NEW YORK STATE | Workers' Compensation Board

PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5205

গ্রাহক পরিষেবার টোল-ফ্রি লাইন: 877-632-4996
স্টেটব্যাপী ফ্যাক্স লাইন: 877-533-0337
www.wcb.ny.gov

W.C.B. মামলা নম্বর ______

ক্যারিয়ারের মামলা নম্বর ______

দাবিকারীর SOC.SEC. নম্বর ______

একটিতে টিক দিন:
- ☐ শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ
- ☐ স্বেচ্ছাসেবক অগ্নিনির্বাপক কর্মী
- ☐ স্বেচ্ছাসেবক অ্যাম্বুলেন্স কর্মী

ক্ষতিপূরণ দাবি এবং তৃতীয় পক্ষের অ্যাকশন শুরু করা সংক্রান্ত বিজ্ঞপ্তি (এই বিজ্ঞপ্তিটি অবশ্যই কার্যক্রম শুরু হওয়ার 30 দিনের মধ্যে সভাপতি, ওয়ার্কার্স কমপেনসেশন বোর্ড, নিয়োগকর্তা এবং নিয়োগকর্তার বিমা ক্যারিয়ার বরাবর প্রদান করতে হবে।)

1. আহত বা মৃত ব্যক্তির নাম ______

2. ঠিকানা ______
(রাস্তার নাম ও নম্বর) (সিটি বা শহর) (স্টেট) (জিপ কোড)

3. *নিয়োগকর্তার নাম ______
* স্বেচ্ছাসেবক অগ্নিনির্বাপক কর্মী এবং স্বেচ্ছাসেবক অ্যাম্বুলেন্স কর্মীদের সুবিধার ক্ষেত্রে, দায়বদ্ধ রাজনৈতিক উপবিভাগ (বা অনুমোদোনহীন অ্যাম্বুলেন্স পরিষেবা যা সংজ্ঞায়িত ধারা 30,VFBL বা ধারা 30 VAWBL)-কে "নিয়োগকারী" হিসেবে বিবেচনা করা হয়।

4. ঠিকানা ______
(রাস্তার নাম ও নম্বর) (সিটি বা শহর) (স্টেট) (জিপ কোড)

5. নিয়োগকর্তার বিমা ক্যারিয়ার ______

6. ঠিকানা ______
(রাস্তার নাম ও নম্বর) (সিটি বা শহর) (স্টেট) (জিপ কোড)

7. দুর্ঘটনার তারিখ ______ 8. দুর্ঘটনার স্থান ______

9. দুর্ঘটনার কারণ ______

______

______

10. আঘাতের ধরন ______

______

11. সেবাদানকারী ডাক্তার বা ভর্তি হওয়া হাসপাতালের নাম ______ 12. ঠিকানা ______

13. কার্যকর্ম শুরু হয় ______ তারিখে ______
(মাস, দিন ও বছর)

______ কাউন্টি, ______ স্টেট কোর্টে, ______ এর বিরুদ্ধে
(তৃতীয় পক্ষের নাম)

14. অ্যাটর্নির নাম ______ টেলিফোন নম্বর ______

15. ঠিকানা ______

আমি, (আমরা) নিম্নস্বাক্ষরকারী, এতদ্বারা বিজ্ঞপ্তি প্রকাশ করছি যে তৃতীয় পক্ষ বা পক্ষসমূহের বিরুদ্ধে ব্যবস্থা নেওয়া শুরু হয়েছে এবং এর মাধ্যমে শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ আইনের অধীনে আমার (আমাদের) সমস্ত সুবিধা প্রাপ্তির দাবি জানাচ্ছি। সংশোধিত (ধারা 20, VFBL এবং ধারা 20, VAWBL) শ্রমিক ক্ষতিপূরণ আইনের ধারা 29 এর বিধান অনুসারে এই নোটিশটি প্রদান করা হয়েছে।

যেকোনো ব্যক্তি যে জেনেশুনে এবং প্রতারণামূলক প্রকাশ, উপস্থাপনার অভিপ্রায়ে বা এই জ্ঞান বা বিশ্বাস নিয়ে প্রস্তুত করে যে এটি একটি বিমাকারী বা নিজস্ব-বিমাকারীর কাছে উপস্থাপন করা হবে, মিথ্যা সংশ্লিষ্ট বিবৃতি ধারণকারী যেকোনো তথ্য বা কোনো বস্তুগত তথ্য গোপন করে সেক্ষেত্রে সেই ব্যক্তি দোষী সাব্যস্ত হবে এবং নির্ধারিত জরিমানা ও কারাবাসের শাস্তি ভোগ করবে।

