

কিভাবে প্রতিবন্ধিতার সুবিধা দাবি করবেন

আপনার প্রতিবন্ধিতার প্রথম তারিখের আগে এই ফরমটি জমা দিবেন না। সুবিধা হারানো এড়াতে আপনার প্রতিবন্ধিতার প্রথম দিন থেকে 30 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে আপনার পূরণকৃত দাবি ফরমটি জমা দিতে হবে। আপনার রেকর্ডের জন্য সমস্ত ফরমের এবং নথিপত্রের একটি করে অনুলিপি নিজের কাছে রাখুন।

1. কর্মরত থাকা অবস্থায় অথবা চাকরি সমাপ্তির চার (4) সপ্তাহের মধ্যে প্রতিবন্ধী হওয়ার কারণে যদি আপনি এই ফরম ব্যবহার করে থাকেন, তাহলে আপনার পূরণকৃত দাবি আপনার নিয়োগকর্তা বা আপনার শেষ নিয়োগকর্তার বিমা ক্যারিয়ারে জমা দেওয়া উচিত। নিয়োগকর্তা কভারেজ অনুসন্ধান ব্যবহার করে আপনি শ্রমিকের ক্ষতি পূরণ বোর্ডের ওয়েবসাইট www.wcb.ny.gov সাইটে আপনার নিয়োগকর্তার প্রতিবন্ধিতা বিমা ক্যারিয়ার খুঁজে বের করতে পারবেন।
2. আপনি যদি চাকরি সমাপ্তির পর, চার (4) সপ্তাহেরও বেশি দিনের বেকারত্বের পর প্রতিবন্ধী হওয়ার কারণে এই ফরমটি ব্যবহার করেন, তাহলে আপনার পূরণকৃত দাবি পাঠাতে হবে এই ঠিকানায়: **Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029**. প্রশ্ন 13.B.4 এর উত্তর যদি আপনি "হ্যাঁ" দিয়ে থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে ফরম DB-450.1 পূরণ করুন এবং সংযুক্ত করুন।

দ্রষ্টব্য: এই ফরমটিতে একটি বিভাগ রয়েছে যা আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর মাধ্যমে পূরণ করা হবে এবং আরেকটি বিভাগ রয়েছে যা আপনার নিয়োগকর্তা কর্তৃক পূরণ করা হবে। আপনার নিয়োগকর্তাকে ফরমটি সরবরাহ করার আগে, আপনার বিভাগটি পূরণ করুন এবং একটি অনুলিপি রাখুন।

- স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে সাত দিনের মধ্যে পার্ট B পূরণ করে ফরমটি আপনাকে ফেরত দিতে হবে। বিলম্ব হলে, আপনাকে অবশ্যই আপনার বিমা ক্যারিয়ারের কাছে ফরমটি জমা দিতে অপেক্ষা করতে হবে। পার্ট B পূরণ না হলে (বা অসম্পূর্ণ উত্তর আছে) সুবিধা প্রদানে বিলম্ব হতে পারে।
- আপনার নিয়োগকর্তাকে সাত কার্যদিবসের মধ্যে পার্ট C পূরণ করে আপনাকে ফরমটি ফেরত দিতে হবে। বিলম্ব হলে, আপনাকে এগিয়ে যেতে অপেক্ষা করতে হবে না - আপনাকে ফরমটি আপনার নিয়োগকর্তার বিমা ক্যারিয়ারে পাঠাতে হবে। তারা কেবল প্রতিবন্ধিতা সুবিধার জন্য আপনার অনুরোধ অস্বীকার করতে পারে না কারণ আপনার নিয়োগকর্তা তাদের বিভাগটি পূরণ করতে ব্যর্থ হয়েছেন।

জানা গুরুত্বপূর্ণ:

