দেন, তাহলে কর্মচারীকে অবশ্যই 30 দিনের নোটিশ দেওয়া গেল না তা ব্যাখ্যা করতে হবে। যদি ফর্মটিতে দেওয়া স্থানে যথেষ্ট জায়গা না থাকে তাহলে “সংযুক্তি দেখুন” লিখুন এবং ব্যাখ্যা সহ একটি সংযুক্তি যোগ করুন। সংযুক্তির উপর দিকে কর্মচারীর সম্পূর্ণ নাম এবং তার জন্ম তারিখ অবশ্যই অন্তর্ভুক্ত করবেন।

কর্মসংস্থানের তথ্য (কর্মচারী এটি পূরণ করবেন)

প্রশ্ন 16: কর্মচারীর স্মরণে থাকা নিয়োগের তারিখটি লিখুন। যদি নিয়োগের তারিখ থেকে এক বছরেরও বেশি সময় হয়ে গিয়ে থাকে, তাহলে যে বছরে কর্মসংস্থান শুরু হয়েছিল সেটি পূরণ করলেই যথেষ্ট।

প্রশ্ন 18: গড় মোট সাপ্তাহিক মজুরির সেরা অনুমানটি লিখুন। এই অনুরোধের ফর্মে তালিকাভুক্ত নিয়োগকর্তার থেকে অর্জিত মজুরি শুধু অন্তর্ভুক্ত করুন। মোট সাপ্তাহিক মজুরি হলো মোট সাপ্তাহিক বেতন - ওভারটাইম, টিপস, বোনাস এবং কমিশন সহ - নিয়োগকর্তা কোনো কিছু বিয়োগ করার আগে, যেমন ফেডারেল এবং রাষ্ট্র দ্বারা আরোপিত কর। যদি নিয়োগকর্তা এই তথ্য সরবরাহ করতে সক্ষম না হন, কর্মচারী তার মোট সাপ্তাহিক মজুরি নিরূপণ করতে পারেন এইভাবে:

ধাপ 1: প্রাপ্ত সকল মোট মজুরি যোগ করুন (আগে কোনও কিছু বিয়োগ না করেই) PFL শুরু হওয়ার আগের আট সপ্তাহে, ওভারটাইম এবং অর্জিত টিপস সহ। (বোনাস এবং / অথবা কমিশন গণনার নির্দেশাবলীর জন্য পদক্ষেপ 3 দেখুন।)

ধাপ 2: গড় সাপ্তাহিক মজুরি গণনা করার জন্য ধাপ একে গণনা করা মোট মজুরিকে আট (অথবা আটের থেকে যদি কম হয় তাহলে সপ্তাহের সংখ্যা) দিয়ে ভাগ করুন।

ধাপ 3: যদি কর্মীটি PFL এর পূর্বে 52 সপ্তাহ ধরে বোনাস এবং / অথবা কমিশন পেয়ে থাকেন, তাহলে গড় সাপ্তাহিক মজুরির সাথে আনুপাতিক ভিত্তিতে সাপ্তাহিক পরিমাণ যোগ করুন। আনুপাতিক

সাপ্তাহিক পরিমাণ নির্ধারণ করতে, পূর্ববর্তী 52 সপ্তাহে অর্জিত সমস্ত বোনাস / কমিশন যোগ করুন এবং তারপরে 52 দিয়ে তা ভাগ করুন।

একটি মোট সাপ্তাহিক মজুরি গণনার উদাহরণ:

সপ্তাহ 1 - ওভারটাইম সহ মোট মজুরি	\$ 550
সপ্তাহ 2 - মোট মজুরি	\$ 500
সপ্তাহ 3 - মোট মজুরি	\$ 500
সপ্তাহ 4 - মোট মজুরি	\$ 500
সপ্তাহ 5 - মোট মজুরি	\$ 500
সপ্তাহ 6 - মোট মজুরি	\$ 500
সপ্তাহ 7 - ওভারটাইম সময় সহ মোট মজুরি	\$ 600
সপ্তাহ 8 - ওভারটাইম সহ মোট মজুরি	+ \$550
মোট =	\$ 4,200
ভাগ 8	÷ 8
গড় সাপ্তাহিক মজুরি =	\$ 525
আগের 52 সপ্তাহে উপার্জিত বোনাস	\$ 2,600
ভাগ 52	÷ 52
আনুপাতিক সাপ্তাহিক বোনাস =	\$ 50

ফর্ম PFL-1, নির্দেশাবলী পরের পৃষ্ঠায় অব্যাহত

অংশ A কর্মচারীর তথ্য (কর্মচারী এটি পূরণ করবেন) - পূর্ববর্তী পৃষ্ঠা থেকে অব্যাহত

ফর্ম PFL-1 এর নির্দেশাবলী - পূর্ববর্তী পৃষ্ঠা থেকে অব্যাহত

গড় সাপ্তাহিক বেতন	\$525
আনুপাতিক সাপ্তাহিক বোনাস	+ \$50
গড় সাপ্তাহিক মজুরি (বোনাস সহ) =	\$575

অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে নিয়োগকর্তাকে অবশ্যই এই তথ্যটি সবেতন পারিবারিক ছুটির জন্য অনুরোধ (ফর্ম PFL-1) এর অংশ B-তে প্রদান করতে হবে।

অগ্রিম জমা করার সময়: কর্মচারী তাদের PFL এর অনুরোধ অগ্রিম জমা করছেন কিনা তা নির্দেশ করুন। একটি আসন্ন যোগ্যতা সম্পন্ন ঘটনার আগে আবেদন জমা দেওয়াকে অগ্রিম-জমা হিসেবে সংজ্ঞায়িত করা হয়, যেখানে জমা দেওয়ার সময়ে নির্দিষ্ট কিছু তথ্য অজ্ঞাত থাকার কারণে তা অনুপস্থিত থাকে। বাহক বা স্ব-বীমায়ুক্ত নিয়োগকর্তার দ্বারা অগ্রিম-জমা দেওয়া যদি অনুমোদিত হয়, তাহলে অনুপস্থিত তথ্যটি যত তাড়াতাড়ি সম্ভব প্রদান করা আবশ্যিক। সমস্ত

নিয়োগকর্তাকে দেওয়ার আগে কর্মচারীকে অংশ B পূরণ করার জন্য এই ফর্মটি স্বাক্ষর করতে এবং তারিখ লিখতে হবে।

প্রয়োজনীয় তথ্য সরবরাহ না করা পর্যন্ত সুবিধাগুলি নির্ধারণ করা যাবে না।

PFL বীমা বাহক বা স্ব-বীমায়ুক্ত নিয়োগকর্তা কর্মচারীকে পাঁচ দিনের মধ্যে নোটিশ প্রদান করবে যা 1) ব্যক্ত করে যে দাবিটি অনিশ্চিত রয়েছে; 2) কোন তথ্য অনুপস্থিত তা শনাক্ত করে; 3) অনুপস্থিত তথ্য কিভাবে জমা দিতে হবে তা নির্দেশ করে। **একবার সমস্ত তথ্য প্রদান করা হয়ে গেলে, PFL বীমা বাহক বা স্ব-বীমায়ুক্ত নিয়োগকর্তার দাবির অর্থ পরিশোধ বা অস্বীকার করার জন্য 18 দিন সময় থাকবে।**

