

কিভাবে এই শ্রমিকের ক্ষতিপূরণ মৃত্যুর ফলে প্রাপ্ত সুবিধাগুলোর জন্য নিশ্চিতকরণ সম্পন্ন করবেন	শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ মৃত্যুর ফলে প্রাপ্ত সুবিধাগুলো
1. যে ব্যক্তি শ্রমিকের ক্ষতিপূরণ মৃত্যুর ফলে প্রাপ্ত সুবিধাগুলো চাইছেন, তাকেই এই নিশ্চিতকরণ সম্পন্ন করতে হবে। সমস্ত দাবিদার অবশ্যই বিভাগ A, বিভাগ B এবং বিভাগ 1 সম্পূর্ণ করতে হবে। শালীন আপনার সম্পর্কের উপর ভিত্তি করে, আপনি নিম্নলিখিত বিভাগগুলি অবশ্যই পূরণ করতে হবে: স্বামীদের: বিভাগ 2 (এবং বিভাগ 3 যদি শিশু হয়)। বাচ্চাদের জন্য বাবা বা অভিভাবক: বিভাগ। 3. নির্ভরশীল বাবা, দাদা: বিভাগ। 4. নির্ভরশীল পিতামহ, ভাইবোন: বিভাগ। 5. অনির্ভরশীল পিতামাতা: বিভাগ। 6. শালীন এর এস্টেট আইনী প্রতিনিধি: বিভাগ। 7. 2. আপনি শুধুমাত্র উপরে তালিকাভুক্ত বিভাগ সম্পূর্ণ করতে হবে যে শালীন সঙ্গে আপনার সম্পর্কের সাথে সম্পর্কিত।" to "উপরে তালিকাভুক্ত সেই বিভাগগুলোই পূরণ করুন, যেগুলো মৃত ব্যক্তির সাথে আপনার সম্পর্কের বিষয়ে প্রযোজ্য। একটি X দিয়ে আপনাকে প্রযোজ্য নয় এমন সমস্ত বিভাগ বা অনুচ্ছেদ চিহ্নিত করুন। 3. স্পষ্টভাবে মুদ্রণ করুন। প্রতিটি পৃষ্ঠায় মৃত ব্যক্তির সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর এবং পৃষ্ঠা 3 এর WCB কেস নম্বরটি যদি আপনি এটি জানেন তবে অন্তর্ভুক্ত করুন। 4. বিশেষ করে যতটা সম্ভব উত্তর দিন। এই নিশ্চিতকরণটি পুনরায় পড়ুন, যাতে এতে যে ভুল নেই তা নিশ্চিত করা যায়। তার কারণ এটির সত্যতার ব্যাপারে আপনি শপথ নিচ্ছেন। শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ জালিয়াতি জরিমানা এবং কারাগারে দোষী সাব্যস্ত। 5. সম্পন্ন ও স্বাক্ষর করা নিশ্চিতকরণ এবং সব অ্যাটাচমেন্ট নীচে উল্লেখ করা শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ বোর্ডের ঠিকানায় পাঠান।	1. এই আইনটি ব্যয় বহনকারী কাউন্টিটির উপর নির্ভর করে আইনটি অল্টোষ্টিক্রিয়া ব্যয় কমিয়ে \$ 12,500 এবং \$ 10,500 পর্যন্ত সরবরাহ করে। 2. আইনটি দুর্ঘটনার তারিখ অনুসারে, সর্বাধিক পরিমাণ পর্যন্ত সাপ্তাহিক সুবিধাগুলি প্রদান করে, নিম্নলিখিতগুলির জন্য: (ক) পত্নী পুনর্বিবেচনা না হওয়া পর্যন্ত আইনি বেঁচে থাকা স্বামী / স্ত্রী, (খ) 18 বছর বয়সী সন্তানদের (23 বছর বয়সী যদি তারা কোন অনুমোদিত শিক্ষা প্রতিষ্ঠানে পূর্ণাঙ্গ শিক্ষার্থী হিসাবে যোগদান করেন) এবং (গ) কোন বয়সের কোনও নির্ভরশীল সন্তান সম্পূর্ণ অন্ধ বা সম্পূর্ণ এবং স্থায়ীভাবে নিষ্ক্রিয় যারা। 3. নিজের কোনো বৈধ জীবিত স্ত্রী/স্বামী বা নির্ভরশীল সন্তান না থাকলে, আইনটি মৃত ব্যক্তির 18 বছরের কম বয়সী নাতি-নাতনি বা ভাইবোনদের, অথবা বাবা-মা বা দাদা-দাদী সাপ্তাহিক সাহায্য প্রদানের ব্যবস্থা করে। 4. যদি সাপ্তাহিক মৃত্যুর বেনিফিটের অধিকারী কোনও ব্যক্তি না থাকে, তাহলে ডিসেডেন্টের পিতামাতার কাছে \$ 50,000 অর্থ প্রদান করা যেতে পারে, অথবা ডিসেডেন্টের পিতামাতা মারা গেলে ডিসেডেন্টের সম্পত্তি দিতে পারে। 5. যদি আপনি ভুলভাবে মৃত্যুদন্ড কার্যকর করার ফলে অর্থ পান তবে আইনটি বিনিময়কারীকে সেই অর্থের বিরুদ্ধে কোনও লাভ বা ক্রেডিট থাকতে দেয়। বীমা প্রদানকারীর লেনদেন এবং ক্রেডিট অধিকারগুলি ক্ষতিগ্রস্ত এবং / অথবা ক্রেডিট শেষ না হওয়া পর্যন্ত শ্রমিকের ক্ষতিপূরণ সুবিধাগুলি পাওয়ার ক্ষমতা আপনার উপর প্রভাব ফেলতে পারে। একটি ভুল মৃত্যুদন্ড কার্যকর করার অবস্থাটির বিধানকারীকে পরামর্শ দেওয়া এবং নিষ্পত্তির পূর্বে তার সম্মতি প্রাপ্ত করা গুরুত্বপূর্ণ।

