NEW YORK STATE | Workers' Compensation Board

চরম দারিদ্রতা পুন-নিরূপন অনুরোধ
(Extreme Hardship Redetermination Request)

শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ আইনের ধারা 35(3)

দাবির তথ্য – সমস্ত যোগাযোগে এই নম্বরগুলিকে অন্তর্ভুক্ত করতে হবে

আঘাত/অসুস্থতার তারিখ: _____ WCB কেস #: _____

আমার পিপিডি ক্যাপ সুবিধাসমূহের (PPD Cap Benefits) মেয়াদ শেষ হবে (মামা/দিদি/বববব): _____

কর্মীর তথ্য

নামের শেষাংশ: _____ নামের প্রথম অংশ: _____ এমআই: _____

চিঠি পাঠানোর ঠিকানা: _____ লাইন 2: _____

সিটি: _____ স্টেট: _____ জিপ কোড: _____ দেশ: _____

দিনের বেলার ফোন #: _____ ইমেল ঠিকানা: _____

ফরম C-35 ফাইলটি কখন দাখিল করতে হবে-এই ফর্মটি ব্যবহার করুন যদি আপনি আহত শ্রমিক হিসেবে শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ আইনের ধারা 35(3) অনুসারে, চরম দারিদ্রের কারণে পুন-নিরূপনের অনুরোধ করেন**এবং**আপনি 75% এর বেশি মজুরি উপার্জন ক্ষমতা হারানোর সাথে স্থায়ী আংশিক অক্ষমতা সহ শ্রেণীবদ্ধ হয়ে থাকেন,**এবং**আপনার আওতাভুক্ত সুবিধাগুলি এক বছরের মধ্যে মেয়াদোত্তীর্ণ হয়ে যাবে (আজকের তারিখ থেকে 365 দিন বা তার কম)।

মজুরী-ব্যতিত পারিবারিক আয় – মজুরী-ব্যতিত সকল মাসিক উপার্জনের তালিকা।

	আহত শ্রমিক	স্বামী বা স্ত্রী	আহত শ্রমিকদের সাথে বসবাসরত অন্যান্য প্রাপ্তবয়স্ক
শ্রমিক ক্ষতিপূরণ সুবিধা			
সামাজিক নিরাপত্তা অক্ষমতা সুবিধা			
সামাজিক নিরাপত্তা অবসর সুবিধা			
শিশু সহায়তা আয়			
স্বামী-স্ত্রী ভরণপোষণ			
অন্যান্য আয় (নির্দিষ্ট করুন):			
অন্যান্য আয় (নির্দিষ্ট করুন):			
অন্যান্য আয় (নির্দিষ্ট করুন):			
মজুরী-ব্যতিত পরিবারের মোট আয়	0.00	0.00	0.00

মাসিক প্রয়োজনীয় জীবনযাপন ব্যয় – মাসিক অর্থরাশির তালিকা করুন। মাসিক ছাড়া অন্যান্য পরিশোধিত খরচের জন্য, নির্দেশাবলী দেখুন।

পরিবারিক ব্যয়	মাসিক খরচ	**অন্যান্য ব্যয়** (নির্দিষ্ট করুন)	মাসিক খরচ
ভাড়া বা বন্ধকী			
বিদ্যুত, তেল/গ্যাস, জল/ আবর্জনা			
টেলিফোন/সেল ফোন/ কেবল/ ইন্টারনেট			
		মোট পরিবারিক ব্যয়	0.00

চরম দারিদ্রের ক্ষেত্রে অবদান রাখে এমন অন্যান্য কারণ সমূহ- এই স্থানটি ব্যবহার করুন বা অতিরিক্ত পৃষ্ঠা যুক্ত করুন, চরম দারিদ্রে অবদান রাখে এমন অন্য কোনও বিষয় সম্পর্কে বিস্তারিত জানানোর জন্য।