তারিখ ______ দাবিকারীর স্বাক্ষর ______ টেলিফোন নম্বর ______

মৃত ব্যক্তির সুবিধা প্রাপ্তির জন্য যদি দাবিটি করা হয় তাহলে নির্ভরশীল ব্যক্তিদেরকে অবশ্যই এই ফরমের এই দিকটি এবং বিপরীত দিকটি পূরণ করতে হবে। দাবিকারীর তথ্য জানতে বিপরীত দিকটি দেখুন।

এই সংস্থাটি বৈষম্য ছাড়াই প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের নিযুক্ত করে এবং তাদের সেবা প্রদান করে।

মৃত্যুজনিত ক্ষেত্রে নিম্নলিখিত বিষয়গুলো পূরণ করুন

1. মৃত্যুর তারিখ ______________________ 2. মৃত্যুর কারণ ______________________

____

3. সর্বশেষ সেবাদানকারী ডাক্তার বা ভর্তি হওয়া হাসপাতালের নাম______________ 4. ঠিকানা ______________

(নিম্নোক্ত সমস্ত নির্ভরশীল যারা তৃতীয় পক্ষের বিরুদ্ধে মামলা করতে ইচ্ছুক):

(নাম)	(ঠিকানা)	(জন্ম তারিখ)	(মৃত ব্যক্তির সাথে সম্পর্ক)

দাবিকারী সম্পর্কিত তথ্য

যদি একজন কর্মচারী, কর্মক্ষেত্রে সহকর্মী (বা নিয়োগকর্তার বিমা ক্যারিয়ার বা কর্মচারী ইউনিয়নের কর্মচারী) ব্যতীত অন্য কারো অবহেলা বা দোষের কারণে আহত বা নিহত হয়ে থাকেন সেক্ষেত্রে তিনি বা তার সংবিধিবদ্ধ নির্ভরশীল ব্যক্তিবর্গ শ্রমিক ক্ষতিপূরণ সুবিধা গ্রহণের পাশাপাশি আহত বা নিহত হওয়ার জন্য দায়ী অন্যান্য ব্যক্তির বিরুদ্ধে মামলা করতে পারেন। এই ধরনের অন্যান্য ব্যক্তিকে তৃতীয় পক্ষ বলা হয় এবং তার বিরুদ্ধে যেকোনো মামলা বা অন্যান্য কার্যক্রমকে তৃতীয় পক্ষের অ্যাকশন হিসেবে উল্লেখ করা হয়।

তৃতীয় পক্ষের এই অ্যাকশন অবশ্যই ক্ষতিপূরণ প্রদানের ছয় মাসের মধ্যে শুরু করতে হবে তবে সেটি দুর্ঘটনা ঘটার এক বছরের পরে নয় (ব্যতিক্রম ক্ষেত্রে নিচের “অ্যাসাইনমেন্ট” দেখুন)। ক্ষতিপূরণের পরিমাণ ও প্রদত্ত চিকিৎসা ব্যয়ের পরিমাণে তৃতীয় পক্ষের কাছ থেকে দাবিকারীর প্রকৃতপক্ষে সংগৃহীত নেট পরিমাণের উপর নিয়োগকর্তার (বা তার বিমা ক্যারিয়ার) একটি পূর্বস্বত্ব থাকবে।

তৃতীয় পক্ষের অ্যাকশন শুরু করার ত্রিশ দিনের মধ্যে, আপনার দ্বারা পূরণকৃত ও স্বাক্ষরিত এই ফরমটির একটি অনুলিপি নিম্নলিখিত প্রত্যেক ব্যক্তি বরাবর জমা দিতে হবে:

1. শ্রমিক ক্ষতিপূরণ বোর্ডের সভাপতি।
2. নিয়োগকর্তা।
3. নিয়োগকর্তার বিমা ক্যারিয়ার, অন্য কেউ থাকলে।