প্রশ্নগুলির জন্য, আহত শ্রমিকদের জন্য অ্যাডভোকেটের অফিসে কল করুন: 1-800-580-6665.

NYS Workers' Compensation Board

Centralized Mailing

PO Box 5205

Binghamton, NY 13902-5205

ইমেল ফাইলিংয়ের জন্য ঠিকানা: wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov

বিভাগ A: সমস্ত আবেদনকারীদের

সকল আবেদনকারীকে এই পেজটি অবশ্যই পূরণ করতে হবে এবং এই নিশ্চিতকরণ ও সব অ্যাটাচমেন্ট শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ বোর্ডের কাছে পাঠাতে হবে।

দাবিদারের দাবি সম্পর্ক

_____, দাবীদার
(আপনার প্রথম এবং শেষ নাম)

মৃত্যুর বিষয়ে

_____, ডেসেডেন্ট
(ডেসেডেন্টের প্রথম এবং শেষ নাম)
বনাম

নিশ্চিতকরণ

WCB # _____
WCL § 16

_____, নিয়োগকর্তা
(মৃত্যুর সময়ে নিয়োগকারীর নিয়োগকর্তার নাম)

(নিয়োগকর্তার ঠিকানা)

ডেসেডেন্টের সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর: _____

বিভাগ 1: সমস্ত আবেদনকারীদের

সমস্ত আবেদনকারীদের এই বিভাগটি সম্পন্ন করতে হবে। প্রযোজ্য হলে নিম্নলিখিত সংযুক্ত করুন। অন্তর্ভুক্ত থাকলে বক্স চেক করুন।

- ☐ মৃত্যু শংসাপত্র (আবশ্যিক)।
- ☐ মৃত্যুর এক বছর আগে (পে স্টাব, W-2 ফর্ম, ইত্যাদি) সমস্ত কর্মসংস্থানের জন্য ডিসেডেন্টের মোট স্থূল সাপ্তাহিক উপার্জন নির্ধারণ করতে বোর্ডগুলির যে কপিগুলি ব্যবহার করতে পারে।
- ☐ শেষকৃত্য খরচ পরিশোধের সাথে সম্পর্কিত রসিদ বা অন্যান্য নথি।
- ☐ একটি ভুল মৃত্যু কর্ম নিষ্পত্তির জন্য বীমা প্রদানকারীর সম্মতি।

1. আমি দাবিদার। আমি বসবাস করছি _____
(রাস্তার, শহর, রাষ্ট্র, জিপ কোড)

আমার ফোন নম্বর হচ্ছে _____
(এলাকা কোড, সংখ্যা)

আমার সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর _____
(সমস্ত নয়টি সংখ্যা)