আহত শ্রমিকের স্বাক্ষর: _____ **তারিখ:** _____

কোন ব্যক্তি যিনি জ্ঞানতঃ এবং ইচ্ছাকৃতভাবে প্রতারণা করার উদ্দেশ্যে উপস্থাপিত করে, উপস্থাপন করার কারণে, অথবা জ্ঞান বা বিশ্বাস মতে প্রস্তুত করে যে এটি একজন বীমা প্রদানকারী, বা স্ব-বীমা প্রদানকারীর দ্বারা উপস্থাপিত হবে এমন কোন তথ্য যার মধ্যে মিথ্যা বিবৃতি রয়েছে বা কোন উপাদান লুকিয়ে থাকে তাহলে তিনি অপরাধে অপরাধী সাব্যস্ত হবেন এবং পর্যাপ্ত জরিমানা ও কারাদণ্ড সাপেক্ষ।

এই ফর্মটি এবং কোন সংযুক্তি থাকলে অবশ্যই Workers' Compensation Board এর নিকট ডাকযোগে, ফ্যাক্স বা ইমেল মারফৎ পাঠাতে হবে

আহত শ্রমিকের প্রতি – এই ফর্মটি ব্যবহার করার সাধারণ তথ্য

আপনি ফ্যাক্স, ইমেল বা সাধারণ ডাকযোগে কোন সংযুক্তি সহ এই ফর্মটি (C-35) Workers' Compensation Board এর নিকটফাইল করতে পারেন। ঠিকানার তথ্যের জন্য নিচে দেখুন। অনুগ্রহ করে আপনার পূরণ করা ফর্ম এবং সমর্থনকারী নথির একটি করে কপি রাখুন। বোর্ড আপনার পূরণ করা ফর্ম পর্যালোচনা করার পরে, আমরা অতিরিক্ত তথ্যের জন্য আপনার সাথে যোগাযোগ করতে পারি। এই ফর্মটিতে যদি আপনার সমস্ত প্রাসঙ্গিক তথ্য অন্তর্ভুক্ত করার জন্য পর্যাপ্ত স্থান সংকুলান না হয় তবে আলাদা নথিতে অতিরিক্ত তথ্য সংযুক্ত করুন। অনুগ্রহ করে আপনার নাম, WCB কেস নম্বর এবং আঘাত বা অসুস্থতার তারিখ পরিষ্কারভাবে সমস্ত নথিতে লেবেল করুন।

1. এই ফর্মটি শুধুমাত্র আহত শ্রমিকদের ব্যবহারের জন্য, যারা 75% এর বেশি মজুরি উপার্জনের ক্ষমতা হারিয়ে, স্থায়ী আংশিক অক্ষম হিসাবে শ্রেণীবদ্ধ হয়েছেন।

2. এই ফর্মটি ক্ষতিপূরণ পেমেন্টের নির্ধারিত অবসানের এক বছরের পূর্বেই Workers' Compensation Board -এ দায়ের করা যাবে। সুবিধাসমূহ অবসান হওয়ার এক বছর পূর্বেই ফরম পূরণ করা হলে, প্রক্রিয়াকরণ করা হবে না।

3. আহত শ্রমিকের সাথে একই পরিবারের বসবাসরত সকল উৎস থেকে অর্জিত আয় তালিকা করতে এই ফর্মটি ব্যবহার করুন। প্রয়োজনীয় অতিরিক্ত পৃষ্ঠা সংযুক্ত করুন। পরিবারের খরচ এবং অন্যান্য যে কোন বিষয় যা চরম দারিদ্রে অবদান রাখে সেগুলি তালিকাবদ্ধ করার জন্য এই ফর্মটি ব্যবহার করুন।

   মাসিক খরছের পরিমাণ লিখুন। যেসকল খরচ মাস ভিত্তিতে পরিশোধ করা হয়না, সেগুলি নিম্নরূপে পরিবর্তন করুন:

যদি কোন বিল পরিশোধ করা হয় ...	মাসিক পরিমাণ গণনা করুন ...
ত্রৈমাসিক	3 দ্বারা ভাগ করে
সাপ্তাহিক	4.3 দ্বারা গুণ করে
দ্বিসাপ্তাহিক (প্রতি দুই সপ্তাহে একবার)	2.17 দ্বারা গুণ করে
পাক্ষিক (প্রতি মাসে দুইবার)	2 দ্বারা গুণ করে

4. সকল খরচ এবং পরিবারের আয় সম্পর্কে C-35 এ তালিকাভুক্ত নথিপত্র জমা দিন। অসম্পূর্ণ আবেদনের কারণে পরিপূর্ণ তথ্যের রসিদের জন্যে বিলম্ব হতে পারে,

ফর্ম C-35 এ ওপরের দিকে সনাক্তকারী তথ্যটি পূরণ করুন এবং সমস্ত আবেদনযোগ্য তথ্য সহ ফর্মটি প্রেরণ করুন:
Workers' Compensation Board
PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5205

ইমেলের মাধ্যমে দায়ের করার ঠিকানা: wcbclaimsfiling@wcb.ny.gov ● স্টেট জুড়ে ফ্যাক্স লাইন: (877) 533-0337

তথ্য উন্মোচন: বোর্ড আপনার সম্মতি ছাড়া, কোন অ-অনুমোদিত পক্ষের নিকট আপনার কেস সম্পর্কে কোন তথ্য প্রকাশ করবে না। আপনি যদি এমন অ-অনুমোদিত পক্ষের নিকটে প্রকাশ করার তথ্য পেতে চান তবে আপনাকে অবশ্যই বোর্ডের নিকট একটি স্বাক্ষরিত ফর্ম OC-110A, শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ রেকর্ড প্রকাশ করার জন্য দাবীদারের অনুমোদন, অথবা একটি আসল স্বাক্ষরিত, নোটারী করা অনুমোদন পত্রের সাথে অবশ্যই জমা দিতে হবে। ফর্ম OC-110A আপনার কাছে পাঠানোর জন্য আপনি আপনার স্থানীয় WCB অফিসে টেলিফোন করতে পারেন, অথবা আপনি এটি আমাদের ওয়েবপেজ www.wcb.ny.gov থেকে ডাউনলোড করতে পারেন। এটি কমন ফর্ম অনলাইন এর হেডলাইনের নিচে পাওয়া যেতে পারে। উপরে লিখিত ঠিকানায় সম্পূর্ণ করা অনুমোদন ফর্মটি ডাকযোগে পাঠান।

নিউইয়র্কের ব্যক্তিগত গোপনীয়তা সুরক্ষা আইন (পাবলিক অফিসার ল আর্ট আর্টিকেল 6-A) এবং 1974 সালের ফেডারেল গোপনীয়তা আইন অনুসারে (5 U.S.C. § 552A) বিজ্ঞপ্তি অনুসারে। Workers' Compensation Board (বোর্ডে)-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 দাবীর পক্ষে পরিচালনা করার জন্য এবং সঠিক দাবির রেকর্ড বজায় রাখতে সহায়তা করার জন্য এটি সংগ্রহ করা হয়। বোর্ডের নিকট আপনার সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বরটি প্রদান করুন। এই ফর্মটিতে আপনার সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বরটি সরবরাহ করতে ব্যর্থ হলে, কোনও শাস্তি নেই; এটি আপনার দাবির প্রত্যাখ্যান বা সুবিধা হ্রাসের কারণ হবে না। বোর্ড যত তথ্য দখলে রাখে, সেই সকল ব্যক্তিগত তথ্যের গোপনীয়তা রক্ষা করবে, শুধুমাত্র সেগুলো অফিসিয়াল প্রয়োজনে এবং প্রযোজ্য রাষ্ট্র এবং ফেডারেল আইন অনুসারে প্রকাশ করবে।