যদি বাহক বা স্ব-বীমায়ুক্ত নিয়োগকর্তা অগ্রিম-জমা দেওয়ার অনুমতি না দেন তাহলে বাহক বা স্ব-বীমায়ুক্ত নিয়োগকর্তাকে অবশ্যই সবেতন পারিবারিক ছুটির জন্য অনুরোধ (ফর্ম PFL-1) টি কর্মীর কাছে পাঁচ দিনের মধ্যে ফেরত পাঠাতে হবে এই ব্যাখ্যা সহ যে সমস্ত তথ্য সহ দাবিটি পুনরায় জমা দিতে হবে।

অংশ B নিয়োগকর্তার তথ্য (নিয়োগকর্তা এটি পূরণ করবেন)

PFL এর অনুরোধকারী কর্মচারীর নিয়োগকর্তাকে অবশ্যই অংশ B-তে উল্লিখিত সমস্ত তথ্য সম্পূর্ণ করতে হবে।

প্রশ্ন 2: ফেডারেল এমপ্লয়ার আইডেনটিফিকেশন নম্বরের (FEIN) জন্য যদি কোন সোশাল সিকিউরিটি নম্বর ব্যবহার করা হয়, তাহলে সোশাল সিকিউরিটি নম্বরটি লিখুন।

প্রশ্ন 3: নিয়োগকর্তার স্ট্যান্ডার্ড ইন্ডাস্ট্রিয়াল ক্লাসিফিকেশন (SIC) কোডটি লিখুন। নিয়োগকর্তারা তাদের SIC কোড না জানলে তাদের ক্যারিয়ারের সাথে যোগাযোগ করা উচিত।

প্রশ্ন 8: কর্মচারীর অকুপেশন কোড পাওয়া যাবে এখানে:
www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm

প্রশ্ন 9: PFL শুরুর তারিখের পূর্ববর্তী আট সপ্তাহে কর্মচারীর দ্বারা অর্জিত মজুরিটি লিখুন। মোট প্রদান করা অর্থের পরিমাণ হলো কর্মচারীর মোট সাপ্তাহিক বেতন, যার অন্তর্ভুক্ত সেই সপ্তাহের জন্য কোনও ওভারটাইম ও অর্জিত টিপস, এবং তার সাথে পূর্ববর্তী 52 সপ্তাহে প্রাপ্ত বোনাস বা কমিশনের সাপ্তাহিক আনুপাতিক পরিমাণ। (বিস্তারিত ধাপগুলির জন্য, নির্দেশাবলীর পৃষ্ঠা 1 এর শুরুর দিকে প্রশ্ন 18 দেখুন।) প্রদত্ত মোট পরিমাণ যোগ করে মোট গড় সাপ্তাহিক মজুরি গণনা করুন এবং তারপরে আট দিয়ে ভাগ করুন (অথবা আটের চেয়ে কম হলে, সপ্তাহের সংখ্যা দিয়ে)।

নিশ্চিতকরণ কর্মচারী PFL এর যোগ্য: একজন কর্মী যিনি নিয়মিত অন্তত 20 ঘণ্টার জন্য কাজ করেন প্রতি সপ্তাহে, তাকে অবশ্যই কাজে নিয়োজিত থাকতে হবে একটানা অন্তত 26 সপ্তাহ। প্রতি সপ্তাহে 20 ঘণ্টারও কম সময় কাজ করে এমন একজন কর্মচারী অবশ্যই 175 দিন কাজ করবে।

নিয়োগকর্তা স্বাক্ষর করেন এবং তারিখ দেন, এবং তারপর তিনটি কর্মদিবসের মধ্যে PFL অনুরোধকারী কর্মচারীকে ফেরত দেন।

প্রশ্ন 10: বীমা বাহকের থেকে ব্যয়পূরণের অনুরোধের জন্য "হ্যাঁ" নির্বাচন করতে ব্যর্থতার ফলস্বরূপ ফেরত দেওয়ার অধিকারের দাবিত্যাগ করা হবে।

প্রশ্ন 11a: 'অক্ষমতা' বলতে বোঝায় NYS এর সংবিধিবদ্ধ প্রয়োজনীয় অক্ষমতা। যদি উত্তরটি "কোনোটিই নয়" হয়, প্রশ্ন 11b-তে সপ্তাহ এবং দিনের জন্য "0" লিখুন।

প্রশ্ন 11b: NYS সংবিধিবদ্ধ অক্ষমতা এবং PFL এর জন্য সর্বাধিক সংখ্যক সপ্তাহ যে কোন 52 সপ্তাহ সময়কালের মধ্যে হলো 26 সপ্তাহ। সপ্তাহের মোট সংখ্যা, এবং সেইসাথে অতিরিক্ত দিনের সংখ্যা উল্লেখ করুন যদি ছুটিতে একটি আংশিক সপ্তাহ অন্তর্ভুক্ত থাকে, যা পূর্ববর্তী 52 সপ্তাহের মধ্যে NYS সংবিধিবদ্ধ অক্ষমতা এবং PFL এর জন্য নেওয়া হয়েছে।

প্রশ্ন 13, 14 এবং 15: সবেতন পারিবারিক ছুটি বা অক্ষমতা / PFL বীমা বাহকের নাম, ঠিকানা এবং PFL পলিসি নম্বর লিখুন। যদি এই নিয়োগকর্তা স্ব-বীমায়ুক্ত হন, তাহলে প্রক্রিয়াকরণের জন্য PFL অনুরোধটি প্রক্রিয়াকরণের জন্য জমা দেওয়ার স্থানের নাম এবং ঠিকানাটি লিখুন।

যে ধরনের ছুটির অনুরোধ করা হচ্ছে তার উপর ভিত্তি করে উপযুক্ত অতিরিক্ত PFL ফর্ম (গুলি) পূরণ করতে ভুলবেন না।

নিউ ইয়র্ক ব্যক্তিগত গোপনীয়তা সুরক্ষা আইন (পাবলিক অফিসারস ল আর্টিকেল 6-A) এবং 1974 সালের ফেডারেল গোপনীয়তা আইন অনুসারে (5 USC 552a) বিজ্ঞপ্তি।

শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ বোর্ডের (বোর্ডের) অনুরোধ করার অধিকার যে কর্মচারীরা তাদের সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর বা ট্যাক্স আইডেনটিফিকেশন নম্বর সহ ব্যক্তিগত তথ্য সরবরাহ করেন, তা শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ আইন বিভাগ 142 এর অধীনে বোর্ডের প্রশাসনিক অধিকার থেকে প্রাপ্ত হয়। এই তথ্যগুলি তদন্ত এবং পরিচালনার ক্ষেত্রে বোর্ডকে সহায়তা করার পক্ষে সবচেয়ে সুবিধাজনক পদ্ধতি প্রদানের জন্য ও দাবিগুলির প্রক্রিয়াকরণের জন্য এবং সঠিক রেকর্ড বজায় রাখতে সহায়তা করার জন্য সংগৃহীত হয়। বোর্ডকে আপনার সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর বা ট্যাক্স আইডেনটিফিকেশন নম্বর সরবরাহ করা ঐচ্ছিক। বোর্ড যত তথ্য দখলে রাখে, সেই সকল ব্যক্তিগত তথ্যের গোপনীয়তা রক্ষা করবে, শুধুমাত্র সেগুলো অফিসিয়াল প্রয়োজনে এবং প্রয়োজ্য রাষ্ট্র এবং ফেডারেল আইন অনুসারে প্রকাশ করবে।