আমি মৃত ব্যক্তির _____
(স্বামী-স্ত্রী, সন্তান, পিতা-মাতা, দাদা, ভাই-বোন, নাতি-নাতনি, এস্টেট প্রতিনিধি)

2. উপরে উল্লেখিত নিয়োগকর্তার ঠিকানা _____
(রাস্তার, শহর, প্রদেশ, জিপ কোড)

3. জন্মদিনের তারিখটি _____
(মাস, দিন, এবং বছর)

ডিসেডেন্টের সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর _____
(সমস্ত নয়টি সংখ্যা)

মৃত্যুর তারিখটি _____
(মাস, দিন, এবং বছর)

মৃত্যুর তারিখ, উপরে বর্ণিত নিয়োগকর্তা দ্বারা নিযুক্ত _____
(ছিল না বা ছিল না)

_____ তারিখে, _____ এ ডিসেডেন্ট ছিল
(মৃত্যুর তারিখ এবং সময়) (রাস্তায়, শহর, রাষ্ট্র)

এবং _____ এ জড়িত ছিল
(মৃত্যুর সময় কি ঘটেছিল)

এবং _____ এর ফলে মারা যান।
(মৃত ব্যক্তি কিভাবে মৃত্যুবরণ করেন ব্যাখ্যা করুন)

4. এই নিয়োগের জন্য মৃত ব্যক্তির মোট মজুরি (ওভারটাইম এবং পরামর্শ সহ) \$ _____ ছিল,
(পরিমাণ)

এবং _____ ভিত্তিতে প্রদত্ত \$ _____।
(পরিমাণ) (হাউজিং, ভাড়া, খাবার, ইত্যাদি) (সাপ্তাহিক, দ্বিসাপ্তাহিক, ইত্যাদি)

5. মৃত্যুর সময়ে _____ অন্যান্য কর্মসংস্থান, সঙ্গে
(আছে বা ছিল না)

_____, _____ এ অবস্থিত।
(অন্য নিয়োগকর্তার নাম, যদি থাকে) (রাস্তার, শহর, প্রদেশ, জিপ কোড)

এই নিয়োগের জন্য মৃত ব্যক্তির মোট মজুরি (ওভারটাইম এবং পরামর্শ সহ) \$ _____ ছিল,
(পরিমাণ)

এবং _____ ভিত্তিতে প্রদত্ত \$ _____।
(পরিমাণ) (হাউজিং, ভাড়া, খাবার, ইত্যাদি) (সাপ্তাহিক, দ্বিসাপ্তাহিক, ইত্যাদি)

ডিসেডেন্টের সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর: _____

NYS শ্রমিকের ক্ষতিপূরণ বোর্ড মৃত্যুর ফলে প্রাপ্ত সুবিধাগুলোর জন্য নিশ্চিতকরণ

6. \$ _____ এর বিনিময়ের জন্য অগ্ন্যপ্তিক্রিয়া খরচ প্রদান করা হয়। আমি নিয়োগকর্তা এবং / অথবা ক্যারিয়ার
(পরিমাণ)
থেকে প্রতিদান অনুরোধ।

7. মৃত ব্যক্তির মৃত্যুর সাথে সম্পর্কিত, _____
(অনুসরণ করার পরিকল্পনা করছি; শুরু হয়েছে; স্বামী হও)
_____ এর বিরুদ্ধে একটি ভুল মৃত্যুদণ্ড।
(ভুল পার্টি নাম)

আমি \$ _____ কে ভুল মৃত্যুদণ্ডে পুনরুদ্ধার করেছি, যা _____ এ নিষ্পত্তি হয়েছিল।
(পরিমাণ) (তারিখ)

বিভাগ 2: স্বামীদের

সুবিধা চাইছেন এমন **স্বামীদের** এই বিভাগে সম্পন্ন করা উচিত। প্রযোজ্য হলে নিম্নলিখিত সংযুক্ত করুন। অন্তর্ভুক্ত থাকলে বক্স চেক করুন।

- ☐ একটি বিবাহ সার্টিফিকেট কপি (প্রয়োজন)।
- ☐ আপনার পূর্বে বিয়ে, যদি থাকে, যে ডকুমেন্টেশন বাতিল করা হয়েছে।
- ☐ ডেসেডেন্টের পূর্ব বিয়ে, যদি থাকে তবে ডকুমেন্টেশন বাতিল করা হয়েছে।
- ☐ যদি আপনি বেঁচে থাকা বেনিফিটগুলি পান তবে সামাজিক নিরাপত্তা পুরস্কারের একটি অনুলিপি।

