

নিউ ইয়র্ক স্টেট - Workers' Compensation Board

একটি মৃত্যুর মামলায় ক্ষতিপূরণ জন্য দাবি

প্রয়োজনীয় দস্তাবেজের কপি বোর্ডে জমা দেওয়া হলে এই দাবিটি আরও দ্রুত প্রক্রিয়াজুক্ত করা হবে। আপনার কাছে থাকা দস্তাবেজের কপি সংযুক্ত করুন। অন্যথায় কপি পান এবং তাদের প্রথম শুনানিতে আনতে। এই দাবি ফর্ম দায়ের বিলম্বিত করবেন না। নিম্নরূপ প্রয়োজনীয় নথি:

ক। মৃতের সঙ্গে চিকিৎসাধীন ডাক্তারের একটি মেডিকেল রিপোর্ট।

খ। মৃত্যু সনদ।

গ। সম্পর্কের প্রমাণ যেমন জন্ম শংসাপত্র, বিবাহের সার্টিফিকেট, গৃহীত কাগজপত্র ইত্যাদি।

ঘ। আইটেমকৃত অন্ত্যেষ্টিক্রিয়া বিল।

W.C.B. মামলা নং। (যদি জানা থাকে)	কারিয়ার কেস নং।	কারিয়ার কোড নং।	ডিসিডেন্টস এসওসি। এসইসি। কোল।	দাবির স্বাক্ষর এসইসি। কোল।	দুর্ঘটনার তারিখ
নাম			ঠিকানা (নং, রাস্তার, শহর, রাজ্য এবং জিপ কোড দিন)		কার্যক্ষম। না।
সম্প্রতি মৃত					
নিয়োগকর্তা					
কারিয়ার					
দাবিদার:					কার্যক্ষম। না।

আমি উপরে উল্লেখিত মৃত ব্যক্তির মৃত্যুর ফলে উদ্ভূত শ্রমিক Workers' Compensation Law আইন অনুসারে উপরে উল্লেখিত নিয়োগকর্তার নিয়োগে ক্ষতির ফলে সৃষ্ট ক্ষতিপূরণ হিসাবে দাবি করি এবং এই দাবির সমর্থনে নিম্নলিখিত তথ্য জমা দিই:

- 1 ক। মৃত্যু দিনে,
ঘটেছে (মৃত্যুর শংসাপত্র সংযুক্ত করুন, যদি উপলব্ধ)।
- খ। কিভাবে দুর্ঘটনা বা পেশাগত রোগ ঘটেছে পারে? (সম্পূর্ণরূপে বর্ণনা করুন, আহত ব্যক্তিটি পড়েছে, আঘাত পেয়েছে, ইত্যাদি ইত্যাদি) এবং কোন কারণ বা ঘটনাগুলি দুর্ঘটনায় অবতীর্ণ হয়েছে বা অবদান রেখেছে।
.....
.....
- গ। দুর্ঘটনা স্থান:
- ঘ। আঘাত ও শরীরের অংশ আহত প্রকৃতির:

দ্রষ্টব্য: যদি পাওয়া যায়, একটি মেডিকেল রিপোর্ট সংযুক্ত করুন।

	নাম	ঠিকানা
2 চিকিত্সক উপস্থিতি		
3 সর্বশেষ চিকিত্সক বা হাসপাতাল		
4 গঙ্গাপত্র		
5 স্বাক্ষরকারী বিল পরিশোধ করেছেন এমন ব্যক্তি		

- 6 আন্ডারটেকারের বিলের পরিমাণ \$ _____ অর্থ প্রদান করা হয়েছে, যদি \$ _____ থাকে (অন্ত্যেষ্টিক্রিয়া বিল সংযুক্ত করুন, যদি উপলব্ধ থাকে।)
- 7 দাবির জন্ম তারিখ _____ 8। মৃতের সাথে সম্পর্ক _____
- 9 18 বছর বয়সের কম বয়সী বা ২৩ বছরের কম বয়সী বাচ্চা এবং কোন স্বীকৃত শিক্ষা প্রতিষ্ঠানের মধ্যে পূর্ণ-সময়ের শিক্ষার্থী হিসাবে যোগদান এবং মৃত্যুর সাথে কি মৃত? হ্যাঁ না
- 10 মৃতের জীবিত বা নির্ভরশীলরা: (নির্দেশাবলীর জন্য বিপরীত দিক দেখুন)

নাম	ঠিকানা	জন্ম তারিখ	সম্পর্ক:

**(জন্মের শংসাপত্র, বিবাহের শংসাপত্র, গ্রহণপত্র, ইত্যাদি সম্পর্কিত সম্পর্কের প্রমাণ সংযুক্ত করুন)
(বিপরীত দিক নির্দেশাবলী দেখুন)**

