



প্রক্রিয়াকরণে কোনো প্রকার বিলম্ব এড়াতে পৃষ্ঠা 2 এর নির্দেশাবলী মনোযোগ সহকারে পড়ুন। আপনাকে পাট A এর সকল প্রশ্ন এবং পাট B এর 1 থেকে 3 পর্যন্ত সকল প্রশ্নের উত্তর অবশ্যই প্রদান করতে হবে। স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদেরকে অবশ্যই পৃষ্ঠা 2 এর পাট B পূরণ করতে হবে।

**পাট A - দাবিদারের তথ্য** (অনুগ্রহ করে স্পষ্ট অক্ষরে লিখুন বা টাইপ করুন)

- নামের শেষাংশ: \_\_\_\_\_ নামের প্রথমাংশ: \_\_\_\_\_ মধ্যম আদ্যক্ষর: \_\_\_\_\_
- ডাকযোগের ঠিকানা: স্ট্রিট ও অ্যাপার্টমেন্ট # : \_\_\_\_\_  
সিটি: \_\_\_\_\_ স্টেট: \_\_\_\_\_ জিপ: \_\_\_\_\_
- দিবাকালীন ফোন # : \_\_\_\_\_ ইমেইল ঠিকানা: \_\_\_\_\_
- সোশ্যাল সিকিউরিটি # : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 5. জন্ম তারিখ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 6. লিঙ্গ:  পুরুষ  মহিলা  অন্যান্য
- আপনার প্রতিবন্ধিতার বর্ণনা দিন (যদি আঘাত পেয়ে থাকেন তাহলে ক্রীতাবে, কখন এবং ক্রমশঃ ঘটেছে তার বর্ণনা প্রদান করুন) : \_\_\_\_\_

- আপনি যে তারিখে প্রতিবন্ধী হয়েছেন: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ আপনি কি ৩ দিন কাজ করছিলেন?:  হ্যাঁ  না  
আপনি কি এই প্রতিবন্ধিতা থেকে সুস্থতা লাভ করেছেন?:  হ্যাঁ  না যদি হ্যাঁ হয়ে থাকে তাহলে যে তারিখে আপনি কাজে যোগদান করতে পেরেছিলেন: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
এরপর কি আপনি মজুরি বা বেতনের জন্য কাজ করেছেন?  হ্যাঁ  না যদি হ্যাঁ হয়ে থাকে তাহলে তারিখগুলো তালিকা করুন: \_\_\_\_\_
- প্রতিবন্ধিতার পূর্বে নিয়োগকর্তার নাম। যদি পূর্ববর্তী আট (৪) সপ্তাহে একজনের বেশি নিয়োগকর্তা হয়ে থাকেন, তাহলে সকল নিয়োগকর্তাদের নাম প্রদান করুন। গত আট (৪) সপ্তাহে আয় করা সমস্ত মজুরির উপরে সাপ্তাহিক গড় মজুরি ভিত্তি করে তৈরি।

প্রতিবন্ধিতার পূর্বে নিয়োগকর্তার নাম			কর্মসংস্থানের সময়কাল			সাপ্তাহিক গড় মজুরি (বোনাস, টিপ, কমিশন, বোর্ডের যৌক্তিক মান, ভাড়া ইত্যাদি)
ফর্ম বা ট্রেডের নাম	ঠিকানা	ফোন নম্বর	প্রথম দিন	শেষ কর্ম দিবস		
			মাস দিন বছর	মাস দিন বছর		
অন্যান্য নিয়োগকর্তা (গত আট (৪) সপ্তাহের সময়)			কর্মসংস্থানের সময়কাল			সাপ্তাহিক গড় মজুরি (বোনাস, টিপ, কমিশন, বোর্ডের যৌক্তিক মান, ভাড়া ইত্যাদি)
ফর্ম বা ট্রেডের নাম	ঠিকানা	ফোন নম্বর	প্রথম দিন	শেষ কর্ম দিবস		
			মাস দিন বছর	মাস দিন বছর		
			মাস দিন বছর	মাস দিন বছর		

