RB-89.2 পূরণ করার নির্দেশাবলী

আবেদনকারীর প্রতি: পুনর্বিবেচনা/ফুল বোর্ড রিভিউয়ের জন্য আবেদন, (ফর্ম RB-89.2), বা এর পরে যেটাকে "আবেদন" হিসাবে অভিহিত করা হবে, অবশ্যই বোর্ড প্যানেল সিদ্ধান্তের স্মারক জমা দেওয়ার নোটিশের 30 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে বোর্ডের সচিবের কাছে দাখিল করতে হবে। বোর্ডের দ্বারা এই ধরনের আবেদনের নথিটির প্রকৃত প্রাপ্তির তারিখে ফর্ম RB-89.2 আবেদনটি বোর্ডে কাছে দায়ের করা হয়েছে বলে মনে করা হয়। 12 NYCRR 300.13(b)(3) এবং অধ্যক্ষের পদমর্যাদা অনুসারে, ফর্ম RB-89.2 শুধুমাত্র দাবির জন্য কেন্দ্রীভূত ইমেল ঠিকানা (**wcbclaimsfiling@wcb.ny.gov**) দিয়ে, অথবা WCB ওয়েব আপলোড লিঙ্কের (https://wcbdoc.services.conduent.com/) মাধ্যমে দায়ের করা যেতে পারে। বিকল্পভাবে, প্রতিনিধিত্বহীন দাবিদাররা বোর্ডের কেন্দ্রীভূত মেইলিং ঠিকানায় (PO Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205) বোর্ডকে ফর্ম RB-89.2 মেইল করতে পারেন। ওয়ার্কারস কম্পেনসেশনে বৈষম্যের দাবিতে RB-89.2 ফর্মগুলিকে, অবশ্যই বোর্ডের ডিসক্রিমিনেশন ইউনিট, PO বক্স 9029, Endicott, NY 13761-9029 ঠিকানাতে আবেদনটি মেইল করে বোর্ডের কাছে দায়ের করতে হবে। প্রতিবন্ধিতার সুবিধা দাবি করার জন্য দায়ের করা RB-89.2 ফর্ম (আঘাত বা অসুস্থতার কারণে হারানো মজুরির দাবি যা কাজ-সম্পর্কিত নয়) ডিসেবিলিটি বেনিফিটস ব্যুরো, PO বক্স 9029, Endicott, NY- 13761-9029 এর কাছে মেইল করে আবেদনটি অবশ্যই বোর্ডের কাছে দায়ের করতে হবে। এই আবেদনের একটি অনুলিপি অবশ্যই 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) অনুসারে সমস্ত প্রয়োজনীয় আগ্রহী পক্ষকে পরিবেশন করতে হবে। ফর্ম RB-89.2 যদি না কোনো প্রতিনিধিত্বহীন দাবিদার দ্বারা জমা দেওয়া হয়, সেটি অবশ্যই অধ্যক্ষ দ্বারা নির্ধারিত ফর্ম্যাটে হতে হবে এবং আবেদনের সমস্ত বিভাগ অবশ্যই পূরণ করতে হবে। 12 NYCRR 300.13 এবং এই নির্দেশাবলী অনুসারে প্রয়োজনীয় সমস্ত তথ্য সরবরাহ করতে ব্যর্থ হলে, আবেদন প্রত্যাখ্যান করা হতে পারে।

দ্রষ্টব্য: পুনর্বিবেচনা/ফুল বোর্ড রিভিউয়ের জন্য আবেদনগুলি কোনো বোর্ড অফিসে নিজে হাতে পাঠানো হলে তা গ্রহণ করা হবে না। RB-89.2 ফর্মগুলি সরাসরি জেনারেল কাউন্সেলের অফিসে মেইল করা বা জমা দেওয়া হয়ে থাকলে সেগুলি বোর্ডে দায়ের করা হয়নি বলে ধরে নেওয়া হবে এবং সেগুলিকে বিবেচনা করা হবে না।