8. আমি মৃত ব্যক্তির বেঁচে থাকা স্বামী / স্ত্রী, এবং আমি নিজের পক্ষে বেনিফিট খুঁজছি।

9. আমার প্রথম নাম _____
(প্রযোজ্য হলে প্রথম নাম দিন)

10. আমার জন্ম তারিখ _____
(মাস দিন বছর)

11. আমি _____ তে ডিসেডেন্টকে বিয়ে করেছি
(মাস দিন বছর) (শহর এবং রাজ্য)

12. আমি _____ বিয়ে বিয়ে করার আগে বিবাহিত।
(ছিল না বা ছিল না)

13. মৃত ব্যক্তি আমাকে বিবাহ করার পূর্বে বিবাহিত _____।
(ছিলেন বা ছিলেন না)

14. মৃত ব্যক্তির মৃত্যুর তারিখের পর, আমি বিয়েতে অব্যাহতভাবে বিয়ে করেছিলাম।

15. মৃত ব্যক্তির মৃত্যুর তারিখের সাথে আমরা _____ একসঙ্গে বাস করি, এবং _____ বিবাহ
(করেনি বা না) (ছিল না বা ছিল না)
বিচ্ছিন্ন করার জন্য মূলতুবি থাকা একটি বিচ্ছেদ চলছে।

16. মৃত ব্যক্তির মৃত্যুর পর থেকেই আমি _____ পুনর্বিবাহিত। আমার পুনর্বিবাহের তারিখ _____
(আছে বা আছে না) (মাস দিন বছর)

17. আমি _____ দেসেডেন্ট সঙ্গে শিশু আছে।
(করেনি বা না)

18. মৃত ব্যক্তির _____ অন্য কারোর সঙ্গে সন্তান আছে।
(করেনি বা না)

ডিসেডেন্টের সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর: _____

বিভাগ 3: শিশু

সুবিধা চাইছেন এমন **স্বামীদের** এই বিভাগে সম্পন্ন করা উচিত। প্রযোজ্য যেখানে নিম্নলিখিত সংযুক্ত করুন, এবং এটি অন্তর্ভুক্ত করা হয়, তাহলে বক্স চেক করুন।

- ☐ জন্ম শংসাপত্রের কপি বা গ্রহণের আদেশ (প্রয়োজনীয়)।
- ☐ যদি আপনি অভিভাবক না হন তবে আপনার প্রতিষ্ঠিত ডকুমেন্টগুলি ডিসিডেন্টের সন্তানের জন্য আইনী অভিভাবক।
- ☐ ডকুমেন্টেশন দেখায় যে কোনও ধাপ-বা-বিবাহ-বিয়ের শিশু সন্তানদের সমর্থনের জন্য নির্ভরশীল।
- ☐ একটি অনুমোদিত শিক্ষা প্রতিষ্ঠান থেকে প্রত্যয়িত ডকুমেন্টেশন যে 18 থেকে 23 বছর বয়সের যে কোনও শিশু নথিভুক্ত এবং পূর্ণ সময় উপস্থিত থাকতে দেখায়।
- ☐ অক্ষমতা বা অক্ষম প্রমাণ।

19. আমি নিম্নলিখিত শিশু (শিশুদের), যারা মৃত ব্যক্তির মৃত্যুর সময় সমর্থনের জন্য শালীন উপর নির্ভর করে শ্রমিক ক্ষতিপূরণ ক্ষতিপূরণ চাইছি।

20. নীচের তালিকাভুক্ত শিশু (বাচ্চাদের) অভিভাবক বা আইনী অভিভাবক হিসাবে, আমি তাদের জন্য আইনীভাবে দায়ী একজন ব্যক্তি হতে পারি এবং তাদের পক্ষে আমার যে কোনও ক্ষতিপূরণ পুরস্কার প্রদান করা উচিত।

21. আমি যদি ছোট বাচ্চাদের (বাচ্চাদের) জন্য আইনীভাবে দায়ী ব্যক্তি হিসাবে মনোনীত হই, তবে আমি যে কোন ছোটখাট সুবিধাভোগীর পুরস্কারের কোনও ব্যয়ের জন্য শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ বোর্ডের চেয়ার দ্বারা প্রয়োজনীয় বার্ষিক বা আরো বেশি বার ফাইল জমা দিতে রাজি।