- আমার কাজ আছে বা ছিল: \_\_\_\_\_ 11. ইউনিয়ন সদস্য:  হ্যাঁ  না “হ্যাঁ” হলে: \_\_\_\_\_  
পেশা \_\_\_\_\_ ইউনিয়নের নাম বা লোকাল নম্বর \_\_\_\_\_
- আপনি কি এই প্রতিবন্ধিতার পূর্বে বেকারত্ব দাবি বা গ্রহণ করছিলেন?  হ্যাঁ  না  
যদি আপনি দাবি **না করে থাকেন** অথবা দাবি করেছেন কিন্তু পূর্ববর্তী দিন কাজ করার পরও বেকারত্বের বিমা সুবিধা গ্রহণ করেছেন **না** তাহলে ব্যাখ্যা করুন: \_\_\_\_\_  
যদি আপনি বেকারত্ব সুবিধা গ্রহণ করে থাকেন, তাহলে যে যে সময়ে গ্রহণ করেছেন সে সময়সীমাগুলো উল্লেখ করুন: \_\_\_\_\_

- এই প্রতিবন্ধিতার দাবিতে অন্তর্ভুক্ত সময়ের জন্য:
  - আপনি কি মজুরি, বেতন বা পৃথকীকরণের বেতন গ্রহণ করেছেন?  হ্যাঁ  না
  - আপনি কি গ্রহণ বা দাবি করেছেন:
    - বেকারত্বের সুবিধা?  হ্যাঁ  না
    - পেইড ফ্যামিলি লিভ?  হ্যাঁ  না
    - কাজের সাথে জড়িত প্রতিবন্ধিতার জন্য শ্রমিকদের ক্ষতি পূরণ?  হ্যাঁ  না
    - মোটর গাড়ির নো-ফল্ট দুর্ঘটনা?  হ্যাঁ  না অথবা তৃতীয় পক্ষের সাথে জড়িত ব্যক্তিগত ক্ষতি?  হ্যাঁ  না
    - ফেডারেল সোশ্যাল সিকিউরিটি অ্যাক্টের অধীনে এই প্রতিবন্ধিতার জন্য দীর্ঘমেয়াদী প্রতিবন্ধিতার সুবিধাসমূহ?  হ্যাঁ  না

**যদি 13টি আইটেমের মধ্যে যেকোনো একটির উত্তর “হ্যাঁ” হয়, তাহলে নিম্নলিখিতটি পূরণ করুন:**  
আমি:  গ্রহণ করেছি  দাবি করেছি যেখান থেকে: \_\_\_\_\_ সময়কাল: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ শেষ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- আপনার প্রতিবন্ধিতা শুরু হওয়ার আগের বছরে (52 সপ্তাহ), আপনি কি অন্য কোনো প্রতিবন্ধিতার কারণে অন্য কোনো সময়কালের জন্য প্রতিবন্ধিতা সুবিধা গ্রহণ করেছেন?  হ্যাঁ  না  
যদি হ্যাঁ হয় তাহলে প্রদান করেছে: \_\_\_\_\_ শুরু: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ শেষ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- আপনার প্রতিবন্ধিতা শুরু হওয়ার আগের বছরে (52 সপ্তাহ), আপনি কি পেইড ফ্যামিলি লিভ গ্রহণ করেছেন?  হ্যাঁ  না  
যদি হ্যাঁ হয় তাহলে প্রদান করেছে: \_\_\_\_\_ শুরু: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ শেষ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- আপনি কাজে নিযুক্ত থাকতে বা তার শেষ দিনের চার সপ্তাহের মধ্যে যদি আপনি অক্ষম হয়ে থাকেন, তাহলে আপনার বিজ্ঞপ্তি বা প্রতিবন্ধিতা ফরমের অনুরোধ করার 5 দিনের মধ্যে আপনার নিয়োগকর্তা কি প্রতিবন্ধিতা আইনুযায়ী আপনার অধিকার প্রদান করেছেন?  হ্যাঁ  না

আমি এতদ্বারা প্রতিবন্ধিতা সুবিধা দাবি করছি এবং নিশ্চিত করছি যে দাবিতে অন্তর্ভুক্ত সময়ে আমি প্রতিবন্ধী ছিলাম। আমি এই ফরমের পৃষ্ঠা 2 এর নির্দেশাবলী পড়েছি এবং যেকোনো সঙ্গত বিবৃতি সহ উপরোক্ত বিবৃতিগুলি আমার জ্ঞান অনুযায়ী সত্য এবং সম্পূর্ণ।