অংশ A - কর্মচারীর তথ্য (কর্মচারী এটি পূরণ করবেন)

1. কর্মচারীর আইনসম্মত নাম (প্রথম নাম, মধ্যম আদ্যাঙ্কর, পদবি)

2. অন্যান্য পদবি, যদি থাকে, যার অধীনে কর্মচারী কাজ করেছেন

3. কর্মচারীর চিঠি পাঠাবার ঠিকানা

রাস্তার ঠিকানা

সিটি, স্টেট

জিপ কোড

দেশ (মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র না হলে)

4. কর্মচারীর সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর বা করদাতা শনাক্তকরণ নম্বর

- -

5. কর্মচারীর জন্ম তারিখ (মাস/দিন/বছর)

/ /

6. কর্মচারীর প্রাথমিক টেলিফোন নম্বর

() -

7. PFL এ থাকার সময় কর্মচারীর পছন্দের ইমেল ঠিকানা (যদি থাকে)

8. কর্মচারীর লিঙ্গ

পুরুষ নারী X

9. কর্মচারীর পছন্দের ভাষা

English Español Русский Polski

中文 Italiano Kreyòl ayisyen 한국어

অন্যান্য

ঐচ্ছিক (গবেষণার উদ্দেশ্যে)

10. কর্মচারীর জাতি/জাতগত পরিচয়

শুধু স্বাস্থ্য জনসংখ্যা তাত্ত্বিক উদ্দেশ্যে। মার্কিন কেন্দ্রের জন্য (ডিজিটাল এন্ড প্রিভেনশন (CDC) কোড সেট, সংস্করণ 1.0)

কর্মচারী কি হিস্পানিক, ল্যাটিনো / ল্যাটিনা, বা মূলত স্প্যানিশ?

(এক বা একাধিক বিভাগ নির্বাচন করা যেতে পারে।)

মেক্সিকান

মেক্সিকান আমেরিকান

চিকানো/চিকানা

পুয়ের্তো রিকান

ডোমিনিকান

কিউবান

অন্য হিস্পানিক, ল্যাটিনো / ল্যাটিনা, বা মূলত স্প্যানিশ

হিস্পানিক, ল্যাটিনো / ল্যাটিনা, বা মূলত স্প্যানিশ নন

অজানা

কর্মচারীর জাতি কী?

(এক বা একাধিক বিভাগ নির্বাচন করা যেতে পারে।)

আমেরিকান ইন্ডিয়ান বা আলাস্কার আদিবাসী

কৃষ্ণাঙ্গ বা আফ্রিকান আমেরিকান

এশিয়ান ইন্ডিয়ান

চাইনিজ

ফিলিপিনো

জাপানিজ

কোরিয়ান

ভিয়েতনামিজ

অন্য এশিয়ান

শ্বেতাঙ্গ

হাওয়াইয়ের আদিবাসী

গুয়ামানিয়ান চামেরো

সামওয়ান

অন্য প্যাসিফিক আইল্যান্ডার

অন্য জাতি

পেইড ফ্যামিলি লিভের (PFL) অনুরোধ (কর্মচারী এটি পূরণ করবেন)

11. PFL অনুরোধের কারণ: শিশুর সাথে বন্ধন পরিবারের সদস্যের জন্য যত্ন সামরিক যোগ্যতার ইভেন্ট

12. পরিবারের সদস্য কর্মচারীর:

শিশু স্বামী বা স্ত্রী পারিবারিক অংশীদার বাবা বা মা স্বশুর-শাশুড়ি দাদা/দাদী/নানা/নানী নাতি/নাতনি ভাইবোন

ফর্ম PFL-1 পরের পৃষ্ঠায় অব্যাহত

একজন কর্মচারীকে পূরণ করতে হবে

কর্মচারীর নাম (প্রথম নাম, মধ্যম আদ্যাক্ষর, পদবি)

কর্মচারীর জন্ম তারিখ (মাস/দিন/বছর)

_____ / _____ / _____

অংশ A কর্মচারীর তথ্য (কর্মচারী এটি পূরণ করবেন) - পূর্ববর্তী পৃষ্ঠা থেকে অব্যাহত

ফর্ম PFL-1 নির্দেশাবলী - পূর্ববর্তী পৃষ্ঠা থেকে অব্যাহত

13. PFL কি একটানা সময়কালের জন্য এবং/ বিরতিহীন সময়ের জন্য হবে?

<input type="checkbox"/> একটানা	PFL শুরুর তারিখ (মাস/দিন/বববব) / /	PFL শেষের তারিখ (মাস/দিন/বববব) / /	<input type="checkbox"/> তারিখগুলো অনুমান করা
<input type="checkbox"/> বিরতিহীন	যে তারিখে বিরতিহীন PFL নেওয়া হবে সেগুলো শনাক্ত করুন: _____		<input type="checkbox"/> তারিখগুলো অনুমান করা

14. যদি নিয়োগকর্তাকে 30 দিনের কম অগ্রিম নোটিশ প্রদান করেন তাহলে অনুগ্রহ করে ব্যাখ্যা করুন:

কর্মসংস্থানের তথ্য (কর্মচারী এটি পূরণ করবেন)

15. ব্যবসার নাম

16. কর্মচারীর নিয়োগের তারিখ (মাস/দিন/বছর) _____ / _____ / _____

17. কর্মচারীর কাজের অবস্থান

রাস্তার ঠিকানা

সিটি, স্টেট

জিপ কোড

দেশ (মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র না হলে)

18. কর্মচারীর গড় মোট সাপ্তাহিক বেতন (এই তথ্য কর্মচারী ও নিয়োগকর্তা, উভয়ের কাছেই অনুরোধ করা হবে) _____

19. এই অনুরোধ সম্পর্কে যোগাযোগের জন্য নিয়োগকর্তার টেলিফোন নম্বর () -

20a. কর্মচারীর কী একাধিক নিয়োগকর্তা আছেন? হ্যাঁ না20b. যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে কর্মচারী কী অন্য নিয়োগকর্তার থেকে PFL নিচ্ছেন? হ্যাঁ না21. কর্মচারী কী বর্তমানে ওয়ার্কাস কমপেনসেশন লস্ট ওয়েজ বেনিফিটস পাচ্ছেন? হ্যাঁ না

প্রকাশ বিবৃতি: কর্মচারী কর্তৃক গৃহীত PFL সুবিধা সম্পর্কিত তথ্য, যেমন প্রাপ্ত অর্থ এবং ছুটির ধরন, নিয়োগকর্তাকে প্রদান করা হবে।

