

নিউ ইয়র্ক স্টেট
Workers' Compensation Board

Workers' Compensation Board অনুমোদিত অনুমোদিত স্বাস্থ্যসেবা
প্রদানকারীর নির্বাচন করার অধিকার

আহত কর্মচারী নাম	আহত কর্মচারী এর সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর	দুর্ঘটনার তারিখ
নথি গোপনতার নাম এবং ঠিকানা		

আহত কর্মচারীকে:

আপনার কাজের সম্পর্কিত আঘাত বা অসুস্থতার চিকিৎসার জন্য আপনি কোনও চিকিৎসক, পিডিয়াট্রিস্ট, চিরোপ্যাঙ্কটর, অথবা মনোবৈজ্ঞানিক (একজন অনুমোদিত চিকিৎসকের কাছ থেকে রেফারাল হিসাবে) চয়ন করতে পারেন যিনি Workers' Compensation Board অনুমোদিত এবং শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ প্রদানকারী রোগীদের গ্রহণ করছেন।

আপনি যখন আপনার নিয়োগকর্তা বা তার কর্মীদের ক্ষতিপূরণ ক্ষতিপূরণ ক্যারিয়ারের সুপারিশকারী নেটওয়ার্ক বা প্রদানকারীর ব্যবহার করতে পারেন বা আপনার নিয়োগকর্তাকে আপনার পক্ষ থেকে কোনও সরবরাহকারীর অনুমতি দেওয়ার অনুমতি দিতে পারেন, তখন আপনি যে কোনও সময় বিপত্তি ছাড়াই আপনার স্বাস্থ্যসেবা সরবরাহকারীকে পরিবর্তন করতে পারেন আপনার কর্মীদের ক্ষতিপূরণ সুবিধা জন্য দাবি।

আহত কর্মচারীর

স্বাক্ষর

তারিখ সাক্ষী তারিখের

স্বাক্ষর

অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন: আপনার নিয়োগকর্তা যদি (i) ওয়ার্কার্স ক্ষতিপূরণ ক্ষতিপূরণ আইনের আর্টিকেল 10-A এর অধীনে একটি প্রত্যয়িত পছন্দের প্রদানকারী সংস্থা (পিপিও) তে অংশগ্রহণের জন্য এই সম্মতি ফর্মটিতে সাইন ইন করার প্রয়োজন হয় না, অথবা (ii) বিকল্প বিরোধ রেজল্যুশনতে অংশগ্রহণ করছেন (এডিআর) পাইলট প্রোগ্রাম শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ আইনের ধারা 25(2-c) এর অধীনে। জরুরি অবস্থা ব্যতীত এই সংবিধিবদ্ধ কর্মসূচি অনুসারে, আপনাকে কমপক্ষে শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণের আঘাত বা আপনার নিয়োগকর্তার দ্বারা নির্ধারিত প্রত্যয়িত নেটওয়ার্ক (গুলি) বা সরবরাহকারীর অসুস্থতার জন্য অন্তত প্রাথমিক চিকিৎসা গ্রহণ করতে হবে।

নিয়োগকর্তা যাও:

নিয়োগকর্তা এই স্বাক্ষরিত ফর্মটির একটি অনুলিপি সহ উপরে নামযুক্ত আহত কর্মচারীকে সরবরাহ করবেন এবং নিয়োগকর্তার রেকর্ডগুলিতে মূল ফর্ম বজায় রাখবেন যেখানে এটি Workers' Compensation Board দ্বারা যে কোনও সময়ে পরিদর্শন করা যেতে পারে। এই ফর্মটি Workers' Compensation Board এ জমা দেওয়া হবে না এবং এই কর্মচারীর কাজের সম্পর্কিত আঘাত বা অসুস্থতার ঘটনার পূর্বে এটি কার্যকর করা হবে না।

Workers' Compensation Board নিয়োগ এবং বৈষম্যহীন ব্যক্তিদের সেবা করে।