দাবিদারের স্বাক্ষর \_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_

দাবিদার অপ্রাপ্তবয়স্ক, অপরিশ্রুত মানসিকতার বা অসমর্থ হলে আইনগতভাবে অনুমতিপ্রাপ্ত কোনো ব্যক্তি দাবিদারের পক্ষে স্বাক্ষর করতে পারেন। দাবিকারী ব্যক্তিত্ব স্বাক্ষরিত হলে, লিচে স্পষ্ট অক্ষরে তথ্য দিন এবং ফরম OC-110A, ‘দাবিকারীর ক্ষতি পূরণ শ্রমিকদের ক্ষতি পূরণ রেকর্ডগুলি প্রকাশ করার অনুমোদন’ পূরণ করুন ও জমা দিন।

**পার্ট B - স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর বিবৃতি** (অনুগ্রহ করে স্পষ্ট অক্ষরে লিখুন বা টাইপ করুন)

স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর বিবৃতি অবশ্যই সম্পূর্ণ করতে হবে। কর্তব্যরত স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী সম্পূর্ণ করবেন এবং দাবিদারের কাছে এই ফর্মের বসিদ পাওয়ার সাত (7) দিনের মধ্যে ফেরত দিবেন। আইটেম 7-d এর জন্য, আপনাকে অবশ্যই আনুমানিক তারিখ দিতে হবে। যদি গর্ভাবস্থা বা তার সংশ্লিষ্ট কারণে প্রতিবন্ধিতা হয়, তাহলে আইটেম 7-e তে সম্ভাব্য প্রসবের তারিখ প্রদান করুন। **অসম্পূর্ণ উত্তর সুবিধা পেতে বিলম্ব হওয়ার কারণ হতে পারে।**

1. নামের শেষাংশ: \_\_\_\_\_ নামের প্রথমাংশ: \_\_\_\_\_ মধ্যম আদ্যক্ষর: \_\_\_\_\_

2. লিঙ্গ:  পুরুষ  মহিলা  অন্যান্য 3. জন্ম তারিখ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

4. রোগ নির্ণয়/বিশ্লেষণ: \_\_\_\_\_ রোগ নির্ণয় কোড: \_\_\_\_\_

a. দাবিদারের লক্ষণ: \_\_\_\_\_

b. লক্ষণ দেখা গেছে: \_\_\_\_\_

5. দাবিদার কি হাসপাতালে ভর্তি হয়েছিলেন?  হ্যাঁ  না শুরু: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ শেষ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

6. অপারেশন করা হয়েছে কি?  হ্যাঁ  না a. ধরন \_\_\_\_\_ b. তারিখ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

7. নিচে তথ্যগুলির তারিখ লিখুন	মাস	দিন	বছর
a. এই প্রতিবন্ধিতার জন্য আপনার প্রথম চিকিৎসার তারিখ			
b. এই প্রতিবন্ধিতার জন্য আপনার সাম্প্রতিক চিকিৎসার তারিখ			
c. দাবিদারের এই প্রতিবন্ধিতার কারণে কাজ করতে না পারার তারিখ			
d. দাবিদার পুনরায় কাজ সম্পাদন করতে সক্ষম হওয়ার তারিখ (এমনকি যদি বিবেচ্য পন্ন বিদ্যমান থাকে তাহলে আনুমানিক তারিখ। অপরিচিত বা অনির্ধারিত শর্তাবলির ব্যবহার এড়িয়ে যান।)			
e. গর্ভাবস্থার সাথে সংশ্লিষ্ট হয়, তাহলে অনুগ্রহপূর্বক বক্সটিতে টিক চিহ্ন দিন <input type="checkbox"/> সম্ভাব্য প্রসবের তারিখ বা <input type="checkbox"/> প্রসবের সঠিক তারিখ			

8. আপনার মতে, এই প্রতিবন্ধিতাটি কি কর্মসংস্থান বা পেশাগত ব্যাধি থেকে উদ্ভূত ক্ষতির ফল?:

হ্যাঁ  না যদি “হ্যাঁ” হয়, তাহলে কি ফরম C-4 বোর্ডের সাথে পূরণ করা হয়েছে?  হ্যাঁ  না