ঘোষণা এবং স্বাক্ষর

কোনও ব্যক্তি যিনি জেনে শুনে এবং কোনও বিমা কোম্পানী বা অন্য ব্যক্তিকে প্রতারণা করার উদ্দেশ্যে কোনও বিমার আবেদন বা দাবির বিবৃতি দাখিল করেন যাতে বস্তৃত মিথ্যা তথ্য থাকে বা বিভ্রান্তি সৃষ্টি করার উদ্দেশ্যে তথ্য গোপন করেন কোনো বাস্তবিক ক্ষেত্রে, তিনি বিমার ক্ষেত্রে একটি প্রতারণামূলক কাজ করছেন, যা একটি অপরাধ, এবং অনূর্ধ্ব পাঁচ হাজার ডলারের দেওয়ানি জরিমানা এবং প্রতিটি ধরনের লঙ্ঘনের জন্য দাবি করা মূল্যের ব্যক্ত মান অতিক্রম করবে না প্রতিটি লঙ্ঘনের জন্য এমন জরিমানার দন্ড পাবেন।

আমি এতদ্বারা NYS ওয়ার্কাস কমপেনসেশন আইনের অধীনে বেতন সহ পারিবারিক ছুটির সুবিধাগুলির জন্য অনুরোধ করছি। আমার স্বাক্ষর নিশ্চিত করে যে আমি যে তথ্য সরবরাহ করছি তা আমার সেরা জ্ঞান এবং বিশ্বাস অনুযায়ী সত্য।

কর্মচারীর স্বাক্ষর

তারিখ স্বাক্ষরিত (মাস/দিন/বছর)

_____ / _____ / _____

 আমি এই ফর্ম অগ্রিম জমা করছি (অগ্রিম-জমা দেওয়ার নির্দেশাবলী দেখুন)। আমি বুঝেছি যে বিমা বাহক আমার সাথে যোগাযোগ করবেন কীভাবে অনুপস্থিত প্রয়োজনীয় তথ্যগুলি জমা দিতে হয় তার পরামর্শ দেবার জন্য।

একজন কর্মচারীকে পূরণ করতে হবে

কর্মচারীর নাম (প্রথম নাম, মধ্যম আদ্যাক্ষর, পদবি)

কর্মচারীর জন্ম তারিখ (মাস/দিন/বছর)

অংশ B নিয়োগকর্তার তথ্য (নিয়োগকর্তা এটি পূরণ করবেন)

1. ব্যবসা সম্পূর্ণ আইনি নাম এবং চিঠি পাঠানোর ঠিকানা

ব্যবসার নাম

চিঠি পাঠানোর ঠিকানা

সিটি, স্টেট

জিপ কোড

দেশ (মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র না হলে)

2. নিয়োগকর্তার FEIN -

3. নিয়োগকর্তার স্ট্যান্ডার্ড ইন্ডাস্ট্রিয়াল ক্লাসিফিকেশন (SIC) কোড লিখুন।

4. PFL সংক্রান্ত প্রশ্নগুলির জন্য নিয়োগকর্তার যোগাযোগের নাম

5. নিয়োগকর্তার যোগাযোগ টেলিফোন নম্বর () -

6. নিয়োগকর্তার যোগাযোগ ইমেল ঠিকানা

7. কর্মচারীর নিয়োগের তারিখ (মাস/দিন/বছর) / /

8. কর্মচারীর পেশা কোডগুলি পাওয়া যাবে এখানে: www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm -

9. কর্মীর জন্য শেষ 8 সপ্তাহের মোট মজুরি লিখুন এবং গড় মোট সাপ্তাহিক মজুরি গণনা করুন

সপ্তাহ নং	সপ্তাহ শেষের তারিখ (মাস/দিন/বছর)	যতগুলি দিন কাজ করা হয়েছে তার সংখ্যা	অর্থ প্রদানের মোট পরিমাণ
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
গণনাকৃত গড় মোট সাপ্তাহিক বেতন:			

10. কর্মচারী যদি PFL এ থাকাকালীন পূর্ণ মজুরি পান বা পাবেন, নিয়োগকর্তাকে কী ব্যয়পূরণের অনুরোধ জানাবেন? হ্যাঁ না

ফর্ম PFL-1 পরের পৃষ্ঠায় অব্যাহত

একজন কর্মচারীকে পূরণ করতে হবে

কর্মচারীর নাম (প্রথম নাম, মধ্যম আদ্যাক্ষর, পদবি)

কর্মচারীর জন্ম তারিখ (মাস/দিন/বছর)

অংশ B - B নিয়োগকর্তার তথ্য (নিয়োগকর্তা এটি পূরণ করবেন) - পূর্ববর্তী পৃষ্ঠা থেকে অব্যাহত

ফর্ম PFL-1 নির্দেশাবলী - পূর্ববর্তী পৃষ্ঠা থেকে অব্যাহত

11a. পূর্ববর্তী 52 সপ্তাহে কর্মী কি এই কারণে ছুটি নিয়েছেন: NYS অক্ষমতা PFL অক্ষমতা এবং PFL উভয় কোনটিই নয়

11b. গত 52 সপ্তাহে অক্ষমতা এবং PFL এর উভয়ের জন্য নেওয়া ছুটির সপ্তাহ এবং দিনগুলি লিখুন:

অক্ষমতা:	সপ্তাহ	অক্ষমতা জন্য নির্দিষ্টগুলি তারিখ প্রদান করুন:
	দিন	
PFL:	সপ্তাহ	অনুগ্রহ করে PFL এর জন্য নির্দিষ্ট তারিখগুলি প্রদান করুন:
	দিন	

12. কর্মচারী কি ফ্যামিলি মেডিক্যাল লিভ আইন (FMLA) PFL এর সঙ্গে একযোগে গ্রহণ করছেন? হ্যাঁ না

13. PFL বীমা বাহকের নাম এবং চিঠি পাঠানোর ঠিকানা

PFL বীমা কারিয়ারের নাম

চিঠি পাঠানোর ঠিকানা

সিটি, স্টেট

জিপ কোড

দেশ (মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র না হলে)

14. PFL বীমা বাহকের টেলিফোন নম্বর () -

15. PFL পলিসি নম্বর

ঘোষণা এবং স্বাক্ষর

 আমি নিশ্চিত করছি যে কর্মচারীটি নিয়মিত প্রতি সপ্তাহে 20 বা তার বেশি ঘণ্টা কাজ করেন এবং কমপক্ষে 26 সপ্তাহ ধরে কর্মসংস্থানে আছেন বা কর্মচারীটি নিয়মিত সপ্তাহে 20 ঘণ্টার কম কাজ করেন এবং কমপক্ষে 175 দিন কাজ করছেন।

কোনও ব্যক্তি যিনি জেনে শুনে এবং কোনও বিমা কোম্পানী বা অন্য ব্যক্তিকে প্রতারণা করার উদ্দেশ্যে কোনও বিমার আবেদন বা দাবির বিবৃতি দাখিল করেন যাতে বস্তুত মিথ্যা তথ্য থাকে বা বিভ্রান্তি সৃষ্টি করার উদ্দেশ্যে তথ্য গোপন করেন কোনো বাস্তবিক ক্ষেত্রে, তিনি বিমার ক্ষেত্রে একটি প্রতারণামূলক কাজ করছেন, যা একটি অপরাধ, এবং অনূর্ধ্ব পাঁচ হাজার ডলারের দেওয়ানি জরিমানা এবং প্রতিটি ধরনের লঙ্ঘনের জন্য দাবি করা মূল্যের ব্যক্ত মান অতিক্রম করবে না প্রতিটি লঙ্ঘনের জন্য এমন জরিমানার দন্ড পাবেন।