আপনি আপনার প্রতিবন্ধী ছুটির প্রথম দিন থেকে অথবা আপনার পূরণকৃত দাবি নিয়োগকর্তা বা ক্যারিয়ার গ্রহণের সময় থেকে 18 দিনের মধ্যে একটি প্রতিক্রিয়া পাবেন, যা পরে হবে। আপনার দাবি প্রত্যাখ্যান করা হলে, আপনি প্রতিবন্ধী সুবিধার দাবি প্রত্যাখ্যানের নোটিশ (ফরম DB-DEN) বা প্রতিবন্ধী সুবিধার জন্য দাবি সম্পূর্ণ বা আংশিক প্রত্যাখ্যানের নোটিশ (ফরম DB-451) পাবেন। আপনি যদি একটি ফরম DB-DEN পান, তাহলে আপনি আপনার প্রতিবন্ধী ছুটির প্রথম দিন থেকে আপনি যদি একটি ফরম DB-DEN পান, তাহলে আপনি আপনার প্রতিবন্ধী ছুটির প্রথম দিন থেকে অথবা আপনার পূরণকৃত দাবি নিয়োগকর্তা বা ক্যারিয়ার গ্রহণের সময় থেকে 45 দিনের মধ্যে অতিরিক্ত তথ্য সহ একটি ফরম DB-451 পাবেন, যা পরে হবে।

আপনি যদি 18 দিনের মধ্যে কোনো প্রতিক্রিয়া না পান (বা 45 দিনের মধ্যে ফরম DB-451) বা আপনার প্রতিবন্ধী সুবিধার দাবি সম্পর্কে আপনার প্রশ্ন থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে আপনার নিয়োগকর্তার বিমা ক্যারিয়ারে কল করুন। প্রতিবন্ধিতা সংশ্লিষ্ট সুবিধাসমূহ সম্পর্কে সাধারণ তথ্যের জন্য, অনুগ্রহপূর্বক www.wcb.ny.gov ওয়েবসাইটটি ভিজিট করুন অথবা (877) 632-4996 নম্বরে কল করে বোর্ডস ডিজিভিউস বেনিফিটস ব্যুরোর সাথে যোগাযোগ করুন।

প্রতিবন্ধী সুবিধার জন্য দাবির নোটিশ এবং প্রমাণ (ফরম DB-450) নির্দেশাবলী

পার্ট A - কর্মীর তথ্য (কর্মী এটি পূরণ করবেন)

এই অংশে আপনাকে অবশ্যই সকল প্রশ্নের উত্তর দিতে হবে।

প্রশ্ন 9: গড় মোট সাপ্তাহিক মজুরির সেরা অনুমানটি লিখুন। প্রতিবন্ধিতার আগে আপনার শেষ নিয়োগকর্তার কাছ থেকে আপনার মোট মজুরি ব্যবহার করে টেবিলটি পূরণ করুন। আপনার প্রতিবন্ধিতার আগের 8 সপ্তাহে যদি আপনার একাধিক নিয়োগকর্তা থাকে, তাহলে সেই নিয়োগকর্তা(দের) থেকে সমস্ত মজুরির তথ্যও অন্তর্ভুক্ত করুন।

ধাপ 1: প্রাপ্ত সকল মোট মজুরি যোগ করুন (আগে কোনো কিছু বিয়োগ না করেই) প্রতিবন্ধিতার আগের আট সপ্তাহে, ওভারটাইম এবং অর্জিত টিপস সহ। (বোনাস এবং / অথবা কমিশন গণনার নির্দেশাবলীর জন্য ধাপ 3 দেখুন।)

ধাপ 2: গড় সাপ্তাহিক মজুরি গণনা করার জন্য ধাপ একে গণনা করা মোট মজুরিকে আট (অথবা আটের থেকে যদি কম হয় তাহলে সপ্তাহের সংখ্যা) দিয়ে ভাগ করুন।

ধাপ 3: আপনি যদি প্রতিবন্ধিতার প্রথম দিনের পূর্বে 52 সপ্তাহ ধরে বোনাস এবং/ অথবা কমিশন পেয়ে থাকেন, তাহলে গড় সাপ্তাহিক মজুরির সাথে আনুপাতিক ভিত্তিতে সাপ্তাহিক পরিমাণ যোগ করুন। আনুপাতিক সাপ্তাহিক পরিমাণ নির্ধারণ করতে, পূর্ববর্তী 52 সপ্তাহে অর্জিত সমস্ত বোনাস / কমিশন যোগ করুন এবং তারপরে 52 দিয়ে তা ভাগ করুন।