অন্য সব পক্ষের কাছে: যেকোনো পুনর্বিবেচনার জন্য আবেদনের খণ্ডন/ফুল বোর্ড রিভিউ (ফর্ম RB-89.3) অবশ্যই বোর্ডের কাছে 30 ক্যালেন্ডার দিনের মধ্যে পরিবেশন করতে হবে যে তারিখে আবেদনটি পক্ষগুলিকে দেওয়া হয়েছিল, যেমনটি 12 NYCRR 300.13(c) অনুসারে RB-89.2 ফর্মের প্রুফ অফ সার্ভিস বা পরিষেবার প্রমাণ বিভাগের উল্লেখ করা হয়েছে।

1. **WCB কেস নম্বর(গুলি)।** যে দাবি(গুলি) আপিল করা হচ্ছে তার WCB কেস নম্বর(গুলি) লিখুন। WCB কেস নম্বর(গুলি)-র মধ্যে ওয়ার্কারস কম্পেনসেশন, বৈষম্য, প্রতিবন্ধিতা জনিত সুবিধা, সবেতন পারিবারিক ছুটি বিষয়ক বৈষম্য, স্বেচ্ছাসেবক অগ্নিনির্বাপক এবং স্বেচ্ছাসেবক অ্যাম্বুলেন্স কর্মীর সুবিধাগুলির জন্য কেস নম্বর অন্তর্ভুক্ত থাকে।
2. **ক্যারিয়ারের কেস নম্বর(গুলি)।** যে দাবি(গুলি) আপিল করা হচ্ছে তার ক্যারিয়ারের কেস নম্বর(গুলি) লিখুন। এই ধারা/আইটেম বৈষম্যের জন্য করা দাবির জন্য প্রযোজ্য নয়।
3. **ক্যারিয়ারের কোড।** যে দাবির জন্য আবেদন করা হচ্ছে তার জন্য ক্যারিয়ারের ক্যারিয়ার কোড লিখুন। এই ধারা/আইটেম বৈষম্যের জন্য করা দাবির জন্য প্রযোজ্য নয়।
4. **ক্যারিয়ারের নাম।** যে দাবির জন্য আবেদন করা হচ্ছে তার জন্য ক্যারিয়ারের নাম লিখুন। এই ধারা/আইটেম বৈষম্যের জন্য করা দাবির জন্য প্রযোজ্য নয়।
5. **আঘাত পাবার/ছুটি নেবার তারিখ।** আঘাত লাগার তারিখটি লিখুন বা যে তারিখে পারিবারিক সবেতন ছুটি শুরু দেওয়া হয়েছিল তা লিখুন (যদি সবেতন পারিবারিক ছুটি না নেওয়া হয়ে থাকে, বৈষম্যের অভিযোগ করার তারিখ লিখুন)।
6. **দাবীদারের নাম।** কর্মচারীটির পূর্ণ নাম লিখুন।
7. **দাবিদারের ঠিকানা।** কর্মচারীটির রাস্তার ঠিকানা, সিটি, স্টেট এবং জিপ কোড এবং ডাকযোগে পাঠানোর ঠিকানা আলাদা হয়ে থাকলে সেই ঠিকানাও লিখুন।
8. **আপিলের অনুরোধকারী পক্ষ।** কোন পক্ষ আপিলটি করছে/ এই পুনর্বিবেচনার জন্য আবেদন/ফুল বোর্ড রিভিউ দায়ের করছে তা নির্দেশ করুন।
9. **পুনর্বিবেচনার জন্য আবেদন/ফুল বোর্ড রিভিউ।** আবেদনটি 1) বাধ্যতামূলক বা 2) বিবেচনামূলক কিনা তা নির্দেশ করুন।
10. **মেমোরেন্ডাম অফ বোর্ড প্যানেলের সিদ্ধান্ত দায়ের করার তারিখ।** যে সিদ্ধান্তের বিষয়ে আপিল করা হচ্ছে সেই সিদ্ধান্তের তারিখ লিখুন।
11. **যে প্রতিকার চাওয়া হয়েছে।** যে ধরনের প্রতিকার চাওয়া হচ্ছে তা নির্দেশ করুন।
12. **বর্তমান মামলার অবস্থা।** মামলার অবস্থা নির্দেশ করুন।
13. **পুনর্বিবেচনার জন্য সমস্যা(গুলি) উল্লেখ করুন।** পুনর্বিবেচনার জন্য নির্দিষ্ট সমস্যা(গুলি) বলুন।
14. **আবেদন করার ভিত্তি।** যে বিশেষ কারণের উপর ভিত্তি করে আবেদন করা হয়েছে তার একটি সংক্ষিপ্ত বিবৃতি প্রদান করুন, যার মধ্যে ঘটনা সম্পর্কে যে নির্দিষ্ট বিষয়গুলি অনুসন্ধান করে পাওয়া গেছে এবং/অথবা আইনের যেসব ত্রুটিগুলি আছে বলে অভিযোগ করা হয়েছে সেগুলি সহ। সেসব সাধারণ অভিযোগ যা সিদ্ধান্ত নেওয়ার বিষয়গুলিকে নির্দিষ্টভাবে বোর্ডের নজরে আনে না তা অপর্যাপ্ত। অতিরিক্ত শীট সংযুক্ত করা যেতে পারে, সর্বোচ্চ আট (8)-টি পৃষ্ঠা পর্যন্ত।