আমি PFL এর অনুরোধকারী কর্মচারীর নিয়োগকর্তা হিসাবে স্বাক্ষর করার জন্য অনুমোদিত ব্যক্তি। আমার স্বাক্ষর নিশ্চিত করে যে আমি যে তথ্য সরবরাহ করছি তা আমার সেরা জ্ঞান এবং বিশ্বাস অনুযায়ী সত্য।

নিয়োগকর্তার অনুমোদিত স্বাক্ষর

তারিখ স্বাক্ষরিত (মাস/দিন/বছর)

শিরোনাম

বেতন সহ পারিবারিক ছুটির আইন (ফর্ম PFL-3) অধীনে ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করা

- একজন কর্মচারী পেইড ফ্যামিলি লিভ (PFL) এর অনুরোধ করেন গুরুতর স্বাস্থ্যের অবস্থা সহ তার পরিবারের একজন সদস্যের যত্ন নেওয়ার জন্য, পরিচর্যা প্রাপক বা অনুমোদিত প্রতিনিধিকে অবশ্যই একটি বেতন সহ পারিবারিক ছুটির আইনের অধীনে ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করা (ফর্ম PFL-3) সম্পূর্ণ করতে হবে এবং স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীর কাছে জমা দিতে হবে গুরুতর স্বাস্থ্যের অবস্থা সহ পরিবারের সদস্যের যত্নের জন্য স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীর সার্টিফিকেশন (ফর্ম PFL-4) এর একটি কপি সহ।
- বেতন সহ পারিবারিক ছুটির আইনের অধীনে ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করা (ফর্ম PFL-3) স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীকে সাহায্য করে গুরুতর স্বাস্থ্যের অবস্থা সহ পরিবারের সদস্যের যত্নের জন্য স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীর সার্টিফিকেশন (ফর্ম PFL-4) সম্পূর্ণ করতে এবং যে কর্মচারী PFL সুবিধা চাইছেন তার কাছে এটি পেশ করতে।
- স্বাক্ষর করার আগে, পরিচর্যা প্রাপককে অবশ্যই বেতন সহ পারিবারিক ছুটির আইনের অধীনে ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করা (ফর্ম PFL-3) সম্পূর্ণভাবে পড়তে হবে।
- কর্মচারী PFL অনুরোধ করছেন তিনি পারিবারিক ছুটির জন্য অনুরোধ (ফর্ম PFL-1) এবং গুরুতর স্বাস্থ্যের অবস্থা সহ পরিবারের সদস্যের যত্নের জন্য স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীর সার্টিফিকেশন (ফর্ম PFL-4) উভয়ই জমা দেবেন তাদের নিয়োগকর্তার PFL বিমা বাহকের কাছে বা যদি তিনি স্ব-বিমায়ুক্ত হন তাহলে তার কাছে, তাদের PFL সুবিধা নির্ধারণের জন্য।

লক্ষ্য করুন: এই ফর্মটি স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী নিজের কাছে রেখে দেবেন। স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীকে দেওয়ার আগে কর্মচারীর উচিত তার নিজের রেকর্ডের জন্য একটি কপি রাখা।

যত্ন গ্রহীতা বা অনুমোদিত প্রতিনিধি লক্ষণ এবং তারিখ।

এই ফর্মটি পরিচর্যা প্রাপকের স্বাস্থ্যসেবা সরবরাহকারীকে দেওয়া হয়

হয় গুরুতর স্বাস্থ্যের অবস্থা সহ পরিবারের সদস্যের যত্নের জন্য স্বাস্থ্যসেবা সরবরাহকারী সার্টিফিকেশন (ফর্ম PFL-4) এর সাথে।

একটি গুরুতর স্বাস্থ্যের অবস্থা সহ পরিবারের একজন সদস্যের স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর দ্বারা ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ (যত্ন গ্রহণকারী বা অনুমোদিত প্রতিনিধির দ্বারা সম্পূর্ণ করতে হবে এবং ফর্ম PFL-4 সহ পরিচর্যা প্রাপকের স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর কাছে জমা দিতে হবে)

কর্মচারী তাদের নাম, এবং প্রতিটি পৃষ্ঠার উপরে প্রাপকের (রোগীর) নাম এবং জন্ম তারিখ লিখবেন।

ফর্মের উপরে অনুরোধ করা PFL বিমা বাহকের নামটি PFL বিমা বাহকের হবে যেমন পারিবারিক ছুটির জন্য অনুরোধ (ফর্ম PFL-1) এর অংশ B লাইন 13-তে শনাক্ত করা হয়েছে।

পরিচর্যা গ্রাহক বা অনুমোদিত প্রতিনিধিকে অবশ্যই সমস্ত প্রযোজ্য অনুরোধের তথ্য সম্পূর্ণ করতে হবে।

যদি কোনো পরিচর্যা প্রাপক এই ফর্মটি পূরণ করতে অক্ষম হন, তবে একজন অনুমোদিত প্রতিনিধিকে অবশ্যই একটি আইনি নথি যেমন স্বাস্থ্য পরিষেবার প্রক্সি বা পাওয়ার অফ অ্যাটর্নির একটি কপি সংযুক্ত করতে হবে, যা প্রতিনিধিকে পরিচর্যা গ্রহণকারীর হয়ে স্বাক্ষর করতে অনুমতি দেয়। স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর অনুমোদন সম্পর্কিত এই নথিটির প্রয়োজন হবে যদি না অনুমোদিত প্রতিনিধি একজন পিতা/মাতা হন যিনি নাবালক সন্তানের হয়ে স্বাক্ষর করছেন।

নিউ ইয়র্ক ব্যক্তিগত গোপনীয়তা সুরক্ষা আইন (পাবলিক অফিসারস ল আর্টিকেল 6-A) এবং 1974 সালের ফেডারেল গোপনীয়তা আইন অনুসারে (5 USC 552a) বিজ্ঞপ্তি।

শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ বোর্ডের (বোর্ডের) অনুরোধ করার অধিকার যে কর্মচারীরা তাদের সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর বা ট্যাক্স আইডেনটিফিকেশন নম্বর সহ ব্যক্তিগত তথ্য সরবরাহ করেন, তা শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ আইন বিভাগ 142 এর অধীনে বোর্ডের প্রশাসনিক অধিকার থেকে প্রাপ্ত হয়। এই তথ্যগুলি তদন্ত এবং পরিচালনার ক্ষেত্রে বোর্ডকে সহায়তা করার পক্ষে সবচেয়ে সুবিধাজনক পদ্ধতি প্রদানের জন্য ও দাবিগুলির প্রক্রিয়াকরণের জন্য এবং সঠিক রেকর্ড বজায় রাখতে সহায়তা করার জন্য সংগৃহীত হয়। বোর্ডকে আপনার সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর বা ট্যাক্স আইডেনটিফিকেশন নম্বর সরবরাহ করা ঐচ্ছিক। বোর্ড যত তথ্য দখলে রাখে, সেই সকল ব্যক্তিগত তথ্যের গোপনীয়তা রক্ষা করবে, শুধুমাত্র সেগুলো অফিসিয়াল প্রয়োজনে এবং প্রযোজ্য রাষ্ট্র এবং ফেডারেল আইন অনুসারে প্রকাশ করবে।