পার্ট B - স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর বিবৃতি (স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী কর্তৃক পূরণ করা হবে)

স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে অবশ্যই এই বিবৃতিটি সম্পূর্ণরূপে পূরণ করতে হবে এবং এই ফরমটি প্রাপ্তির সাত দিনের মধ্যে এটি ফেরত দিতে হবে।

পার্ট C - নিয়োগকর্তার তথ্য (নিয়োগকর্তা এটি পূরণ করবেন)

নিয়োগকর্তাকে অবশ্যই প্রাপ্তির তিন কার্যদিবসের মধ্যে পূরণ করে কর্মীর কাছে ফেরত দিতে হবে।

প্রশ্ন 6: যদি প্রতিবন্ধিতার সময় মজুরি অব্যাহত থাকে, তাহলে মজুরি কিভাবে দেওয়া হয়েছিল তা উল্লেখ করুন - বেতন অব্যাহত রাখার মাধ্যমে, বেতন সহ ছুটির ব্যবহার, অসুস্থ থাকার সময় ইত্যাদির মাধ্যমে।

প্রশ্ন 8: প্রতিবন্ধিতার প্রথম দিনের পূর্ববর্তী আট সপ্তাহে কর্মী কর্তৃক অর্জিত মজুরি লিখুন। মোট প্রদান করা অর্থের পরিমাণ হলো কর্মীর মোট সাপ্তাহিক বেতন, যার অন্তর্ভুক্ত সেই সপ্তাহের জন্য কোনো ওভারটাইম ও অর্জিত টিপস এবং তার সাথে পূর্ববর্তী 52 সপ্তাহে প্রাপ্ত বোনাস বা কমিশনের সাপ্তাহিক আনুপাতিক পরিমাণ। (বিস্তারিত ধাপের জন্য, পার্ট A নির্দেশাবলীতে প্রশ্ন 9 দেখুন।) প্রদত্ত মোট পরিমাণ যোগ করে মোট গড় সাপ্তাহিক মজুরি গণনা করুন এবং তারপরে আট দিয়ে ভাগ করুন (অথবা আটের চেয়ে কম হলে, সপ্তাহের সংখ্যা দিয়ে)।

নিউ ইয়র্ক স্টেট
বিজ্ঞপ্তি এবং প্রতিবন্ধিতার সুবিধা দাবির প্রমাণ

পার্ট A - দাবিদারের তথ্য (অনুগ্রহ করে স্পষ্ট অক্ষরে লিখুন বা টাইপ করুন)

- নামের শেষাংশ: _____ নামের প্রথমাংশ: _____ মধ্যম আদ্যক্ষর: _____
- ডাকযোগের ঠিকানা: (স্ট্রিট ও অ্যাপার্টমেন্ট #): _____
সিটি: _____ স্টেট: _____ জিপ: _____
- দিবাকালীন ফোন #: _____ ইমেইল ঠিকানা: _____
- সোশ্যাল সিকিউরিটি #: _____ - _____ - _____ 5. জন্ম তারিখ: ____ / ____ / _____ 6. লিঙ্গ: পুরুষ মহিলা অন্যান্য
- আপনার প্রতিবন্ধিতার বর্ণনা দিন (যদি আঘাত পেয়ে থাকেন তাহলে কিভাবে, কখন এবং কোথায় ঘটেছে তার বর্ণনা প্রদান করুন): _____
- আপনি যে তারিখে প্রতিবন্ধী হয়েছেন: ____ / ____ / _____ আপনি কি ঐ দিন কাজ করছিলেন?: হ্যাঁ না
আপনি কি এই প্রতিবন্ধিতা থেকে সুস্থতা লাভ করেছেন?: হ্যাঁ না যদি হ্যাঁ হয়ে থাকে তাহলে যে তারিখে আপনি কাজে যোগদান করতে পেরেছিলেন: ____ / ____ / _____
এরপর কি আপনি মজুরি বা বেতনের জন্য কাজ করেছেন? হ্যাঁ না যদি হ্যাঁ হয়ে থাকে তাহলে তারিখগুলো তালিকা করুন: _____
- প্রতিবন্ধিতার পূর্বে নিয়োগকর্তার নাম। যদি পূর্ববর্তী আট (8) সপ্তাহে একজনের বেশি নিয়োগকর্তা হয়ে থাকেন, তাহলে সকল নিয়োগকর্তাদের নাম প্রদান করুন। গড় সাপ্তাহিক মজুরি গত আট (8) সপ্তাহে অর্জিত সমস্ত মজুরির উপর ভিত্তি করে তৈরি।