**আমি স্বীকার করছি যে আমি একজন:**

(চিকিৎসক, চিরোপ্র্যাক্টর, ডেন্টিস্ট, পডিয়াট্রিস্ট, সাইকোলজিস্ট, নার্স-মিডওয়াইফ)	যে স্টেট থেকে লাইসেন্স বা সার্টিফিকেট পেয়েছেন	লাইসেন্স নম্বর
স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর স্পষ্ট অক্ষরে নাম	স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর স্বাক্ষর	তারিখ
স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর ঠিকানা		ফোন #

**দাবিদারের জন্য জরুরি বিজ্ঞপ্তি - এই নির্দেশাবলীসমূহ মনোযোগ সহকারে পড়ুন**

অনুগ্রহপূর্বক লক্ষ্য করুন: আপনার প্রতিবন্ধিতার প্রথম দিনের আগের তারিখ দেওয়া যাবে না ও ফরম দাখিল করা যাবে না। আপনার দাবি প্রক্রিয়াকরণের জন্য, পার্ট A এবং B পূরণ করা আবশ্যিক।

1. কর্মরত থাকা অবস্থায় অথবা চাকরি সমাপ্তি হওয়ার চার (4) সপ্তাহের মধ্যে প্রতিবন্ধী হওয়ার কারণে যদি আপনি এই ফরম ব্যবহার করে থাকেন, তাহলে আপনার প্রতিবন্ধিতার প্রথম দিন থেকে ত্রিশ (30) দিনের মধ্যে আপনার সম্পূর্ণকৃত দাবি আপনার নিয়োগকর্তা বা আপনার সর্বশেষ নিয়োগকর্তার ইনসুরেন্স ক্যারিয়ারের নিকট অবশ্যই প্রেরণ করতে হবে। এমপ্লয়ার কভারেজ সার্চ ব্যবহার করে আপনি শ্রমিকের ক্ষতি পূরণ বোর্ডের ওয়েবসাইট, [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov) এ আপনার নিয়োগকর্তার প্রতিবন্ধিতা বিমা ক্যারিয়ার খুঁজে বের করতে পারবেন।

2. যদি আপনি চার (4) সপ্তাহেরও বেশি দিনের বেকারত্বের পর প্রতিবন্ধী হওয়ার কারণে এই ফরমটি ব্যবহার করেন, তাহলে আপনার সম্পূর্ণ করা দাবি পাঠাতে হবে এই ঠিকানা: **Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029** পন্ন 13.B.3-তে যদি আপনি “হ্যাঁ” উত্তর দিয়ে থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে ফরম DB-450.1 সম্পূর্ণ করুন এবং সংযুক্ত করুন।

45 দিনের মধ্যে যদি আপনি কোনো প্রতিক্রিয়া না পেয়ে থাকেন বা যদি আপনার প্রতিবন্ধিতা সুবিধা দাবি সম্পর্কে কোনো প্রশ্ন থাকে তাহলে অনুগ্রহ করে আপনার নিয়োগকর্তার বিমা প্রদানকারীর সাথে যোগাযোগ করুন। প্রতিবন্ধিতা সংশ্লিষ্ট সুবিধাসমূহ সম্পর্কে সাধারণ তথ্যের জন্য, অনুগ্রহপূর্বক [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov) ওয়েবসাইটটি ভিজিট করুন অথবা (877) 632-4996 নম্বরে কল করে বোর্ডস ডিজিটালিটি বেনিফিটস ব্যুরোর সাথে যোগাযোগ করুন।