সবেতন পারিবারিক ছুটি

পেইড ফ্যামিলি লিভের জন্য অনুরোধ
বেতন সহ পারিবারিক ছুটির (ফর্ম PFL-3) আইনের অধীনে
ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করা
ফর্মের সাথে অন্তর্ভুক্ত নির্দেশাবলী

একজন কর্মচারীকে পূরণ করতে হবে

কর্মচারীর নাম (প্রথম নাম, মধ্যম আদ্যক্ষর, পদবি)

পরিচর্যা প্রাপকের (রোগীর) নাম (প্রথম নাম, মধ্যম আদ্যক্ষর, পদবি)

পরিচর্যা প্রাপকের (রোগীর) জন্ম তারিখ (মাস/দিন/বছর)

একটি গুরুতর স্বাস্থ্যের অবস্থা সহ পরিবারের একজন সদস্যের স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর দ্বারা ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ (যন্ত্র গ্রহণকারী বা অনুমোদিত প্রতিনিধির দ্বারা সম্পূর্ণ করতে হবে এবং ফর্ম PFL-4 সহ পরিচর্যা প্রাপকের স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর কাছে জমা দিতে হবে)

পরিচর্যার প্রাপকের (রোগীর) নাম

আমি, _____, এই ফর্মে তালিকাভুক্ত আমার স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীকে
অনুমোদন করি

কর্মচারীর নাম

আমার ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য তথ্য উন্মোচন করতে _____ এর কাছে

PFL বীমা ক্যারিয়ারের নাম

এবং তাদের নিয়োগকর্তার PFL বীমা বাহক _____ এর কাছে।

যে সব রেকর্ড প্রকাশ করার যেতে পারে: এই ফর্মটির সাথে সংযুক্ত চিকিৎসার সার্টিফিকেশনে আপনার স্বাস্থ্যের পরিচর্যার রেকর্ড থেকে তথ্য অন্তর্ভুক্ত করার জন্য তালিকাভুক্ত স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীকে অনুমতি প্রদান করে। এই ফর্মটি আপনার স্বাস্থ্যের যন্ত্র প্রদানকারীকে কেবল আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত রেকর্ডগুলি প্রকাশ করার অনুমতি দেয় যা আপনার বর্তমান অবস্থার সাথে সম্পর্কিত, যা কর্মচারীর বেতন সহ পারিবারিক ছুটির সুবিধাগুলির জন্য অনুরোধের বিষয়।

প্রত্যাহারযোগ্য প্রকাশনের সময়কাল: এই অনুমোদনটি এক বছর পরে শেষ হয়, অথবা যখন আপনি প্রকাশনটি প্রত্যাহার করেন। আপনি যে কোনো সময় এই প্রকাশনটি বাতিল করতে পারেন। বাতিল করার জন্য, এই ফর্মে তালিকাভুক্ত স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীকে একটি চিঠি পাঠান।

এই ফর্মটি আপনার স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীকে নিম্নলিখিত ধরণের তথ্য প্রকাশ করার অনুমতি দেয় না, যতক্ষণ না আপনি নির্দিষ্টভাবে এই ধরণের প্রকাশ করার অনুমতি দেন। আপনার স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী যে তথ্য প্রকাশ করতে পারে তার পাশে একটি "X" রাখুন:

HIV/AIDS সম্পর্কিত তথ্য মানসিক স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য অ্যাকোহল/ড্রাগের চিকিৎসা সাইকোথেরাপির নোটসমূহ

স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী তথ্য (যা পরিচর্যা গ্রহণকারী বা অনুমোদিত প্রতিনিধি সম্পূর্ণ করবেন)

সেই স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীকে সনাক্ত করুন যিনি বর্তমানে আপনাকে এমন অবস্থার জন্য চিকিৎসা প্রদান করছেন যা কর্মচারীর PFL সুবিধাগুলির জন্য অনুরোধের সাপেক্ষে।

1. স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর নাম

2. স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর চিঠি পাঠানোর ঠিকানা

চিঠি পাঠানোর ঠিকানা

সিটি, স্টেট

জিপ কোড

দেশ (মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র না হলে)

3. স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর টেলিফোন নম্বর (অঞ্চল বা দেশের কোড প্রদান করুন)

ফর্ম PFL-3 পরের পৃষ্ঠায় অব্যাহত

একজন কর্মচারীকে পূরণ করতে হবে

কর্মচারীর নাম (প্রথম নাম, মধ্যম আদ্যক্ষর, পদবি)

পরিচর্যা প্রাপকের (রোগীর) নাম (প্রথম নাম, মধ্যম আদ্যক্ষর, পদবি)

পরিচর্যা প্রাপকের (রোগীর) জন্ম তারিখ (মাস/দিন/বছর)

একটি গুরুতর স্বাস্থ্যের অবস্থা সহ পরিবারের একজন সদস্যের স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর দ্বারা ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ (পরিচর্যা গ্রহণকারী বা অনুমোদিত প্রতিনিধির দ্বারা সম্পূর্ণ করতে হবে এবং ফর্ম PFL-4 সহ পরিচর্যা প্রাপকের স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর কাছে জমা দিতে হবে)

ফর্ম PFL-3 নির্দেশাবলী - পূর্ববর্তী পৃষ্ঠা থেকে অব্যাহত

পরিচর্যা প্রাপকের তথ্য (যা পরিচর্যা গ্রহণকারী বা অনুমোদিত প্রতিনিধি সম্পূর্ণ করবেন)

4. পরিচর্যা গ্রহণকারীর চিঠি পাঠানোর ঠিকানা

চিঠি পাঠানোর ঠিকানা

সিটি, স্টেট

জিপ কোড

দেশ (মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র না হলে)

5. কেয়ার প্রাপকের সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর

- -

6. পরিচর্যা গ্রহণকারীর টেলিফোন নম্বর (অঞ্চল বা দেশের কোড প্রদান করুন)

পড়ুন এবং নিচে স্বাক্ষর করুন

আমি এতদ্বারা অনুরোধ করছি তালিকাভুক্ত স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীকে একটি সম্পূর্ণ করা গুরুতর স্বাস্থ্যের অবস্থা সহ পরিবারের সদস্যের পরিচর্যার জন্য স্বাস্থ্যসেবা সরবরাহকারীর সার্টিফিকেশন (ফর্ম PFL-4) PFL-4 ফর্ম শনাক্ত করা কর্মচারীকে দিতে। আমি বুঝি যে এই ধরনের তথ্য আমার বর্তমান অবস্থার নির্ণয় এবং পূর্বাভাস অন্তর্ভুক্ত, যে তারিখে এটি শুরু হয়েছে এবং আমার বর্তমান অবস্থার ফলস্বরূপ PFL সুবিধার জন্য অনুরোধকারী কর্মচারীর নিকট থেকে আমার প্রয়োজনীয় পরিচর্যার আনুমানিক পরিমাণ অন্তর্ভুক্ত রয়েছে।