প্রতিবন্ধিতার পূর্বে নিয়োগকর্তার নাম			কর্মসংস্থানের সময়কাল		গড় সাপ্তাহিক বেতন (বোনাস, টিপস, কমিশন, বোর্ডের যুক্তিসঙ্গত মূল্য, ভাতা, ইত্যাদি অন্তর্ভুক্ত করুন)
ফার্ম বা ট্রেডের নাম	ঠিকানা	ফোন নম্বর	প্রথম দিন (মাস/দিন/বছর)	শেষ কর্ম দিবস (মাস/দিন/বছর)	

প্রতিবন্ধিতার প্রথম দিনের আগে গত 8 সপ্তাহে অর্জিত মোট মজুরি নীচে লিখুন (উপরে তালিকাভুক্ত সমস্ত নিয়োগকর্তা মজুরি অন্তর্ভুক্ত করুন)

সপ্তাহ নং	শেষ কর্ম দিবস (মাস/দিন/বছর)	কাজের দিনের সংখ্যা	অর্থ প্রদানের মোট পরিমাণ
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
		গণনাকৃত গড় মোট সাপ্তাহিক বেতন:	

10. আমার কাজ আছে বা ছিল: _____ 11. ইউনিয়ন সদস্য: হ্যাঁ না "হ্যাঁ" হলে: _____
পেশা ইউনিয়নের নাম বা লোকাল নম্বর

12. আপনি কি এই প্রতিবন্ধিতার পূর্বে বেকারত্ব দাবি বা গ্রহণ করছিলেন? হ্যাঁ না
আপনি দাবি না করে থাকেন তাহলে বা আপনি দাবি করেছেন কিন্তু শেষ কর্ম দিবসের পর বেকারত্ব বিমা সুবিধা, সম্পূর্ণরূপে পাবেন না কারণ ব্যাখ্যা করে থাকলে: _____

যদি আপনি বেকারত্ব সুবিধা গ্রহণ করে থাকেন, তাহলে যে যে সময়ে গ্রহণ করেছেন সে সময়সীমাগুলো উল্লেখ করুন: _____

পার্ট A - দাবিদারের তথ্য (অনুগ্রহ করে স্পষ্ট অক্ষরে লিখুন বা টাইপ করুন)

13. এই প্রতিবন্ধিতার দাবিতে অন্তর্ভুক্ত সময়ের জন্য:

A. আপনি কি মজুরি, বেতন বা পৃথকীকরণের বেতন গ্রহণ করছেন? হ্যাঁ না

B. আপনি কি গ্রহণ বা দাবি করছেন:

1. বেকারত্বের সুবিধা? হ্যাঁ না 2. পেইড ফ্যামিলি লিভ? হ্যাঁ না

3. কাজের সাথে জড়িত প্রতিবন্ধিতার জন্য শ্রমিকদের ক্ষতি পূরণ? হ্যাঁ না

4. মোটর গাড়ির নো-ফল্ট দুর্ঘটনা? হ্যাঁ না অথবা তৃতীয় পক্ষের সাথে জড়িত ব্যক্তিগত ক্ষতি? হ্যাঁ না

5. ফেডারেল সোশ্যাল সিকিউরিটি অ্যাক্টের অধীনে এই প্রতিবন্ধিতার জন্য দীর্ঘমেয়াদী প্রতিবন্ধিতার সুবিধাসমূহ? হ্যাঁ না

যদি 13টি আইটেমের মধ্যে যেকোনো একটির উত্তর “হ্যাঁ” হয়, তাহলে নিম্নলিখিতটি পূরণ করুন:

আমি: গ্রহণ করেছি দাবি করেছি যেখান থেকে: _____ সময়কাল: ____ / ____ / _____ থেকে: ____ / ____ / _____

14. আপনার প্রতিবন্ধিতা শুরু হওয়ার আগের বছরে (52 সপ্তাহ), আপনি কি অন্য কোনো প্রতিবন্ধিতার কারণে অন্য কোনো সময়কালের জন্য প্রতিবন্ধিতা সুবিধা গ্রহণ করেছেন? হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ হয় তাহলে প্রদান করেছি: _____ শুরু: ____ / ____ / _____ থেকে: ____ / ____ / _____

15. আপনার প্রতিবন্ধিতা শুরু হওয়ার আগের বছরে (52 সপ্তাহ), আপনি কি পেইড ফ্যামিলি লিভ গ্রহণ করেছেন? হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ হয় তাহলে প্রদান করেছি: _____ শুরু: ____ / ____ / _____ থেকে: ____ / ____ / _____

16. আপনি কাজে নিযুক্ত থাকতে বা তার শেষ দিনের চার সপ্তাহের মধ্যে যদি আপনি প্রতিবন্ধী হয়ে থাকেন, তাহলে আপনার বিজ্ঞপ্তি বা প্রতিবন্ধিতা ফরমের অনুরোধ করার 5 দিনের মধ্যে আপনার নিয়োগকর্তা কি প্রতিবন্ধিতা আইনুযায়ী আপনার অধিকার প্রদান করেছেন? হ্যাঁ না

আমি এতদ্বারা প্রতিবন্ধিতা সুবিধা দাবি করছি এবং নিশ্চিত করছি যে দাবিতে অন্তর্ভুক্ত সময়ে আমি প্রতিবন্ধী ছিলাম। আমি এই ফরমের নির্দেশাবলী পড়েছি এবং প্রত্যাশন করেছি যে যেকোনো সঙ্গত বিবৃতি সহ উপরোক্ত বিবৃতিগুলো আমার জ্ঞান অনুযায়ী সত্য এবং সম্পূর্ণ।

দাবিদারের স্বাক্ষর

তারিখ

দাবিদার অপ্রাপ্তবয়স্ক, অপরিশ্রুত মানসিকতার বা অসমর্থ হলে আইনগতভাবে অনুমতিপ্রাপ্ত কোনো ব্যক্তি দাবিদারের পক্ষে স্বাক্ষর করতে পারে না। দাবিকারী ব্যক্তিত স্বাক্ষরিত হলে, নীচে স্পষ্ট অক্ষরে তথ্য দিন এবং ফরম OC-110, 'দাবিকারীর ক্ষতি পূরণ শ্রমিকদের ক্ষতি পূরণ রেকর্ডগুলো প্রকাশ করার অনুমোদন' পূরণ করুন ও জমা দিন।

দাবিদারের পক্ষে

ঠিকানা

দাবিদারের সঙ্গে সম্পর্ক

পার্ট B - স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর বিবৃতি (অনুগ্রহ করে স্পষ্ট অক্ষরে লিখুন বা টাইপ করুন)

স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর বিবৃতি অবশ্যই সম্পূর্ণরূপে পূরণ করতে হবে। কর্তব্যরত স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী পূরণ করবেন এবং দাবিদারের কাছে এই ফরমের রসিদ পাওয়ার সাত (7) দিনের মধ্যে ফেরত দিবেন। যদি গর্ভাবস্থা বা তার সংশ্লিষ্ট কারণে প্রতিবন্ধিতা হয়, তাহলে আইটেম 7-e তে সম্ভাব্য প্রসবের তারিখ প্রদান করুন। অসম্পূর্ণ উত্তর সুবিধা পেতে বিলম্ব হওয়ার কারণ হতে পারে।