**এই বিজ্ঞপ্তিটি নিউইয়র্ক ব্যক্তিগত গোপনীয়তা সুরক্ষা আইন (পাবলিক অফিসার ল অর্টিকেল 6-A) এবং 1974 সালের ফেডারেল গোপনীয়তা আইন (5 U.S.C. § 552a) অনুসরণ করে।** ওয়ার্কার্স কম্পেনসেশন বোর্ড ( বোর্ডে ) এর কর্তৃপক্ষ দাবি করে যে দাবিদারগণ তাদের সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর ও ব্যক্তিগত তথ্য সরবরাহ করে, তারা শ্রমিকের ক্ষতিপূরণ আইন (Workers' Compensation Law, WCL) § 20 এর অধীনে বোর্ডের তদন্তকারী কর্তৃপক্ষ থেকে প্রাপ্ত এবং WCL § 142 এর অধীনে প্রশাসনিক কর্তৃপক্ষ থেকে প্রাপ্ত। এই তথ্য তদন্তের জন্য এবং সম্ভাব্য দাবির পক্ষে পরিচালনা করার জন্য এবং সঠিক দাবির রেকর্ড বজায় রাখতে সহায়তা করার জন্য এটি সংগ্রহ করা হয়। বোর্ডের নিকট আপনার সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বরটি প্রদান করুন। এই ফরমটিতে আপনার সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বরটি সরবরাহ করতে বাধ্য হলে, কোনো শাস্তি নেই; এটি আপনার দাবির প্রত্যাখ্যান বা সুবিধা হ্রাসের কারণ হবে না। বোর্ড তার ব্যক্তিগত অধিকার গোপনীয়তা রক্ষা করবে এবং এটি কেবল তার সরকারী কর্তব্যের প্রয়োজনে এবং প্রয়োজ্য রাষ্ট্র এবং ফেডারেল আইন অনুসারে প্রকাশ করবে।

**HIPAA বিজ্ঞপ্তি** - শ্রমিকের ক্ষতিপূরণ দাবি বা প্রতিবন্ধিতা সুবিধাগুলির দাবির নিষ্পত্তি করার জন্য, WCL 13-a (4) (a) এবং 12 NYCRR 325-1.3 স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে নিয়মিতভাবে বোর্ড এবং বিমা ক্যারিয়ার বা নিয়োগকর্তার সাথে চিকিৎসা সম্পর্কিত মেডিকেল রিপোর্টগুলি এবং বিমা প্রদানের প্রয়োজন হবে। 45 CFR অনুসারে 164.512 এই আইনভাবে প্রয়োজনীয় মেডিকেল রিপোর্ট স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশের উপর HIPAA এর বিধিনিষেধ থেকে মুক্ত।

**তথ্য প্রকাশ:** বোর্ড আপনার সম্মতি ব্যতীত যেকোনো অনুমোদনহীন পক্ষের কাছে আপনার কেস সম্পর্কিত কোনো তথ্য প্রকাশ করবে না। কোনো অনুমোদনহীন পক্ষের কাছে যদি আপনি তথ্য প্রকাশের সিদ্ধান্ত নিয়ে থাকেন, তবে প্রকৃত স্বাক্ষরসহ একটি OC-110A “Claimants Authorization to Disclose Workers' Compensation Records” ( শ্রমিকের ক্ষতিপূরণ রেকর্ড প্রকাশের জন্য দাবিদারের অনুমোদন ) ফরম আপনাকে বোর্ডে জমা দিতে হবে। এই ফরমটি WCB ওয়েবসাইটে ([www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov)) পাওয়া যাবে এবং “ফর্মস” লিঙ্কে ক্লিক করে প্রবেশ করতে পারবেন। যদি আপনার কাছে ইন্টারনেট সুবিধা না থাকে তাহলে এই ফরমের একটি কপি গ্রহণ করতে অনুগ্রহ করে (877) 632-4996 নম্বরে কল করুন অথবা আমাদের নিকটতম গ্রাহক সেবা কেন্দ্রে যোগাযোগ করুন। ফরম OC-110A এর পরিবর্তে, আপনি একটি স্বাক্ষরিত, সম্পাদিত অনুমোদন চিঠি জমা দিতে পারবেন।

একজন নিয়োগকর্তা বা বিমাকারী অথবা যেকোনো কর্মচারী বা বিমাকারীর পক্ষে একজন কর্মচারী, এজেন্ট বা ব্যক্তি যিনি এ ধরনের পেমেন্ট বা সুবিধার বিধান এডালোর উদ্দেশ্যে এই পরিচ্ছেদের অধীনস্থ যেকোনো সুবিধা বা পেমেন্টের রিপোর্টিং, তদন্ত বা দাবির নিষ্পত্তির কার্যধারায় প্রাসঙ্গিক সত্য হিসেবে তার জ্ঞাতসারেই মিথ্যা বিবৃতি বা বর্ণনা প্রদান করেন তাহলে সেটি ফৌজদারি অপরাধ হিসেবে গণ্য করা হবে এবং উপযুক্ত জরিমানা ও কারাদণ্ডের বিষয় হিসেবে গণ্য করা হবে।