15. শুনানির তারিখ, অনুলিপি, নথি, প্রদর্শনী এবং অন্যান্য প্রমাণ। এই আবেদনে উত্থাপিত সমস্যা(গুলি) এবং তার ভিত্তি(গুলি) এর সাথে প্রাসঙ্গিক বিষয়ের রেকর্ড,বা এর অনুরূপ অংশের উল্লেখ করুন। ওয়ার্কারস কম্পেনসেশন ল জাজ (WCLJ) এর সামনে যে শুনানির তারিখ(গুলি) উত্থাপিত হয়েছিল, সেইসাথে অন্যান্য প্রাসঙ্গিক শুনানির তারিখগুলি নির্দেশ করুন। পর্যালোচনার জন্য উত্থাপিত সমস্যা এবং ভিত্তিগুলির সাথে প্রাসঙ্গিক তারিখ এবং/অথবা নথির ID নম্বর(গুলি), বোর্ডের দায়ের করা সেই সামগ্রীর অনুলিপি, নথিপত্র, প্রতিবেদন, প্রদর্শিত সামগ্রী এবং অন্যান্য প্রমাণগুলিকে চিহ্নিত করুন। কার্যবিবরণীর অনুলিপি যদি তৈরি না করা হয়ে থাকে তাহলে তা নির্দেশিত করুন। আবেদন জমা দেওয়ার সময় বোর্ডের ফাইলে উপস্থিত কোনো নথি এই আবেদনের সাথে অন্তর্ভুক্ত বা সংযুক্ত করবেন না।

16. সুপ্রিম কোর্টের আপিল ডিভিশন, থার্ড ডিপার্টমেন্টে আবেদন করা। সুপ্রীম কোর্টের আপিল ডিভিশন, থার্ড ডিপার্টমেন্টে মেমোরেন্ডাম অফ ডিসিশনের আপিল করা হবে কিনা তা নির্দেশ করুন।

17. সার্টিফিকেশন। প্রস্তুতকারীকে অবশ্যই ফর্মটিতে তারিখ সহ স্বাক্ষর করে (এছাড়াও তাদের নাম, পদবী, টেলিফোন নম্বর এবং ঠিকানা প্রদান করতে হবে) আইন এবং বাস্তবতার ভিত্তিতে আবেদনটিকে সরল বিশ্বাসের ভিত্তিতে সার্টিফাই করতে হবে যে এটি যুক্তিসঙ্গত ভিত্তির উপরে প্রতিষ্ঠিত হয়েছিল এবং পরিষেবা বিভাগের প্রমাণ হিসাবে নথিটি প্রয়োজনীয় আগ্রহী পক্ষগুলিকে পরিবেশন করা হয়েছিল।