1. নামের শেষাংশ: _____ নামের প্রথমাংশ: _____ মধ্যম আদ্যক্ষর: _____

2. লিঙ্গ: পুরুষ নারী অন্যান্য 3. জন্ম তারিখ: ____ / ____ / _____

4. রোগ নির্ণয়/বিশ্লেষণ: _____ রোগ নির্ণয় কোড: _____

a. দাবিদারের লক্ষণ: _____

b. লক্ষণ দেখা গেছে: _____

5. দাবিদার কি হাসপাতালে ভর্তি হয়েছিলেন? হ্যাঁ না শুরু: ____ / ____ / _____ থেকে: ____ / ____ / _____

6. অপারেশন করা হয়েছে কি? হ্যাঁ না a. ধরন _____ b. তারিখ ____ / ____ / _____

7. নীচে তথ্যগুলোর তারিখ লিখুন	মাস	দিন	বছর
a. এই প্রতিবন্ধিতার জন্য আপনার প্রথম চিকিৎসার তারিখ			
b. এই প্রতিবন্ধিতার জন্য আপনার সাম্প্রতিক চিকিৎসার তারিখ			
c. দাবিদারের এই প্রতিবন্ধিতার কারণে কাজ করতে না পারার তারিখ			
d. দাবিদার পুনরায় কাজ সম্পাদন করতে সক্ষম হওয়ার তারিখ (এমনকি যদি বিবেচ্য প্রশ্ন বিদ্যমান থাকে তাহলে আনুমানিক তারিখ। অপরিশ্রুত বা অনির্ধারিত শর্তাবলির ব্যবহার এড়িয়ে যান।)			
e. গর্ভাবস্থা সম্পর্কিত হলে, অনুগ্রহ করে বক্সে টিক চিহ্ন দিন এবং তারিখ লিখুন <input type="checkbox"/> আনুমানিক ডেলিভারির তারিখ বা <input type="checkbox"/> প্রকৃত ডেলিভারির তারিখ			

8. আপনার মতে, এই প্রতিবন্ধিতাটি কি কর্মসংস্থান বা পেশাগত ব্যাধি থেকে উদ্ভূত ক্ষতির ফল?:

হ্যাঁ না যদি “হ্যাঁ” হয়, তাহলে কি বোর্ডে মেডিকেল তথ্য দাখিল করা হয়েছে? হ্যাঁ না

আমি স্বীকার করছি যে আমি একজন:

(চিকিৎসক, চিরোগ্যাক্টর, ডেন্টিস্ট, পডিয়াট্রিস্ট, সাইকোলজিস্ট, নার্স-মিডওয়াইফ)

যে স্টেট থেকে লাইসেন্স বা সার্টিফিকেট পেয়েছেন

স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর স্পষ্ট অক্ষরে নাম

স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর স্বাক্ষর

তারিখ

স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর ঠিকানা

ফোন #

পার্ট C নিয়োগকর্তার তথ্য (নিয়োগকর্তা এটি পূরণ করবেন)

1. ব্যবসার সম্পূর্ণ আইনি নাম এবং চিঠি পাঠানোর ঠিকানা

ব্যবসা প্রতিষ্ঠানের নাম _____
চিঠি পাঠানোর ঠিকানা _____
সিটি, স্টেট _____
জিপ কোড _____
দেশ (যদি U.S.A. না হয়) _____

2. নিয়োগকর্তার FEIN: _____

3. যোগাযোগের তথ্য:

প্রতিবন্ধিতা সংক্রান্ত প্রশ্নগুলোর জন্য নিয়োগকর্তার যোগাযোগের নাম: _____
নিয়োগকর্তার যোগাযোগের টেলিফোন নম্বর: _____
নিয়োগকর্তার যোগাযোগের ইমেইল ঠিকানা: _____

4. কর্মী কি এমন কোনো ইউনিয়নের সদস্য যা সংবিধিবদ্ধ প্রতিবন্ধী সুবিধা প্রদান করে? হ্যাঁ না

*হ্যাঁ হলে, ইউনিয়নের নাম, ঠিকানা এবং যোগাযোগের তথ্য প্রদান করুন _____

5. নিয়োগকর্তার তথ্য:

কর্মীর পদ: কর্মী স্বত্বাধিকারী অংশীদার নিয়োগকর্তার স্বামী বা স্ত্রী মালিক সহ-মালিক