পরিচর্যা প্রাপকের স্বাক্ষর

তারিখ স্বাক্ষরিত (মাস/দিন/বছর)

অনুমোদিত প্রতিনিধি

প্রিন্ট করুন

আমি, _____, এই বিষয়ে পরিচর্যা গ্রহণকারীর প্রতিনিধিত্ব করছি এর দ্বারা অনুমোদিত হয়ে:

পিতা-মাতার অধিকার পাওয়ার অড অ্যাটর্নি (কপি সংযুক্ত করুন) আদালতের রায় (কপি সংযুক্ত করুন) স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রক্টি (কপি সংযুক্ত করুন)

অনুমোদিত প্রতিনিধির স্বাক্ষর

তারিখ স্বাক্ষরিত (মাস/দিন/বছর)

কর্মচারীর উচিত তার নিজস্ব রেকর্ডের জন্য একটি অনুলিপি রাখা।

গুরুতর স্বাস্থ্যের অবস্থা সহ পরিবারের সদস্যের পরিচর্যার জন্য স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর সার্টিফিকেশনের (ফর্ম PFL-4) নির্দেশাবলী

একজন গুরুতর স্বাস্থ্যের অবস্থা সহ পরিবারের সদস্যের যত্ন নেওয়ার জন্য পেইড ফ্যামিলি লিভের (PFL) অনুরোধকারী কর্মচারীকে অবশ্যই পারিবারিক ছুটির জন্য অনুরোধ (ফর্ম PFL-1) এর সাথে গুরুতর স্বাস্থ্যের অবস্থা সহ পরিবারের সদস্যের পরিচর্যার জন্য স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর সার্টিফিকেশন (ফর্ম PFL-4) জমা দিতে হবে।

কর্মচারী:

- তার নাম, জন্ম তারিখ, অন্যান্য পদবি যার অধীনে তারা কাজ করেছেন, যদি তা থেকে থাকে, সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর বা করদাতার সনাক্তকারী সংখ্যা (TIN) ইমেল ঠিকানা, এবং পরিচর্যা প্রাপকের (রোগীর) নাম এবং জন্মের তারিখ পৃষ্ঠা 1 এর উপরে লিখবেন।
- কর্মচারী তাদের নাম এবং জন্ম তারিখ, এবং পরিচর্যা গ্রহণকারীর (রোগীর) নাম এবং জন্ম তারিখ পৃষ্ঠা 2 এর উপরে লিখবেন।
- কর্মচারী গুরুতর স্বাস্থ্যের অবস্থা সহ পরিবারের সদস্যের পরিচর্যার জন্য স্বাস্থ্য পরিষেবা সরবরাহকারীর সার্টিফিকেশন (ফর্ম PFL-4) স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর কাছে দেবেন।

গুরুতর স্বাস্থ্যের অবস্থা পরিবারের সদস্যদের পরিচর্যা নেওয়ার জন্য স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর সার্টিফিকেশন (পরিচর্যার প্রাপক (রোগীর) জন্য স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী পূরণ করে উপরে সনাক্ত করা কর্মচারীকে ফেরত দেবেন)

রোগীর স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীকে সমস্ত প্রয়োজ্য অনুরোধকৃত তথ্য অবশ্যই পূরণ করতে হবে তা ঐচ্ছিক হিসাবে উল্লেখিত না হওয়া পর্যন্ত।

প্রশ্ন 2: ঐচ্ছিক ICD-10 কোড সুপারিশ করা হচ্ছে।

রোগীর স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীকে অবশ্যই গুরুতর স্বাস্থ্যের অবস্থা সহ পরিবারের সদস্যের পরিচর্যার জন্য স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর সার্টিফিকেশন (ফর্ম PFL-4) এর রোগীর তথ্য ও স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর বিভাগগুলি পূরণ করতে হবে।

স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী স্বাক্ষর এবং তারিখ লিখুন এবং তারপর PFL অনুরোধকারী কর্মচারীকে ফর্মটি ফেরত দিন।

যদি আপনি বিশ্বাস করেন যে রোগী PFL এর অনুরোধকারী কর্মচারীর দ্বারা নির্যাতন বা অবহেলার শিকার হয়েছেন তাহলে আপনি এই সার্টিফিকেশনটি প্রদান করতে অস্বীকার করতে পারেন।

কর্মচারী:

- আপনি যখন স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর কাছ থেকে পূরণ করা গুরুতর স্বাস্থ্যের অবস্থা সহ পরিবারের সদস্যের পরিচর্যার জন্য স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর সার্টিফিকেশন (ফর্ম PFL-4) পাবেন, তখন সম্পূর্ণ করা ফর্মগুলো এবং নথিপত্র বীমা বাহকের কাছে পাঠান।

নিউ ইয়র্ক ব্যক্তিগত গোপনীয়তা সুরক্ষা আইন (পাবলিক অফিসারস ল আর্টিকেল 6-A) এবং 1974 সালের ফেডারেল গোপনীয়তা আইন অনুসারে (5 USC 552a) বিজ্ঞপ্তি।

শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ বোর্ডের (বোর্ডের) অনুরোধ করার অধিকার যে কর্মচারীরা তাদের সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর বা ট্যাক্স আইডেনটিফিকেশন নম্বর সহ ব্যক্তিগত তথ্য সরবরাহ করেন, তা শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ আইন বিভাগ 142 এর অধীনে বোর্ডের প্রশাসনিক অধিকার থেকে প্রাপ্ত হয়। এই তথ্যগুলি তদন্ত এবং পরিচালনার ক্ষেত্রে বোর্ডকে সহায়তা করার পক্ষে সবচেয়ে সুবিধাজনক পদ্ধতি প্রদানের জন্য ও দাবিগুলির প্রক্রিয়াকরণের জন্য এবং সঠিক রেকর্ড বজায় রাখতে সহায়তা করার জন্য সংগৃহীত হয়। বোর্ডকে আপনার সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর বা ট্যাক্স আইডেনটিফিকেশন নম্বর সরবরাহ করা ঐচ্ছিক। বোর্ড যত তথ্য দখলে রাখে, সেই সকল ব্যক্তিগত তথ্যের গোপনীয়তা রক্ষা করবে, শুধুমাত্র সেগুলো অফিসিয়াল প্রয়োজনে এবং প্রয়োজ্য রাষ্ট্র এবং ফেডারেল আইন অনুসারে প্রকাশ করবে।



সবেতন পারিবারিক ছুটি

পেইড ফ্যামিলি লিভের জন্য অনুরোধ গুরুতর স্বাস্থ্যের অবস্থা সহ পরিবারের সদস্যের পরিচর্যার জন্য স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর সার্টিফিকেশনের (ফর্ম PFL-4) ফর্মের সাথে অন্তর্ভুক্ত নির্দেশাবলী

একজন কর্মচারীকে পূরণ করতে হবে

কর্মচারীর নাম (প্রথম নাম, মধ্যম আদ্যাক্ষর, পদবি)