22. আমি টেবিল 1 এবং / অথবা 2 তে তালিকাভুক্ত শিশু (বাচ্চাদের) অভিভাবক বা আইনী অভিভাবক নই।

নিম্নোক্ত সারণীগুলি প্রতিটি নির্ভরশীল শিশু, আপনি এবং ডিসিডেন্টের মধ্যে ভিন্ন সম্পর্ক এবং জীবন্ত অবস্থার সাথে সম্পর্কিত। আপনার অবস্থার সাথে সম্পর্কিত কোনও টেবিলে থাকা সমস্ত প্রশ্নের উত্তর দিন এবং যে কোনও টেবিলটি এড়িয়ে যান। আপনি একাধিক টেবিল সম্পন্ন করতে হতে পারে।

টেবিল 1. যে সব শিশু মৃত ব্যক্তির সাথে এবং/বা আমার সাথে বসবাস করতো। সব প্রশ্নের উত্তর দিন।

নামের প্রথম এবং শেষাংশ	মৃত ব্যক্তির সাথে সম্পর্ক	দাবিদারের সঙ্গে সম্পর্ক	জন্ম তারিখ	শিশু সম্পূর্ণরূপে অন্ধ কি? (হ্যাঁ/না)	শিশু কি সম্পূর্ণরূপে স্থায়ীভাবে নিষ্ক্রিয়? (হ্যাঁ/না)	শিশু আমার সাথে বসবাস (হ্যাঁ/না)	সন্তানের সঙ্গে জীবিত থাকার (হ্যাঁ/না)

ডিসিডেন্টের সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর: _____

2. যে সব শিশু মৃত ব্যক্তির সাথে বা আমার সাথে বসবাস করতো না। সব প্রশ্নের উত্তর দিন।

নামের প্রথম এবং শেষাংশ	মৃত ব্যক্তির সাথে সম্পর্ক	ঠিকানা	দাবিদারের সঙ্গে সম্পর্ক	জন্ম তারিখ

23. 3 নং টেবিল. আমি নীচের সন্তানের (বাস্কাদের) আইনী অভিভাবক নই, তবে তথ্য ও বিশ্বাসের ভিত্তিতে নীচের অন্যান্য শিশুদের নাম নীচে দেওয়া হল:

নামের প্রথম এবং শেষাংশ	মৃত ব্যক্তির সাথে সম্পর্ক	ঠিকানা	জন্ম তারিখ

বিভাগ 4: নির্ভরশীল বাবা বা দাদা

এই বিভাগটি নির্ভরশীল ভাইবোনদের বা পিতামাতার সুবিধাগুলি পূরণের মাধ্যমে সম্পন্ন করা উচিত। একটি আইটেম অন্তর্ভুক্ত করা হয়েছে ইঙ্গিত বাস্তব চেক করুন:

- ☐ আপনার এবং মৃত ব্যক্তি (প্রয়োজনীয়) এর মধ্যে সম্পর্ক স্থাপন করে এমন দস্তাবেজ।
- ☐ দলিলপত্র (ট্যাক্স রিটার্ন, চেক, ব্যাংক বিবৃতি, ইত্যাদি) দেখিয়েছে যে মৃত ব্যক্তি আপনাকে সহায়তা করেছে এবং আপনার খরচগুলি (প্রয়োজনীয়) প্রদান করেছে।
- ☐ আদালতের আদেশ বা পাওয়ার অফ অ্যাটর্নি যদি আপনি নির্ভরশীল পিতামাতার বা নির্ভরশীল পিতামাতার আইনী প্রতিনিধি হন এবং তার পক্ষে আবেদন করেন (যদি প্রযোজ্য হয়)।

24. আমি নিশ্চিত যে মৃত্যুর সময়ে, মৃত ব্যক্তির 18 বছরের কম বয়সী স্ত্রী বা নির্ভরশীল বাস্কাদের (অথবা যদি 23 বছরের কম বয়সী শিক্ষার্থী হিসাবে পূর্ণঙ্গ সময়ের শিক্ষার্থী হিসাবে স্বীকৃত শিক্ষা প্রতিষ্ঠানে যোগদান করা হয়) না থাকে, অথবা সম্পূর্ণভাবে অন্ধ বা সম্পূর্ণ এবং স্থায়ীভাবে নিষ্ক্রিয় নির্ভরশীল শিশুদের।