কর্মীর নিয়োগের তারিখ (মাস/দিন/বছর): _____

কর্মীর শেষ কর্ম দিবস: _____

কর্মীর কর্মস্থলে ফিরে আসার তারিখ (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে): _____

6. প্রতিবন্ধিতার সময় কি মজুরি অব্যাহত ছিল? হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে কী ধরনের? (PTO, অসুস্থের সময়, অন্যান্য): _____

যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে নিয়োগকর্তা কি ক্ষতিপূরণের জন্য অনুরোধ করেছেন? হ্যাঁ না

*ক্ষতিপূরণ কেবল তখনই পাওয়া যাবে যদি নিয়োগকর্তা প্রতিবন্ধিতার সময় বেতন অব্যাহত রাখেন বা কর্মী অসুস্থ সময় ব্যবহার করেন

7. কর্মীর প্রতিবন্ধিতা কি কাজের সাথে সম্পর্কিত? হ্যাঁ না

8. প্রতিবন্ধিতা শুরু হওয়ার সাথে সাথে প্রতিবন্ধিতার আগে কর্মীর শেষ 8 সপ্তাহের মোট মজুরি লিখুন এবং গড় সাপ্তাহিক মজুরি হিসাব করুন (বোনাস, টিপস, কমিশন, বোর্ডের যুক্তিসঙ্গত মূল্য, ভাড়া, ইত্যাদি অন্তর্ভুক্ত করুন এবং আরো তথ্যের জন্য নির্দেশাবলী দেখুন)

সপ্তাহ নং	সপ্তাহ শেষ হওয়ার তারিখ (মাস/দিন/বছর)	কাজের দিনের সংখ্যা	অর্থ প্রদানের মোট পরিমাণ
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
		গণনাকৃত গড় মোট সাপ্তাহিক বেতন:	

9. পূর্ববর্তী 52 সপ্তাহে কর্মী কি এই কারণে ছুটি নিয়েছেন:

NYS প্রতিবন্ধিতা PFL প্রতিবন্ধিতা এবং PFL উভয় কোনটিই নয়

প্রতিবন্ধিতা: অনুগ্রহ করে প্রতিবন্ধিতার জন্য নির্দিষ্ট তারিখগুলো প্রদান করুন _____

PFL: অনুগ্রহ করে PFL এর জন্য নির্দিষ্ট তারিখগুলো প্রদান করুন _____

10. কর্মী কি এখনও আপনার চাকরি করেন? হ্যাঁ না

যদি না হয়, তাহলে চাকরি সমাপ্তির তারিখ: _____

11. কর্মী যদি বেকারত্বের সুবিধা পেয়ে থাকেন, তাহলে সুবিধাটি সর্বশেষ প্রাপ্তির তারিখ: _____

পার্ট C নিয়োগকর্তার তথ্য (নিয়োগকর্তা এটি পূরণ করবেন)

আমি নীচের প্রতারণার তথ্য পড়েছি এবং স্বীকার করছি এবং নিশ্চিত করছি যে আমি যে তথ্য সরবরাহ করেছি তা আমার সেরা জ্ঞান এবং বিশ্বাস অনুযায়ী সত্য।