যদি আপনার মৃত্যুর দাবি দাবি সম্পর্কে কোন প্রশ্ন থাকে, তাহলে WORKERS' COMPENSATION BOARD-র নিকটতম অফিসের সাথে যোগাযোগ করুন।

11 যদি আপনি স্বামী বা সন্তান নিযুক্ত হন তবে নিম্নোক্ত নিম্নলিখিত তথ্য প্রয়োগ করুন:

- ক। আপনি _____ দিনে _____, _____
দিনে _____ _____ তে মৃত ব্যক্তির সাথে বিবাহিত ছিলেন (বিবাহের শংসাপত্র সংযুক্ত করুন, যদি উপলব্ধ থাকে)।
(স্থান) ব্যক্তি সঞ্চালন অনুষ্ঠান
- খ। মৃত্যুর সময় 18 বছরের কম বয়সী শিশুদের সংখ্যা। _____
- গ। কমপক্ষে 18 বছর বয়সী শিশুদের কিন্তু 23 বছরের কম বয়সী, মৃত ব্যক্তির মৃত্যুর সময়ে কোন অনুমোদিত শিক্ষা প্রতিষ্ঠানের পূর্ণ সময়ের শিক্ষার্থী হিসাবে তালিকাভুক্ত এবং যোগদান _____

12 আপনি যদি বাতিল হয়ে যাওয়া স্পাউড হন তবে সামাজিক নিরাপত্তা আইনের অধীনে প্রাপ্ত বেঁচে থাকা বেঁচে থাকা ব্যক্তিদের বীমা সুবিধাগুলি, যদি থাকে তবে আপনার ভাগ নির্দেশ করুন। \$ _____ (যদি উপলব্ধ থাকে, তাহলে বেঁচে থাকা ব্যক্তিদের বীমা বেনিফিটের আপনার ভাগ বা পুরস্কারের পরিমাণ দেখানো চেকের অনুলিপি সহ সামাজিক সুরক্ষা পুরস্কার শংসাপত্রের অনুলিপি সংযুক্ত করুন।)

13 যদি আপনি 18 বছরের কম বয়সী বা 23 বছরের কম বয়সী শিশু বা কোন অনুমোদিত শিক্ষা প্রতিষ্ঠানের পূর্ণ সময়ের ছাত্র হিসাবে নিযুক্ত হন, তবে নিম্নোক্ত তথ্য লিখুন:

- ক। আপনি আপনার সমর্থনের জন্য মৃত উপর সম্পূর্ণরূপে বা আংশিকভাবে নির্ভরশীল ছিল? _____
- খ। আংশিকভাবে নির্ভরশীল, কি ডিগ্রী? _____
- গ। নিম্নরূপ আমি সম্পত্তি মালিকানা:
(1) রিয়েল এস্টেট, মূল্যের মূল্য \$ _____, যা থেকে আমি \$ _____ বার্ষিক আয় আয় করি
এবং যার উপর \$ _____ এর ঋণী।
(2) আপনি আয় কি অন্যন্য উত্স আছে? (প্রতিটি উৎসকে নাম দিন এবং প্রতিটি উত্স থেকে প্রাপ্ত অর্থ প্রদান করুন।)
সোর্স পরিমাণ

14 যদি আপনি একটি শিশু বা স্বতন্ত্র গ্র্যান্ডচিল্ড, পূর্বতন ভাই বা স্বতন্ত্র স্নাতকের, বয়স কম বয়সী 18 বছর কিন্তু 23 বছরের কম বয়সী এবং কোন অনুমোদিত শিক্ষা প্রতিষ্ঠানের পূর্ণ সময় শিক্ষার্থী হিসাবে তালিকাভুক্ত এবং উপস্থাপিত, নিম্নলিখিত তথ্য এবং সাক্ষাতকারের সাথে সাক্ষাৎকারটি প্রবেশ করান, যদি যেমন ইনস্টিটিউট থেকে উপলব্ধ।

শিক্ষার্থীর নাম ও শিক্ষা প্রতিষ্ঠান তারিখ এ্যাটেনডেন্স ঠিকানা শহরের নাম শুরু

যে কোনও ব্যক্তি যিনি জ্ঞাত এবং ইচ্ছাকৃতভাবে উপস্থাপন করতে চান, সেগুলি উপস্থাপন করা বা জ্ঞানের সাথে প্রস্তুত করা হয় বা বিশ্বাস করা হয় যে এটি উপস্থাপন করা হবে, অথবা কোনও ইনস্যুরার, বা স্বেচ্ছাসেবক, কোনও মিথ্যা উপাদান বিবৃতি ধারণ করে এমন কোন তথ্য বা কোনও উপাদান ঘটনাকে ধারণ করে একটি ফৌজদারি মামলা এবং পর্যাপ্ত ফিন এবং আনুগত্য সাপেক্ষে হতে হবে।

তারিখ _____ বারা স্বাক্ষরিত _____ বা _____
(দাবিদারের স্বাক্ষর) টেলি ফন নম্বর.
বারা স্বাক্ষরিত _____
(দাবিদার পক্ষ থেকে একজন ব্যক্তি) (সম্পর্ক) টেলি ফন নম্বর.