25. আমার _____
(সন্তান অথবা নাতি-নাতনি)

26. আমি মৃত ব্যক্তির মৃত্যুর সময় তার সাথে _____।
(বসবাস করতাম বা বসবাস করতাম না)

ডিসেডেন্টের সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর: _____

NYS শ্রমিকের ক্ষতিপূরণ বোর্ড মৃত্যুর ফলে প্রাপ্ত সুবিধাগুলোর জন্য নিশ্চিতকরণ

27. আমি _____ হতাশ কারণ উপর নির্ভরশীল ছিল
(সম্পূর্ণ বা আংশিকভাবে)

(আপনি কেন নির্ভরশীল ছিল ব্যাখ্যা করুন)

28. ডিসেডেন্টের মৃত্যুর সময় আমার কাছে এবং বর্তমানে আয় নিম্নোক্ত উৎস রয়েছে:

আয়ের উৎস (যেমন, কর্মসংস্থান, সামাজিক নিরাপত্তা, ইত্যাদি)	পরিমাণ লাভ	ফ্রিকোয়েন্সি

29. দেসেডেন্টের মৃত্যুর সময়, আমার প্রতি মাসে নিম্নলিখিত খরচ ছিল:

ব্যয়ের প্রকৃতি	ব্যয়ের পরিমাণ

30. শালীন সরাসরি খনি এই খরচ পরিশোধ।

ব্যয়ের প্রকৃতি	ব্যক্তি আইনত ব্যয়ের জন্য দায়ী	ব্যয়ের পরিমাণ	কিভাবে গ্রহীত বেতন ব্যয়

ডিসেডেন্টের সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর: _____

বিভাগ 5: নির্ভরশীল ভাইবোন বা নাতি

এই বিভাগটি নির্ভরশীল ভাইবোনদের বা পিতামাতার সুবিধাগুলি পূরণের মাধ্যমে সম্পন্ন করা উচিত। আপনার দাবিতে প্রযোজ্য হলে নিম্নলিখিতটি সংযুক্ত করুন এবং এটি অন্তর্ভুক্ত থাকলে বাস্তবায়ন চেক করুন:

- ☐ সমস্ত নির্ভরশীলদের জন্য জন্ম সার্টিফিকেট (প্রয়োজন)।
- ☐ নির্ভরশীল সন্তান বা পিতামাতার দ্বারা নির্ভরশীল গৃহীত হলে গৃহীত হওয়ার আদেশ।
- ☐ ট্যাক্স রিটার্ন, ডেসেডেন্ট, ব্যাংক স্টেটমেন্ট ইত্যাদি থেকে প্রাপ্ত ডকুমেন্টস, ডিসেডেন্টকে নির্ভরশীলদের সমর্থিত দেখাচ্ছে।
- ☐ আপনার প্রতিষ্ঠিত দলিলগুলি নির্ভরশীলের বৈধ অভিভাবক (যদি আপনি অভিভাবক নন)।

31. আমি নিশ্চিত যে মৃত্যুর সময়ে, মৃত ব্যক্তির 18 বছরের কম বয়সী স্ত্রী বা নির্ভরশীল বাচ্চাদের (অথবা যদি 23 বছরের কম বয়সী শিক্ষার্থী হিসাবে পূর্ণাঙ্গ সময়ের শিক্ষার্থী হিসাবে স্বীকৃত শিক্ষা প্রতিষ্ঠানে যোগদান করা হয়) না থাকে, অথবা সম্পূর্ণভাবে অন্ধ বা সম্পূর্ণ এবং স্থায়ীভাবে নিষ্ক্রিয় নির্ভরশীল শিশুদের।

32. আমি নিম্নোক্ত ব্যক্তিদের _____ নই, যারা বিশ্বাসের উপর নির্ভরশীল ছিল:
(পিতা-মাতা, আইনি অভিভাবক)

নির্ভরশীল প্রথম এবং শেষ নাম	মৃত ব্যক্তির সাথে সম্পর্ক	দাবিদারের সঙ্গে সম্পর্ক	জন্ম তারিখ	নাম, যার উপর নির্ভরশীল ব্যক্তি এখন বসবাস তার ঠিকানা

