

মজুরিগত আয়ের ক্ষমতার ক্ষতিপূরণ ভোকেশোনাল ডেটা ফর্ম

নিউ ইয়র্ক স্টেট - Workers' Compensation Board

এই ফর্ম পূরণ করার আগে, আপনি একটি আইনি প্রতিনিধি সাথে কথা বলতে পারেন। আপনি 1-800-580-6665 তে কল করতে পারেন, এবং আহত শ্রমিকদের জন্য বোর্ডের অ্যাডভোকেটের সাথে কথা বলার জন্য অনুরোধ করতে পারেন। দয়া করে সম্পূর্ণরূপে সব প্রশ্নের উত্তর দিন। প্রয়োজন হলে অতিরিক্ত পৃষ্ঠা সংযুক্ত করুন।

A. আপনার তথ্য

নাম: _____ WCB কেস # (যদি জানা থাকে): _____
প্রথম শেষ এমআই

ঠিকানা: _____
নম্বর এবং রাস্তা শহর রাজ্য জিপ কোড

জন্ম তারিখ: _____ সোশাল সিকিউরিটি #: _____ আঘাত/অঙ্গহানির তারিখ: _____

B. আপনার শিক্ষা (শিক্ষার সর্বোচ্চ স্তর নির্বাচন করুন)

উচ্চ বিদ্যালয়ের চেয়ে কম উচ্চ বিদ্যালয় ডিপ্লোমা বা GED কিছু কলেজের শিক্ষা কলেজ গ্রাজুয়েট

আপনি কোন দেশে আপনার সর্বোচ্চ স্তরের শিক্ষা অর্জন করেছেন: মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র অন্যান্য (দয়া করে নির্দিষ্ট করুন) _____

আপনি কোন বিশেষ কাজের প্রশিক্ষণ পেয়েছেন বা শিক্ষানবিশ ছিলেন? হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ হয়, প্রশিক্ষণের ধরণ লিখুন: _____

সমাপ্ত হওয়ার তারিখ: _____ যে সার্টিফিকেশন/লাইসেন্স পেয়েছেন: _____

সার্টিফিকেশন/লাইসেন্স মেয়াদ শেষ হওয়ার তারিখ (গুলি): _____

আপনি মার্কিন সামরিক বাহিনীতে পরিষেবা দিয়েছেন? হ্যাঁ না শাখা: _____ তারিখ: _____

মার্কিন সামরিক বাহিনীতে থাকার সময় বিশেষ প্রশিক্ষণ: _____

দয়া করে কোন অতিরিক্ত প্রশিক্ষণ সম্পর্কে লিখুন। স্কুল/প্রোগ্রামের নাম, প্রশিক্ষণের তারিখ এবং অর্জিত কোনও ডিগ্রী বা সার্টিফিকেট অন্তর্ভুক্ত করুন।

C. আপনার কাজের অভিজ্ঞতা

গত 10 বছর ধরে সমস্ত কাজের শিরোনামগুলির তালিকা (যেমন গুদাম কর্মী, পাচক), সাম্প্রতিকগুলিকে প্রথমে লিখুন। প্রয়োজন হলে অতিরিক্ত পৃষ্ঠা সংযুক্ত করুন।

কাজের শিরোনাম: _____

কাজের দায়িত্ব: _____

এই কাজের সময়কাল (বছরে): _____

কাজের শিরোনাম: _____

কাজের দায়িত্ব: _____

এই কাজের সময়কাল (বছরে): _____

কাজের শিরোনাম: _____

কাজের দায়িত্ব: _____

এই কাজের সময়কাল (বছরে): _____

D. আপনার জ্ঞান এবং ইংরেজি ভাষা ব্যবহার

ক্ষমতা মাত্রা নির্বাচন করুন: বলতে পারেন ভালো খুব ভালো একেবারেই না
পড়তে পারেন ভালো খুব ভালো একেবারেই না
লিখতে পারেন ভালো খুব ভালো একেবারেই না

যে তথ্য আমি প্রদান করছি তা আমার জ্ঞান এবং বিশ্বাস অনুযায়ী সত্য এবং সঠিক। এই ফর্মটি শপথভঙ্গের দন্ডের অধীনে স্বাক্ষরিত হয়।

দাবিদারের স্বাক্ষর: _____

দাবিদারের নাম (পরিষ্কারভাবে প্রিন্ট করুন): _____

তারিখ: _____

ফর্ম পূরণের জন্য নির্দেশাবলী VDF-1, “মজুরিগত আয়ের ক্ষমতার ক্ষতিপূরণ - ভোকেশনাল ডেটা ফর্ম”

দয়া করে সম্পূর্ণরূপে সব প্রশ্নের উত্তর দিন। প্রয়োজন হলে অতিরিক্ত পৃষ্ঠা সংযুক্ত করুন। নীচে দেওয়া ঠিকানায় Workers' Compensation Board এ এই ফর্মটি পাঠান। এই ফর্ম পূরণ করার আগে, আপনি একজন আইনি প্রতিনিধির সাথে কথা বলতে পারেন। আপনি 1-800-580-6665 কল করতে পারেন, এবং আহত শ্রমিকদের জন্য বোর্ডের অ্যাডভোকেটের সাথে কথা বলার অনুরোধ করতে পারেন। এই ফর্মের তথ্যগুলি মজুরি উপার্জন ক্ষমতার আপনার ক্ষতিপূরণ নির্ধারণ করতে ব্যবহার করা হবে।

