

দাবির তথ্য - সকল ধরনের যোগাযোগ এই নম্বরগুলির অন্তর্ভুক্ত হতে হবে

আঘাত/অসুস্থতার তারিখ: _____ WCB কেস #: _____

আহত শ্রমিকের তথ্য নতুন ঠিকানা হলে টিক চিহ্ন দিন

নামের শেষাংশ: _____ নামের প্রথমাংশ: _____ মধ্য নামের আদ্যক্ষর: _____

যোগাযোগের ঠিকানা: _____ লাইন 2: _____

সিটি: _____ স্টেট: _____ জিপ কোড: _____ দেশ: USA

দিবাকালীন ফোন #: _____ ইমেইল ঠিকানা: _____

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

নিয়োগকর্তার তথ্য

নিয়োগকর্তার নাম: _____

যোগাযোগের ঠিকানা: _____ লাইন 2: _____

সিটি: _____ স্টেট: _____ জিপ কোড: _____ দেশ: USA

নিয়োগকর্তার ফোন: _____ ফেডারেল ট্যাক্স আইডি #: _____ ট্যাক্স আইডি # হলো (একটিতে টিক চিহ্ন দিন): SSN EIN

এই অনুরোধের কারণ - নির্দেশাবলি: প্রযোজ্য সকল বক্সে টিক চিহ্ন দিন। প্রত্যেক চেকবক্সের জন্য প্রযোজ্য অতিরিক্ত ফরম, মেডিক্যাল রিপোর্ট, পত্রাদি ইত্যাদি সংযুক্ত করা নিশ্চিত করুন। যদি অতিরিক্ত তথ্য ইতোমধ্যে জমা হয়ে থাকে তাহলে এটি সংযুক্ত করবেন না, তবে এটি বোর্ডে জমা হওয়ার ফরম নম্বর বা শিরোনাম এবং তারিখ এই ফরমের নিচে** খালি ঘরে দিয়ে শনাক্ত করতে চেষ্টা করুন। ফরমের নিচে স্বাক্ষর ও তারিখ দিন।

ক্ষতি পূরণ পরিশোধ:

ক. আমি _____ থেকে কাজ করছি না এবং পেমেন্ট পাচ্ছি না। **প্রতিবন্ধিতা নির্দেশিত মেডিক্যাল নথি প্রয়োজন।**

প্রযোজ্য সবগুলিতে টিক দিন করুন:

- কাজ সম্পর্কীয় একটি আঘাতের জন্য একটি দাবি আমি দাখিল করেছি।
 আমার নিয়োগকর্তা আমার মজুরি পরিশোধ করছেন না।
 আমার দাবি প্রত্যাখ্যান করা হয়নি।
 আমাকে ক্ষতিপূরণ থেকে বিরত রাখা হয়েছে এরকম সিদ্ধান্ত আমি পাইনি।
 আমি বিমাকারীর সাথে সমস্যাটি সমাধানের চেষ্টা করেছি।

খ. আমার পেমেন্ট বন্ধ করে দেওয়া হয়েছে বা হ্রাস করা হয়েছে।

গ. আমি পূর্ণ মজুরিতে _____ এ কাজ করতে ফিরে এসেছি।

ঘ. আমি আহত হওয়ার পূর্বে যেভাবে উপার্জন করতাম তার থেকে কম উপার্জন করছি। **আপনার ডাক্তারের কাছ থেকে নেওয়া বর্তমান বেতন স্টাব এবং মেডিক্যাল রিপোর্ট সংযুক্ত করুন।**

ঙ. দুর্ঘটনা/আহত হওয়ার তারিখে আমার দুই বা ততোধিক নিয়োগকর্তা (সমসাময়িক কর্মসংস্থান) ছিলেন। **আপনার আহত হওয়ার আগে সাপ্তাহিক মোট বেতন এবং হারানো সময় সম্পর্কিত দ্বিতীয় নিয়োগকর্তার বিবৃতি সংযুক্ত করুন।**

চ. আমি কারাগার থেকে _____ এ মুক্তি পেয়েছি এবং আমি পেমেন্ট পাচ্ছি না। **মেডিক্যাল প্রতিবন্ধকতা দেখায় এমন মেডিক্যাল রিপোর্ট এবং হেফাজত থেকে মুক্তির কাগজপত্র সংযুক্ত করুন।**

ছ. _____ তারিখে সিদ্ধান্ত দাখিলের সময়ে নির্দেশ অনুসারে আমাকে পাওনা পরিশোধ করা হচ্ছে না।

মেডিক্যাল সমস্যা:

জ. আমার পূর্বের অনুমোদনের অনুরোধ (PAR) বিমাকারী কর্তৃক প্রত্যাখ্যান হয়েছিল। **PAR প্রত্যাখ্যান সংযুক্ত করুন।**

WCB রায় দ্বারা পর্যালোচনার অনুরোধ করা যেতে পারে যদি:

প্রত্যাখ্যানের ধরন প্রশাসনিক বা এখতিয়ারবিহীন হতো।

প্রত্যাখ্যান কেন ভুল ছিল তা দেখায় এমন কোনো নথি সংযুক্ত করুন।

MTG বিশেষ পরিশোধ বা MTG ভ্যারিয়েন্স PAR চিকিৎসাগত কারণে প্রত্যাখ্যান করা হতো। (চিকিৎসা প্রদানকারী MDO পর্যালোচনা অনুসন্ধান করছেন না)

নন-এমটিজি \$1,000 PAR এর বেশি আংশিক মঞ্জুর করা হতো।

ঝ. আমার ওষুধপত্র, স্বাস্থী চিকিৎসা সরঞ্জাম, MTG ধরন বা MTG বিশেষ সেবা PAR-কে মেডিকেল ডিরেক্টরের অফিসে অগ্রাহ্য করা হয়েছে বা আংশিক অনুমোদন দেওয়া হয়েছে। **চিকিৎসা সংক্রান্ত "সিদ্ধান্তের নোটিশ" সংযুক্ত করুন।**

ঞ. আমার প্রতিবন্ধিতা বর্তমানে স্বাস্থী। **MMI/স্বাস্থী প্রতিবন্ধকতার ডাক্তারের রিপোর্ট সংযুক্ত করুন (ফরম C-4.3)।**

দুর্ঘটনার সময় আপনার বয়স 25 বছরের কম হলে এই বক্সটিতে টিক চিহ্ন দিন।

ট. আমার চিকিৎসাগত অবস্থার পরিবর্তন হয়েছে। **মেডিক্যাল ফরম সংযুক্ত করুন।**

ঠ. চিকিৎসা এবং পরিবহন প্রতিদানের জন্য আমার অনুরোধ প্রত্যাখ্যান করা হয়েছে বা শনাক্ত করা হয়নি। **রসিদ এবং ফরম C-257 সংযুক্ত করুন।**



অন্যান্য সমস্যাডি:

ড. আমার কাছে বোর্ডের অনুরোধ করা নতুন তথ্য এবং/অথবা তথ্য আছে (নথি সংযুক্ত করুন):

ঢ. অন্যান্য (নিচের শূন্যস্থানে ব্যাখ্যা করুন):

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

আহত শ্রমিকের স্বাক্ষর: _____ **তারিখ:** _____

আহত শ্রমিকদের প্রতি - এই ফরম ব্যবহারের উপর সাধারণ তথ্য

আপনি এই ফরম (RFA-1W) এবং শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ বোর্ডের সাথে যেকোনো সংযুক্তি দাখিল করতে পারেন যখন আপনি চান যে বোর্ড আপনার দাবির উপর একটি সুনির্দিষ্ট ব্যবস্থা গ্রহণ করুক অথবা যদি আপনার কোনো সমস্যা বা পরিস্থিতির জন্য বোর্ডকে সতর্ক করার প্রয়োজন হয় যা আপনার দাবির উপর প্রভাব ফেলছে। প্রায়শই অনুরোধ করা কাজ/পরিস্থিতিগুলির মধ্যে অনেকগুলি হয় ক্ষতিপূরণ প্রদানের সমস্যা হিসাবে (ক থেকে ছ আইটেমগুলি) বা চিকিৎসা সংক্রান্ত সমস্যোগুলি (জ থেকে ঝ আইটেমগুলি) তালিকাভুক্ত করা হয়েছে, তবে আপনি ঞ তালিকাভুক্তগুলির মধ্যে সীমাবদ্ধ নন। প্রযোজ্য সবগুলোতে টিক চিহ্ন দিন এবং/অথবা (ড বা ঢ)-এ প্রদত্ত শূন্যস্থানে অতিরিক্ত তথ্য বা ব্যাখ্যা সংযুক্ত করুন।

ফরম RFA-1W এর শীর্ষের শনাক্ত তথ্য সম্পূর্ণ করুন এবং ফরমটি সব প্রযোজ্য সংযুক্ত তথ্য সহ* পাঠান:

Workers' Compensation Board

PO Box 5205

Binghamton, NY 13902-5205

ইমেইলে দাখিলের ঠিকানা: wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov

বোর্ড যখন আপনার দাবির উপর পদক্ষেপ নেবে তখন আপনার সাথে এবং সকল পক্ষের সাথে যোগাযোগ করবে।

*প্রত্যেক চেক বক্সের পর আপনি মোটা হরফে প্রয়োজনীয় তথ্য পাবেন। উদাহরণস্বরূপ, যদি আপনি বোর্ডকে জানান যে আপনার প্রতিবন্ধিতা এখন স্থায়ী (বক্স ঞ), প্রয়োজনীয় তথ্য হলো, ডাক্তারের MMI/স্থায়ী প্রতিবন্ধকতার রিপোর্ট (ফরম C-4.3)।

আপনাকে অবশ্যই এই ফরমের একটি অনুলিপি বিমাকারী(গণ) এর কাছে পাঠাতে হবে অথবা সরাসরি নিয়োগকর্তা বা তার তৃতীয় পক্ষ প্রশাসকের কাছে পাঠাতে হবে যদি নিয়োগকর্তা স্ব-বিমাকৃত হন।