দাবীদার

ক। Workers' Compensation Law আইনের অধীন, মৃত্যুর ক্ষেত্রে ক্ষতিপূরণ দাবির দায়ে দায়ের করা যেতে পারে:

- 1 মৃতের পত্নী;
- 2 মৃত্যুর সময় 18 বছরের কম বয়সী শিশুদের মৃত্যুর সময়;
- 3 দুর্ঘটনার সময়ে সম্পূর্ণরূপে অন্ধ বা শারীরিকভাবে নিষ্ক্রিয় যে কোন বয়সের শিশু এবং যার নিষ্ক্রিয়তা মোট এবং স্থায়ী হয়;
- 4 মৃত্যুর সময় 18 বছরের কম বয়সী মৃতের ভাই ও বোন ও বোন এবং দুর্ঘটনার সময়ে মৃত্যুর জন্য সম্পূর্ণরূপে বা আংশিকভাবে নির্ভরশীল;
- 5 মাতৃগর্ভ ও মৃত্যুর দাদা যারা দুর্ঘটনার সময়ে মৃতের পক্ষে সম্পূর্ণ বা আংশিকভাবে নির্ভরশীল ছিলেন;
- 6 নিহত 23 বছরের কম বয়সী মৃতের সন্তান, নির্ভরশীল পিতামহ, নির্ভরশীল ভ্রাতৃগণ এবং নির্ভরশীল বোনো যারা 1 লা জানুয়ারী, 1978 তারিখের বা তার পরে কোনও অনুমোদিত শিক্ষা প্রতিষ্ঠানের মধ্যে পূর্ণ সময়ের শিক্ষার্থী হিসাবে যোগদান করে এবং অংশগ্রহণ করেন।

বি। পত্নী এবং সন্তানরা একক দাবি জমা দিতে পারে। প্রতিটি নির্ভরশীল পিতামহ, ভাই, বোন, পিতামাতা বা পিতামহ একটি পৃথক দাবি ফাইল করতে হবে।

নিউইয়র্ক ব্যক্তিগত গোপনীয়তা সুরক্ষা আইন অনুসারে বিজ্ঞপ্তি

(পাবলিক অফিসার ল আইন 6-A) এবং ফেডারেল প্রাইভেসি অ্যাক্ট 1974 (5 U.S.C. § 552a)।

Workers' Compensation Board's (বোর্ডের) কর্তৃপক্ষ দাবি করে যে দাবিবিদরা তাদের সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর সহ ব্যক্তিগত তথ্য সরবরাহ করে, তারা Workers' Compensation Law (WCL) § 20 এর অধীনে বোর্ডের তদন্তকারী কর্তৃপক্ষ থেকে প্রাপ্ত এবং WCL § 142 এর অধীনে তার প্রশাসনিক কর্তৃপক্ষ থেকে প্রাপ্ত। এই তথ্যটি তদন্তের জন্য এবং সম্ভাব্যতম দাবীগুলির পক্ষে দাবিগুলি পরিচালনা করার জন্য এবং সঠিক দাবি রেকর্ডগুলি বজায় রাখতে সহায়তা করার জন্য এটি সংগ্রহ করা হয়। বোর্ডে আপনার সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর সরবরাহ করা স্বেচ্ছাসেবক। এই ফর্মটিতে আপনার সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর সরবরাহ করতে ব্যর্থতার জন্য কোনও শাস্তি নেই; এটি আপনার দাবির অস্বীকার বা বেনিফিটের হ্রাসের ফলস্বরূপ নয়। বোর্ড তার ব্যক্তিগত অধিকার গোপনীয়তা রক্ষা করবে, শুধুমাত্র এটির অফিসিয়াল কর্তব্যগুলি এবং প্রয়োজ্য রাষ্ট্র এবং ফেডারেল আইন অনুসারে প্রকাশ করবে।

NYS Workers' Compensation Board
Centralized Mailing
PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5202

গ্রাহক সেবা টোল-ফ্রি নম্বর: 877-632-4996