যদি আপনার কাছে Workers' Compensation Board-র কেস নম্বর না থাকে বা আপনি না জানেন, তবে দয়া করে এই ফর্মটিকে খালি রাখুন। এটির আপনার দাবির প্রক্রিয়াকরণের জন্য প্রয়োজন হয় না। আপনার নাম এবং আপনার আঘাত বা অসুস্থতার তারিখ লিখতে ভুলবেন না।

বিভাগ A - আপনার তথ্য:

- আপনার পুরো নাম লিখুন। প্রথম নাম, মধ্যবর্তী আদ্যক্ষর, এবং শেষ নাম অন্তর্ভুক্ত করুন।
- আপনার Workers' Compensation Board-র কেস নম্বর লিখুন, জানা থাকলে।
- আপনার মেইলিং ঠিকানা লিখুন। P.O. অন্তর্ভুক্ত করুন বন্ধ, যদি প্রযোজ্য হয়, শহর বা টাউন, রাজ্য, এবং জিপ কোড।
- আপনার জন্ম তারিখ লিখুন।
- আপনার সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর লিখুন। আপনার দাবিটিকে দ্রুততর পরিষেবা প্রদানে সহায়তা করার জন্য এটি গুরুত্বপূর্ণ।
- আঘাতের তারিখ লিখুন।

বিভাগ B - আপনার শিক্ষা:

- আপনি অর্জিত উচ্চতর শিক্ষা স্তরের পাশের বক্স চেক করুন।
- আপনি যদি কোন বিশেষ প্রশিক্ষণের শিক্ষানবিশ সম্পন্ন করে থাকেন তবে "হ্যাঁ" তে চেক করুন। আপনি না করে থাকলে "না" তে চেক করুন। আপনি যদি "হ্যাঁ" উত্তর দেন, প্রশিক্ষণ এবং শিক্ষানবিশের ধরণ তালিকাভুক্ত করুন। প্রশিক্ষণ বা শিক্ষানবিশ কাল সম্পন্ন হওয়ার তারিখ প্রদান করুন। প্রাপ্ত কোন শংসাপত্র বা লাইসেন্স এবং এগুলির মেয়াদের শেষ তারিখ তালিকাভুক্ত করুন।
- আপনি যদি মার্কিন সামরিক বাহিনীতে কাজ করে থাকেন তবে "হ্যাঁ" তে চেক করুন। আপনি না করে থাকলে "না" তে চেক করুন। আপনি যদি প্রশ্রটির "হ্যাঁ" উত্তর দেন, সে ক্ষেত্রে আপনি যে সামরিক বাহিনীতে কাজ করেছিলেন তা সনাক্ত করুন। কাজ করার তারিখ পূরণ করুন। আপনি পেয়েছেন এমন কোন পেশাগত এবং/অথবা বিশেষ প্রশিক্ষণ তালিকাভুক্ত করুন।
- আপনি উপরে তালিকাভুক্ত নয় এমন কোন অতিরিক্ত প্রশিক্ষণ সম্পন্ন করে থাকলে, আপনি প্রাপ্ত প্রশিক্ষণের ধরন তালিকাভুক্ত করুন। আপনি অর্জিত কোন ডিগ্রী বা সার্টিফিকেট উল্লেখ করুন।

বিভাগ C - আপনার কাজের অভিজ্ঞতা:

- আপনার সাম্প্রতিক কাজের শিরোনামটিকে তালিকাভুক্ত করুন (যেমন গুদাম কর্মী, পাচক)। আপনি যদি একাধিক নিয়োগকর্তার সাথে এই কাজটি করে থাকেন তবে এটিকে একবারে তালিকাভুক্ত করুন।
- আপনার সাধারণ কর্মের ক্রিয়াকলাপ এবং কর্তব্যগুলি তালিকাভুক্ত করুন।
- কতদিন আপনি এই কাজ করেছেন তা বলুন।

বিভাগ D - আপনার জ্ঞান এবং ইংরেজি ভাষার ব্যবহার:

- আপনার জ্ঞান এবং ইংরেজি ভাষার ব্যবহার উল্লেখ করুন।

Workers' Compensation Board এ স্বাক্ষর করা, আসল জমা করুন এবং আপনার রেকর্ডের জন্য একটি কপি রাখুন।

একটি সম্ভাব্য নিয়োগকর্তার কাছে আপনার কর্মীদের ক্ষতিপূরণের রেকর্ড আপনাকে দেখানোর প্রয়োজন হয় না। কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ আইন সেকশন 110-a দেখুন।

কিভাবে এই ফর্ম ফাইল করবেন

বীমা ক্যারিয়ারে একটি প্রতিলিপি সহ নীচের ঠিকানায় সরাসরি Workers' Compensation Board এ পাঠিয়ে রিপোর্ট জমা দিতে হবে। রিপোর্টগুলি বোর্ডের রাজ্যব্যাপী ফ্যাক্স নম্বর, 1-877-533-0337-তে ফ্যাসিমাইলের মাধ্যমে ফাইল করা যেতে পারে। অতিরিক্ত নথি সংযুক্ত করার সময়, প্রতি পৃষ্ঠায় বোর্ডের কেস নম্বর (WCB #) অন্তর্ভুক্ত করুন।

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