আপনার যদি অন্য কোনো উদ্বেগ থাকে, তাহলে আপনি (800) 580-6665 নম্বরে আহত কর্মীদের জন্য বোর্ডের অ্যাডভোকেটের সাথে যোগাযোগ করতে পারেন। অন্যান্য বোর্ড পরিষেবা সম্পর্কে অতিরিক্ত তথ্য বোর্ডের ওয়েবসাইটে পাওয়া যেতে পারে: www.wcb.ny.gov। আপনি যদি অনলাইনে আপনার দাবি অনুসরণ করতে চান, তবে আপনি eCase লিঙ্কের অধীনে বোর্ডের ওয়েবসাইটে উপলভ্য নিবন্ধন নির্দেশাবলী ব্যবহার করে eCase এর জন্য নিবন্ধন করতে পারেন।

আপনার আইনি প্রতিনিধিস্ব করার অধিকার আছে। কোনো আইনজীবী শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ দাবিতে প্রতিনিধিত্বের জন্য সরাসরি আপনার কাছে ফি নিতে পারবেন না। যদি আপনার দাবিতে একটি প্রাপ্তি থাকে, তবে যেকোনো আইনি ফি এর অনুরোধ অবশ্যই বোর্ড দ্বারা অনুমোদিত হবে এবং বিমাকারী আপনার প্রাপ্তি থেকে কেটে নেবে এবং সরাসরি আইনজীবীকে প্রদান করবে।

মেডিক্যাল ড্রিটমেন্ট - ঔষধ/টেকসই চিকিৎসা সরঞ্জাম/চিকিৎসা/পরীক্ষা - এই ফরমটি তখন ব্যবহার করা হয় যখন একটি মেডিক্যাল অনুরোধ প্রত্যাখ্যাত হয় এবং আপনি জ বক্সে তালিকাভুক্ত কারণগুলির মধ্যে একটি সম্পর্কে বোর্ডের কাছে সহায়তার জন্য অনুরোধ করছেন। যদি পূর্বের অনুমোদনের জন্য এখনও অনুরোধ করা না হয় এবং প্রয়োজন হয়, তাহলে আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে অবশ্যই একটি পূর্ব অনুমোদনের অনুরোধ (PAR) জমা দিতে হবে। পূর্বে অনুমোদনের অনুরোধ বা অবৈতনিক চিকিৎসা বিল জমা দেওয়ার বিষয়ে তথ্য WCB ওয়েবসাইট www.wcb.ny.gov-এ পাওয়া যাবে।

যেকোনো ব্যক্তি যিনি জেনেশুনে এবং প্রতারণার অভিপ্রায়ে উপস্থাপন করে, উপস্থাপন করা হতে পারে অথবা এমন জ্ঞান বা বিশ্বাসের সাথে প্রস্তুত করে যে এটি একজন বিমাকারীর কাছে বা স্ব-বিমাকারী দ্বারা যেকোনো তথ্য যা কোনো মিথ্যা উপাদান বিবৃতি ধারণ করে বা কোনো বস্তুগত সত্য গোপন করে তিনি একটি অপরাধের জন্য দোষী এবং যথেষ্ট জরিমানা ও কারাবাসের সাপেক্ষে দোষী সাব্যস্ত হবে।

নিউ ইয়র্কের ব্যক্তিগত গোপনীয়তা সুরক্ষা আইন (পাবলিক অফিসার ল আর্টিকেল 6-A) এবং 1974 সালের ফেডারেল প্রাইভেসি অ্যাক্ট (5 U.S.C. § 552a) অনুসারে বিস্তৃতি। শ্রমিক ক্ষতিপূরণ আইন (WCL) § 20 এবং WCL § 142 এর অধীনে এর প্রশাসনিক কর্তৃপক্ষের অধীনে বোর্ডের তদন্তকারী কর্তৃপক্ষের কাছ থেকে নেওয়া হয়েছে, আহত শ্রমিকদের তাদের সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর সহ ব্যক্তিগত তথ্য প্রদানের অনুরোধ করার জন্য শ্রমিক ক্ষতিপূরণ বোর্ডের (বোর্ডের) কর্তৃপক্ষ। বোর্ডকে সম্ভাব্য সব থেকে সমীচীন পদ্ধতিতে দাবি তদন্ত ও পরিচালনা করতে এবং সঠিক দাবির রেকর্ড বজায় রাখতে সাহায্য করতে এই তথ্য সংগ্রহ করা হয়। বোর্ডে আপনার সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর প্রদান করা হলো স্বৈচ্ছামূলক। এই ফরমে আপনার সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর প্রদান করতে ব্যর্থতার জন্য কোনো শাস্তি নেই; এটি আপনার দাবি প্রত্যাখ্যান বা সুবিধা হ্রাসের কারণ হবে না। বোর্ড তার দখলে থাকা সমস্ত ব্যক্তিগত তথ্যের গোপনীয়তা রক্ষা করবে, শুধুমাত্র তার অফিসিয়াল দায়িত্ব পালনের জন্য এবং প্রযোজ্য স্টেট ও ফেডারেল আইন অনুযায়ী এটি প্রকাশ করবে।