33. নির্ভরশীল _____ সঙ্গে বসবাস করতেন
(নাতি, নাতিনি, ভাই, বোন)

_____ এই ঠিকানায় ডিসেডেন্টের মৃত্যুর সময়:
(স্বীকৃতি না দেওয়া ব্যক্তি বা ব্যক্তির নাম)

(রাস্তার, শহর, প্রদেশ, জিপি কোড)

34. নির্ভরশীল _____ ছিল / প্রত্যাশিত উপর নির্ভরশীল কারণ
(নাতি ভাই, ভাইবোন)

(তারা কেন নির্ভরশীল ছিল ব্যাখ্যা করুন)

35. আমি উপরে তালিকাভুক্ত নির্ভরশীল পিতামহীর বা ভাইবোনদের পক্ষে প্রদেয় বেনিফিটগুলি গ্রহণ করার জন্য আইনীভাবে দায়ী ব্যক্তিকে মনোনীত করার অনুরোধ করছি।

36. যদি নির্ভরশীল পিতামহ এবং / অথবা ভাইবোনদের জন্য আইনত দায়ী ব্যক্তি হিসাবে মনোনীত হয় তবে আমি ছোটখাট প্রাপকের অনুদানের কোনও ব্যয়ের জন্য শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ বোর্ডের চেয়ারম্যান দ্বারা বার্ষিক বা আরো বেশি বার রিপোর্ট জমা দিতে রাজি।

ডিসেডেন্টের সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর: _____

বিভাগ 6: অনির্ভর বাবা

এই বিভাগটি **অনির্ভর বাবা** দ্বারা সম্পন্ন করা উচিত। মৃত ব্যক্তির জন্ম শংসাপত্র সংযুক্ত করুন। দ্রষ্টব্য: অ-নির্ভর পিতামাতার জন্য মৃত্যুর বেনিফিট যদি তারা একে অপরের সাথে বিবাহিত হয় বা \$ 50,000 শুধুমাত্র জীবিত হয় তাহলে \$ 50,000। যদি মা/বাবা একে অপরের সাথে বিবাহিত না হন, তাহলে প্রত্যেকের জন্য সুবিধার পরিমাণ \$25,000 এবং প্রত্যেককে অবশ্যই তার নিজের নিশ্চিতকরণ দাখিল করতে হবে।

37. আমি নিশ্চিত যে তার মৃত্যুর সময় বিয়ে করা হয়নি। 23 বছরের কম বয়সী কোনো শিশু (বাচ্চা) ছিল না; কোন নির্ভরশীল অঙ্ক বা শারীরিকভাবে নিষ্ক্রিয় শিশু (বাচ্চা); কোনও নির্ভরশীল নাতনী (বাচ্চা), ভাই-বোন (রা), বা বোন বয়স 23 বছরের কম বয়সী; কিংবা কোনও নির্ভরশীল অঙ্ক বা শারীরিকভাবে অক্ষম পিতামহ (সন্তান), ভাই (রা) অথবা বোন (রা)।

38. মৃত্যুর সময়ে জীবিত এবং নির্ভরশীল _____ তার মৃত্যুর সময়ে,
(পিতা-মাতা অথবা পিতা-মাতারা)

_____ অনুরোধ করে যে _____ এর যোগফলটি _____ এর নিচে
(আমরা বা আমি) (\$ 25,000 বা \$ 50,000) (আমাদের বা আমি)

তালিকাভুক্ত হিসাবে প্রদান করা হবে।

(প্রথম এবং শেষ নাম)

(রাস্তার, শহর, রাজ্য, এবং জিপ কোড যেখানে আপনি বসবাস করছেন)

(এলাকা কোড সহ টেলিফোন নম্বর)

ডিসেডেন্টের সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর: _____

বিভাগ 7: শালীন এর এস্টেট আইনী প্রতিনিধি

মৃত ব্যক্তির এস্টেটের আইনী প্রতিনিধি এই বিভাগটি পূরণ করতে হবে। প্রযোজ্য হলে নিম্নলিখিতটি সংযুক্ত করুন, এবং যদি এটি অন্তর্ভুক্ত থাকে তবে বক্সটি চেক করুন:

- ☐ মৃত ব্যক্তি এস্টেটের প্রতিনিধিত্বের অবস্থানের জন্য কর্তৃপক্ষকে দেখানো নথি, যেমন চিঠিপত্রের নিয়মাবলী বা প্রশাসনের চিঠিপত্র (প্রয়োজনীয়)।
- ☐ মৃত ব্যক্তির পিতামাতার মৃত্যুর সার্টিফিকেটের কপি।
- ☐ ট্যাক্স রিটার্ন, চেক, ব্যাংক বিবৃতি ইত্যাদি নথি যেমন দেখিয়েছে যে মৃত ব্যক্তি আপনাকে সহায়তা করেছে এবং আপনার দ্বারা ব্যয় করা অর্থ প্রদান করেছে।
- ☐ মৃত ব্যক্তির জন্ম শংসাপত্র।

39. আমি নিশ্চিত যে মৃত্যুর সময়, বিয়ে বিয়ে করা হয়নি; 23 বছরের কম বয়সী কোনো শিশু ছিল না, কোনও নির্ভরশীল অন্ধ বা শারীরিকভাবে অক্ষম শিশু; কোন নির্ভরশীল নাতনী, 23 বছরের কম বয়সী ভাইবোন; কোন জীবিত বাবা; না কোনো নির্ভরশীল অন্ধ বা শারীরিকভাবে অক্ষম পিতামহ বা ভাইবোন।

আমি মৃত ব্যক্তির এস্টেটের আইনী প্রতিনিধি।

তার মৃত্যুর সময় বিবাহিত ছিলেন না; 23 বছরের কম বয়সী কোনো শিশু (বাচ্চা) ছিল না; কোন নির্ভরশীল অন্ধ বা শারীরিকভাবে নিষ্ক্রিয় শিশু (রা); কোনও নির্ভরশীল নাতনী (সন্তান), ভাই-বোন (রা) বয়স 23 বছরের কম বয়সী; কিংবা কোনও নির্ভরশীল অন্ধ বা শারীরিকভাবে অক্ষম পিতামহ (সন্তান), ভাই-বোন (রা), অথবা বোন (রা) ছিল না।

40. মৃত ব্যক্তির পিতা-মাতা _____ যিনি মারা গেলেন _____
(নামের প্রথম এবং শেষাংশ) (মাস, দিন, এবং বছর)

41. মৃত ব্যক্তির অন্যান্য পিতা-মাতা _____ যিনি মারা গেলেন _____
(নামের প্রথম এবং শেষাংশ) (মাস, দিন, এবং বছর)

42. আমার নাম _____ . আমার ঠিকানা _____
(নামের প্রথম এবং শেষাংশ) (রাষ্ট্র, শহর, রাজ্য, এবং জিপ কোড)

_____ (রাষ্ট্র, শহর, রাজ্য, এবং জিপ কোড)

এবং আমার টেলিফোন নম্বর _____
(এলাকা কোড সহ টেলিফোন নম্বর)

43. আমি এইভাবে অনুরোধ করছি যে উপরে তালিকাভুক্ত আমার নামটির যন্ত্র নেওয়ার জন্য ডেডেসেন্টের এস্টেটে \$ 50,000 যোগ করা হবে।

ডিসেডেন্টের সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর: _____

বিভাগ B: সকল আবেদনকারী

সকল আবেদনকারীকে অবশ্যই এই পেজটি পূরণ করতে হবে। এই নিশ্চিতকরণ এবং সব অ্যাটাচমেন্ট শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ বোর্ডের কাছে পাঠান।

নীচে আমার নাম স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি নিশ্চিত করছি যে এই _____ তারিখে _____ 20_____ বছরে, নিউ ইয়র্কের মিথ্যা কথা বলা সংক্রান্ত আইনের শাস্তির সংস্থান অধীনে, যেখানে জরিমানা এবং কারাদণ্ড অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে এবং উপরোক্তটি সত্য এবং আমি জানি যে এই ডকুমেন্টটি কোনো আদালতের কার্যক্রমে দাখিল করা যেতে পারে। এছাড়া আমি আরো নিশ্চিত করছি আমি বুঝেছি যে বিমা দাবির ক্ষেত্রে ইচ্ছাকৃতভাবে মিথ্যা বিবৃতি দিলে আইন অনুযায়ী শাস্তির বিধান রয়েছে।

স্বাক্ষর (শুধুমাত্র কালি - সম্ভব হলে নীল বলপয়েন্ট কলম ব্যবহার করুন)

ডিসেডেন্টের সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর: _____