অ্যাসাইনমেন্ট

যদি দাবিকারী মামলা না করেন এবং নিয়োগকর্তা বা বিমা ক্যারিয়ার এক বছরের মেয়াদ শেষ হওয়ার 30 দিন আগে দাবিকারীকে সরাসরি বা নিবন্ধিত মেইলের মাধ্যমে একটি লিখিত নোটিশ পাঠিয়ে থাকেন তাহলে তৃতীয় পক্ষের অ্যাকশনের জন্য দাবিকারীর অধিকার নিয়োগকর্তার নিকট অর্পণ করা হবে, যদি না, দাবিকারী বছরের শেষ নাগাদ তৃতীয় পক্ষের অ্যাকশন শুরু না করে।

নিয়োগদাতা যদি লিখিত বিজ্ঞপ্তি দিতে ব্যর্থ হন, দাবিদারের জন্য মামলা শুরু করার সময় এক বছরের সীমা অতিক্রম করে এবং দাবিদার এই বিজ্ঞপ্তি প্রাপ্তির 30 দিন সময়কালের ভিতরে তৃতীয় পক্ষ পদক্ষেপ গ্রহণ না করলে এই অ্যাসাইনমেন্ট কার্যকর থাকবে- নিয়োগকর্তা বা বিমা প্রদানকারীর পক্ষ থেকে এই লিখিত বিজ্ঞপ্তি ডাকযোগে প্রেরণের 30 দিন অতিক্রম না হওয়া পর্যন্ত বর্ধিত হয়।

যদি নিয়োগকর্তা বা বিমা ক্যারিয়ার, যেমন- একজন প্রতিনিধি, তৃতীয় পক্ষের কাছ থেকে প্রাপ্ত পরিমাণ, বিচারের মাধ্যমে বা অন্য উপায়ে, নিম্নোক্ত পরিমাণের চাইতে বেশি হয়:

1. ক্ষতিপূরণের পুরস্কার এবং
2. ক্যারিয়ার প্রদত্ত চিকিৎসা ব্যয় এবং
3. আরোগ্য লাভের প্রয়োজনীয় ও যুক্তিসঙ্গত ব্যয়; তারপর এই ধরনের অতিরিক্ত দুই-তৃতীয়াংশ দ্রুত দাবিকারীকে (বা নির্ভরশীল ব্যক্তিদের) প্রদান করা হবে।

আইন মেনে চলা দাবিকারীকে তৃতীয় পক্ষের বিরুদ্ধে ব্যবস্থা গ্রহণের পরেও শ্রমিক ক্ষতিপূরণের সম্পূর্ণ সুবিধার সমান অর্থ পাওয়ার আশ্বাস দেওয়া হয়। যদি দাবিকারীর প্রাপ্ত এবং প্রকৃতপক্ষে সংগৃহীত অর্থের পরিমাণ দাবীকারীর (বা নির্ভরশীল) ক্ষতিপূরণ পুরস্কারের প্রাপ্ত পরিমাণের চেয়ে কম হয়, তাহলে নিয়োগকর্তা বা বিমা ক্যারিয়ারকে দাবিকারী (বা নির্ভরশীল ব্যক্তিদের) কর্তৃক প্রকৃতপক্ষে সংগৃহীত পরিমাণ এবং শ্রমিক ক্ষতিপূরণের পরিমাণের মধ্যে ঘাটতি (পার্থক্য) পূরণে ভূমিকা রাখতে হবে।

সতর্কতা – দাবিকারী (বা নির্ভরশীল ব্যক্তিদের) কর্তৃক তৃতীয় পক্ষের অ্যাকশন নিষ্পত্তি।

আপনার ঘাটতিমূলক ক্ষতিপূরণের অধিকার সংরক্ষণের জন্য, দাবিকারী (বা নির্ভরশীল ব্যক্তি) তৃতীয় পক্ষের বিরুদ্ধে অ্যাকশন নিষ্পত্তি করতে পারে না যদি না:

1. তিনি প্রথমে নিয়োগকর্তা বা বিমা ক্যারিয়ারের লিখিত অনুমোদন পেয়ে থাকেন বা
2. আদালতের বিচারক কর্তৃক প্রণীত আপসীয় আদেশ অনুসারে দাবিটি নিষ্পত্তি করা হয় যার কারণে তৃতীয় পক্ষের অ্যাকশনটি বিচারাধীন রয়েছে।