কর্মচারীর জন্ম তারিখ (মাস/দিন/বছর)

অন্যান্য পদবি, যদি থাকে, যার অধীনে কর্মচারী কাজ করেছেন

কর্মচারীর সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর বা TIN

কর্মচারীর চিঠি পাঠাবার ঠিকানা

চিঠি পাঠানোর ঠিকানা

সিটি, স্টেট

জিপ কোড

দেশ (মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র না হলে)

পরিচর্যার প্রাপকের (রোগীর) নাম (প্রথম নাম, মধ্যম আদ্যাক্ষর, পদবি)

পরিচর্যার প্রাপকের (রোগীর) জন্ম তারিখ (মাস/দিন/বছর)

গুরুতর স্বাস্থ্যের অবস্থা পরিবারের সদস্যদের পরিচর্যা নেওয়ার জন্য স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর সার্টিফিকেশন (পরিচর্যার প্রাপক (রোগীর) জন্য স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী পূরণ করে উপরে সনাক্ত করা কর্মচারীকে ফেরত দেবেন)

পরিচর্যার প্রাপকের (রোগীর) তথ্য (স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে পূরণ করতে হবে)

1. বেতন সহ পারিবারিক ছুটি (PFL) অনুরোধকারী কর্মচারীকে কী রোগীর পরিচর্যা করতে হয়?

হ্যাঁ না (যদি না হয় এটি ছেড়ে, "স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর তথ্য"-তে চলে যান।)

দ্রষ্টব্য: এই বিভাগের উদ্দেশ্যের জন্য, "পরিচর্যা প্রদান করা" -র মধ্যে প্রয়োজনীয় শারীরিক পরিচর্যা, মানসিক সহায়তা, পরিদর্শন, চিকিৎসায় সহায়তা, পরিবহন, পরিচর্যার পরিবর্তনের ব্যবস্থা করা, প্রয়োজনীয় দৈনন্দিন জীবনযাত্রার সহায়তার দৈনন্দিন অপরিহার্য বিষয় এবং ব্যক্তিগত পরিচর্যা পরিষেবাদি অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে।

2. প্রাথমিক ICD-10 কোড (ঐচ্ছিক)

3. রোগ নির্ণয়

4. যে তারিখে রোগীর অবস্থা শুরু হয়েছে (মাস/দিন/বছর) / /

5. পরিচর্যার প্রথম তারিখ প্রয়োজন (মাস/দিন/বছর) / /

6. প্রত্যাশিত তারিখ যখন রোগীর আর পরিচর্যার প্রয়োজন হবে না (মাস/দিন/বছর) / /

7. রোগীর পরিচর্যার প্রয়োজনের আনুমানিক দিনের সংখ্যা প্রতি সপ্তাহে বা আনুমানিক দিনের সংখ্যা প্রতি মাসে দিন / সপ্তাহ বা দিন/মাস

স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর তথ্য (স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে পূরণ করতে হবে)

8. স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর নাম

ফর্ম PFL-4 পরের পৃষ্ঠায় অব্যাহত

একজন কর্মচারীকে পূরণ করতে হবে

কর্মচারীর নাম (প্রথম নাম, মধ্যম আদ্যাক্ষর, পদবি)

কর্মচারীর জন্ম তারিখ (মাস/দিন/বছর)

/ /

পরিচর্যার প্রাপকের (রোগীর) নাম (প্রথম নাম, মধ্যম আদ্যাক্ষর, পদবি)

পরিচর্যার প্রাপকের (রোগীর) জন্ম তারিখ (মাস/দিন/বছর)

/ /

পুরাতর স্বাস্থ্যের অবস্থা পরিবারের সদস্যদের পরিচর্যা নেওয়ার জন্য স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর সার্টিফিকেশন (পরিচর্যার প্রাপকের (রোগীর) জন্য স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী সম্পূর্ণ করবেন এবং উপরে শনাক্ত করা কর্মচারীকে ফেরত দেবেন) - আগের পৃষ্ঠা থেকে অব্যাহত

ফর্ম PFL-4 নির্দেশাবলী - পূর্ববর্তী পৃষ্ঠা থেকে অব্যাহত

9. স্বাস্থ্যের যত্ন প্রদানকারীর প্রকার:

মেডিকাল ডক্টর (MD)

ডেন্টিস্ট (DDS/DDM)

লাইসেন্সড সোশাল ওয়ার্কার (LMSW/LCSW)

ডক্টর অফ অস্টিওপ্যাথি (DO)

ফিজিশিয়ান অ্যাসিস্ট্যান্ট (PA)

অন্যান্য (নির্দিষ্ট করুন)

ডক্টর অফ পোডিয়াট্রিক মেডিসিন (DPM)

নার্স প্র্যাক্টিশনার (NP)

ডক্টর অফ কাইরোপ্র্যাক্টর মেডিসিন (DC)

লাইসেন্সড সাইকোলজিস্ট

10. স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর চিঠি পাঠানোর ঠিকানা

চিঠি পাঠানোর ঠিকানা

সিটি, স্টেট

জিপ কোড

দেশ (মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র না হলে)

11. স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর টেলিফোন নম্বর (অঞ্চল বা দেশের কোড প্রদান করুন) _____

12. স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর ফ্যাক্স নম্বর (অঞ্চল বা দেশের কোড প্রদান করুন) _____

13. স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর ইমেল পাঠানোর ঠিকানা (যদি উপলভ্য থাকে) _____

14. স্টেট বা দেশ (যদি মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র না হয়) জেকাফে স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী কাজ করার জন্য লাইসেন্সপ্রাপ্ত _____

15. বৈশিষ্ট্য _____

16. স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর লাইসেন্স নম্বর _____

সার্টিফিকেশন এবং স্বাক্ষর

কোনও ব্যক্তি যিনি জেনে শুনে এবং কোনও বিমা কোম্পানী বা অন্য ব্যক্তিকে প্রতারণা করার উদ্দেশ্যে কোনও বিমার আবেদন বা দাবির বিবৃতি দাখিল করেন যাতে বস্তুত মিথ্যা তথ্য থাকে বা বিভ্রান্তি সৃষ্টি করার উদ্দেশ্যে তথ্য গোপন করেন কোনো বাস্তবিক ক্ষেত্রে, তিনি বিমার ক্ষেত্রে একটি প্রতারণামূলক কাজ করছেন, যা একটি অপরাধ, এবং অনূর্ধ্ব পাঁচ হাজার ডলারের দেওয়ানি জরিমানা এবং প্রতিটি ধরনের লঙ্ঘনের জন্য দাবি করা মূল্যের ব্যক্ত মান অতিক্রম করবে না প্রতিটি লঙ্ঘনের জন্য এমন জরিমানার দন্ড পাবেন।

আমার স্বাক্ষর প্রত্যয়িত করে যে আমি এই ফর্মটিতে যে তথ্য প্রদান করেছি তা আমার পেশাদারী মূল্যায়নের উপর ভিত্তি করে এবং কাজের লাইসেন্সের আওতার মধ্যে পরে।

স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর স্বাক্ষর

তারিখ স্বাক্ষরিত (মাস/দিন/বছর)

/ /