নিয়োগকর্তার নাম ও পদবি: _____

নিয়োগকর্তা স্বাক্ষর: _____

নিয়োগকর্তার যোগাযোগের ফোন নম্বর: _____

তারিখ: _____

এই বিজ্ঞপ্তিটি নিউ ইয়র্ক ব্যক্তিগত গোপনীয়তা সুরক্ষা আইন (পাবলিক অফিসার ল আর্টিকেল 6-A) এবং 1974 সালের ফেডারেল গোপনীয়তা আইন (5 U.S.C. § 552a) অনুসরণ করে। ওয়ার্কার্স কম্পেনসেশন বোর্ড (বোর্ডের) এর কর্তৃপক্ষ দাবি করে যে দাবিদারগণ তাদের সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর ও ব্যক্তিগত তথ্য সরবরাহ করে, তারা শ্রমিকের ক্ষতিপূরণ আইন (Workers' Compensation Law, WCL) § 20 এর অধীনে বোর্ডের তদন্তকারী কর্তৃপক্ষ থেকে প্রাপ্ত এবং WCL § 142 এর অধীনে প্রশাসনিক কর্তৃপক্ষ থেকে প্রাপ্ত। এই তথ্য তদন্তের জন্য এবং সম্ভাব্য দাবির পক্ষে পরিচালনা করার জন্য এবং সঠিক দাবির রেকর্ড বজায় রাখতে সহায়তা করার জন্য এটি সংগ্রহ করা হয়। বোর্ডের নিকট আপনার সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বরটি প্রদান করা স্বেচ্ছাধীন। এই ফরমটিতে আপনার সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বরটি সরবরাহ করতে ব্যর্থ হলে, কোনো শাস্তি নেই; এটি আপনার দাবির প্রত্যাখ্যান বা সুবিধা হ্রাসের কারণ হবে না। বোর্ড তার ব্যক্তিগত অধিকার গোপনীয়তা রক্ষা করবে এবং এটি কেবল তার সরকারি কর্তব্যের প্রয়োগে এবং প্রযোজ্য স্টেট এবং ফেডারেল আইন অনুসারে প্রকাশ করবে।

HIPAA বিজ্ঞপ্তি - শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ দাবি বা প্রতিবন্ধিতা সুবিধাগুলোর দাবির নিষ্পত্তি করার জন্য, WCL 13-a (4) (a) এবং 12 NYCRR 325- 1.3 স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে নিয়মিতভাবে বোর্ড এবং বিমা ক্যারিয়ার বা নিয়োগকর্তার সাথে চিকিৎসা সম্পর্কিত মেডিকেল রিপোর্টগুলো এবং বিমা প্রদানের প্রয়োজন হবে। 45 CFR অনুসারে 164.512 এই আইনভাবে প্রয়োজনীয় মেডিকেল রিপোর্ট স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশের উপর HIPAA এর বিধিনিষেধ থেকে মুক্ত।

তথ্য প্রকাশ: বোর্ড আপনার সম্মতি ব্যতীত যেকোনো অনুমোদনহীন পক্ষের কাছে আপনার কেস সম্পর্কিত কোনো তথ্য প্রকাশ করবে না। কোনো অনুমোদনহীন পক্ষের কাছে যদি আপনি তথ্য প্রকাশের সিদ্ধান্ত নিয়ে থাকেন, তবে প্রকৃত স্বাক্ষরসহ একটি OC-110A "শ্রমিকের ক্ষতিপূরণ রেকর্ড প্রকাশের জন্য দাবিদারের অনুমোদন" ফরম আপনাকে বোর্ডে জমা দিতে হবে। এই ফরমটি WCB ওয়েবসাইটে (www.wcb.ny.gov) পাওয়া যাবে এবং "ফর্মস" লিঙ্কে ক্লিক করে প্রবেশ করতে পারবেন। আপনার ইন্টারনেট অ্যাক্সেস না থাকলে (877) 632-4996 নম্বরে কল করুন। ফরম OC-110A এর পরিবর্তে, আপনি একটি স্বাক্ষরিত, সম্পাদিত অনুমোদন চিঠি জমা দিতে পারবেন।

প্রতারণা স্বীকার - একজন নিয়োগকর্তা বা বিমাকারী অথবা যেকোনো কর্মী বা বিমাকারীর পক্ষের একজন কর্মী, এজেন্ট বা ব্যক্তি যিনি এ ধরনের পেমেন্ট বা সুবিধার বিধান এড়ানোর উদ্দেশ্যে এই পরিচ্ছেদের অধীনস্থ যেকোনো সুবিধা বা পেমেন্টের রিপোর্টিং, তদন্ত বা দাবির নিষ্পত্তির কার্যধারায় প্রাসঙ্গিক সত্য হিসেবে তার জ্ঞাতসারেই মিথ্যা বিবৃতি বা বর্ণনা প্রদান করেন তাহলে সেটি ফৌজদারি অপরাধ হিসেবে গণ্য করা হবে এবং উপযুক্ত জরিমানা ও কারাদণ্ডের বিষয় হিসেবে গণ্য করা হবে।