(উৎস: শ্রমিক ক্ষতিপূরণ আইন, ধারা 29. সংশোধিত, কার্যকর 1 সেপ্টেম্বর, 1967 এবং ধারা 20, VFBL এবং ধারা 20, VAWBL)।

নিউ ইয়র্কের ব্যক্তিগত গোপনীয়তা সুরক্ষা আইন (পাবলিক অফিসার ল আর্টিকেল 6-A) এবং ফেডারেল প্রাইভেসি অ্যাক্ট 1974 (5 U.S.C. ধারা 552a) অনুসারে বিজ্ঞপ্তি।

ওয়ার্কার্স কম্পেনসেশন বোর্ড ("বোর্ড") কর্তৃপক্ষ শ্রমিক ক্ষতিপূরণ আইনের ধারা 20 ও 142 অনুযায়ী দাবিকারীদের কাছ থেকে ব্যক্তিগত তথ্যের অনুরোধ করতে পারবে। কার্যকরভাবে দাবি প্রক্রিয়াকরণে বোর্ডকে সহায়তা এবং দাবির সঠিক রেকর্ড সংরক্ষণে সহায়তা করার জন্য এই তথ্যাবলী সংগ্রহ করা হয়।

বোর্ড তার সংগ্রহ করা সমস্ত ব্যক্তিগত তথ্যের গোপনীয়তা রক্ষা করতে দৃঢ়ভাবে প্রতিশ্রুতিবদ্ধ। এই ধরনের তথ্য শুধুমাত্র বোর্ডের কর্মী ও এজেন্টদের নিকট শুধুমাত্র তাদের অফিসিয়াল দায়িত্ব পালনের সময় সংস্থার ভিতরে প্রকাশ করা হবে। ব্যক্তিগত তথ্য শুধুমাত্র প্রযোজ্য স্টেট ও ফেডারেল আইন অনুযায়ী সংস্থার বাইরে প্রকাশ করা হবে।

328 State Street, Schenectady, NY 12305 (877-632-4996) ঠিকানায় অবস্থিত বোর্ডের ডিরেক্টর অব অপারেশন্স প্রাথমিকভাবে দাবিকারীর ব্যক্তিগত তথ্য সংরক্ষণকারী সংস্থা রেকর্ড রক্ষণাবেক্ষণের জন্য দায়বদ্ধ থাকবেন।

এই ফরমে অনুরোধ করা তথ্য প্রদানে ব্যর্থ হলে আপনার দাবি অস্বীকার করা হবে না তবে আপনার দাবিটি প্রক্রিয়াকরণে বিলম্ব হতে পারে। আপনার সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বরের স্বেচ্ছা রিলিজ বিষয়টি বোর্ডকে নিশ্চিত করতে সক্ষম করে যে তথ্যটি আপনার দাবির সাথে সম্পর্কযুক্ত এবং এ বিষয়ে দ্রুত পদক্ষেপ নেওয়া হয়েছে।

HIPAA নোটিশ - শ্রমিক ক্ষতিপূরণ দাবির বিচার করার জন্য, WCL13-a(4)(a) এবং 12 NYCRR 325-1.3-এর জন্য স্বাস্থ্য সেবাদানকারীদের নিয়মিত বোর্ড এবং ক্যারিয়ার বা নিয়োগকর্তার কাছে চিকিৎসার মেডিকেল রিপোর্ট জমা দিতে হবে। 45 CFR 164.512 অনুসারে এই আইনত প্রয়োজনীয় মেডিকেল রিপোর্টগুলি স্বাস্থ্যগত তথ্য প্রকাশের উপর HIPAA এর বিধিনিষেধ থেকে মুক্ত।

IF YOU HAVE QUESTIONS OR NEED ADVICE ABOUT YOUR CLAIM, YOU MAY CALL OR VISIT THE NEAREST OFFICE OF THE WORKERS' COMPENSATION BOARD.	দাবি সম্পর্কে আপনার কোনো প্রশ্ন বা পরামর্শের প্রয়োজন হলে আপনি কল করতে পারেন বা শ্রমিক ক্ষতিপূরণ বোর্ডের নিকটস্থ অফিসে যেতে পারেন।