18. পরিষেবা দেবার প্রমাণ। আবেদনটি অবশ্যই 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) অনুসারে আগ্রহী সমস্ত প্রয়োজনীয় পক্ষগুলিতে পরিবেশন করতে হবে। সঠিকভাবে কোনো প্রয়োজনীয় পক্ষকে পরিবেশন করতে ব্যর্থতা ত্রুটিপূর্ণ পরিষেবা হিসাবে বিবেচিত হবে এবং আবেদনটিকে বোর্ড বাতিলও করতে পারে। যখন বোর্ডের পুনর্বিবেচনার জন্য আবেদনটি (ফর্ম RB-89) ক্যারিয়ার, সেলফ-ইনসিওরড নিয়োগকর্তা বা অন্য অর্থ প্রদানকারী বা সম্ভাব্য প্রদানকারীরা দায়ের করেন, তখন পরিষেবাটি দাবিদার এবং দাবিদারের আইনী প্রতিনিধি এবং অন্যান্য প্রয়োজনীয় আগ্রহী পক্ষের জন্য করা হবে। আবেদনকারীকে বোর্ডের সিদ্ধান্ত দায়ের করার তিরিশ (30) দিনের মধ্যে সম্পূর্ণ করলে পরিষেবাটি সময়োপযোগী হয়েছে বলে বিবেচিত হয়। নিশ্চিতকরণটি অবশ্যই সম্পূর্ণ করতে হবে এবং বোর্ডের কাছে যে পদ্ধতিতে এবং যে তারিখে আবেদন দায়ের করা হয়েছে তা এর মধ্যে অবশ্যই অন্তর্ভুক্ত করতে হবে। আবেদনকারী বোর্ডের কাছে শুধুমাত্র একটি পদ্ধতিতে আবেদনটি দায়ের করবে। যদি আবেদনকারী ডুপ্লিকেট আবেদন দায়ের করে, তাহলে এই ধরনের ডুপ্লিকেট দায়ের করাকে যুক্তিসঙ্গত কারণ ছাড়াই একটি সমস্যা বার বার উত্থাপন করা বা চালিয়ে যাওয়া হচ্ছে বলে মনে করা যেতে পারে এবং WCL § 114-a(3) এর অধীনে আবেদনকারীকে মূল্যায়নের অধীন করা হতে পারে। সম্পূর্ণ নিশ্চিতকরণে অবশ্যই পরিবেশিত কাগজপত্র, পরিবেশিত আগ্রহী পক্ষগুলির নাম, প্রতিটি আগ্রহী পক্ষের জন্য পরিষেবা দেবার তারিখ এবং পদ্ধতি উল্লেখ করতে হবে এবং সেই পরিষেবাটি যা কিনা আবেদন করার বিষয়বস্তু সেটি যে সিদ্ধান্তটি দায়ের করার 30 দিনের মধ্যে সম্পূর্ণ করা হয়েছিল তাও উল্লেখিত হতে হবে। যদি যে ব্যক্তিদের পরিবেশন করা হয়েছিল তাদের তালিকা এবং "সংযুক্ত নথি দেখুন" হিসাবে তালিকা উল্লেখের পদ্ধতিকে নিশ্চিতকরণের অংশটি সম্পূর্ণ করা হয়েছে বলে মেনে নেওয়া হবে না। যদি কোনো পক্ষকে ইমেইল বা অন্যান্য ইলেকট্রনিক উপায়ে পরিবেশন করা হয়, তাহলে নিশ্চিতকরণে অবশ্যই একটি সার্টিফিকেট অন্তর্ভুক্ত করতে হবে যেখানে যে পক্ষটিকে এই ভাবে পরিবেশন করার অনুমতি দেওয়া হয়েছে তা সুস্পষ্ট ভাবে উল্লেখিত থাকে [দেখুন 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv)(C)]। আবেদনটি একই পদ্ধতিতে প্রতিটি পক্ষের কাছে পরিবেশন করতে হবে এমন কোনো প্রয়োজন নেই। নিশ্চিতকরণ অবশ্যই তারিখ সহ স্বাক্ষরিত হতে হবে যে ক্ষেত্রে শপথভঙ্গ করলে শাস্তি পেতে হবে।

NEW YORK STATE | Workers' Compensation Board

পুনর্বিবেচনা/ফুল বোর্ড রিভিউয়ের জন্য আবেদন

PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5205

www.wcb.ny.gov

1. WCB কেস নম্বর(গুলি)	2. ক্যারিয়ারের কেস নম্বর(গুলি)	3. ক্যারিয়ারের কোড	4. ক্যারিয়ারের নাম	5. আঘাতের/ছুটির তারিখ

6. দাবীদারের নাম	7. দাবিদারের ঠিকানা

8. যার পক্ষ অবলম্বন করে এই আবেদন করা হয়েছে:

9. WCL ধারা 32 এবং 142(2) এর অধীনে পুনর্বিবেচনা/ফুল বোর্ড রিভিউয়ের জন্য এই আবেদনটি হল:
- ☐ বাধ্যতামূলক (একজন নিরপেক্ষ বিশেষজ্ঞের কাছে সুপারিশ করার একমাত্র ভিত্তি ছাড়া অন্য একটি ভিন্নমত ছিল)
- ☐ বিবেচনামূলক

10. বোর্ড প্যানেল সিদ্ধান্তের মেমোরেন্ডাম দায়ের করার তারিখ (mm/dd/yyyy):

11. যে বিষয়ে প্রতিকার চাওয়া হয়েছে সেগুলি হল:
- ☐ মেমোরেন্ডাম অফ ডিসিশনের প্রশাসনিক সংশোধন
- ☐ মেমোরেন্ডাম অফ ডিসিশনের পরিবর্তন
- ☐ মেমোরেন্ডাম অফ ডিসিশন ফিরিয়ে নেওয়া
- ☐ মেমোরেন্ডাম অফ ডিসিশন বহিষ্কার

12. একটিতে দাগ দিন: ☐ অননুমোদিত ☐ প্রতিষ্ঠিত

13. পুনর্বিবেচনার জন্য নির্দিষ্ট সমস্যা(গুলি) বলুন:

14. আবেদন করার ভিত্তি। পুনর্বিবেচনার জন্য এই আবেদনটি নিম্নলিখিত কারণের উপর ভিত্তি করে করা হয়েছে (অতিরিক্ত পৃষ্ঠা সংযুক্ত করা যেতে পারে, সর্বাধিক ৪ পৃষ্ঠা পর্যন্ত):

15. শুনানির তারিখ, অনুলিপি, নথি, প্রদর্শনী এবং অন্যান্য প্রমাণ। (বিশদ বিবরণের জন্য নির্দেশাবলী দেখুন):

16. সুপ্রীম কোর্টের আপিল ডিভিশন, থার্ড ডিপার্টমেন্টে মেমোরেন্ডাম অফ ডিসিশনের আপিল করা হয়েছে কি বা হবে কি?
☐ হ্যাঁ ☐ না

ওয়ার্কারস কম্পেনসেশন বোর্ড কোনো বৈষম্য ছাড়াই প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের নিয়োগ করে এবং পরিষেবা প্রদান করে

RB-89.2 4-24

17. সার্টিফিকেশন: নিচের প্রদত্ত স্থানে এই নথিতে স্বাক্ষর করার অর্থ, আমি সার্টিফাই করছি যে এই আবেদনটির আইন ও বাস্তবতার উপর একটি ভালো বিশ্বাসের ভিত্তি রয়েছে, যুক্তিসঙ্গত ভিত্তিতে প্রতিষ্ঠিত করা হয়েছে এবং সমস্ত প্রয়োজনীয় আগ্রহী পক্ষকে পরিবেশনের পদ্ধতি ব্যবহার করে পরিবেশন করা হয়েছে, প্রকৃত ঠিকানা সহ যেখানে নিম্নলিখিত পরিবেশন নিশ্চিতকরণের তালিকাভুক্ত ঠিকানায় পরিষেবাটি হস্তান্তরিত করা হয়েছিল। আমি জানি যে ওয়ার্কারস কম্পেনসেশন আইন অনুসারে যুক্তিসঙ্গত কারণ ছাড়াই কার্যক্রম শুরু করার বা চালিয়ে যাওয়ার জন্য এবং/অথবা দেরী হবার কারণে যথেষ্ট জরিমানা লাগু করা হয়। আমি জানি যে যদি এই আবেদনটি কোনো কারণে প্রত্যাহার করা হয় বা উত্থাপিত সমস্যাগুলির কোনো একটিকে পক্ষগুলি সমাধান করে নেয়, তাহলে আমাকে অবশ্যই অবিলম্বে বোর্ড এবং প্রয়োজনীয় পক্ষগুলিকে লিখিতভাবে অবহিত করতে হবে।

প্রস্তুতকারীর স্বাক্ষর: ______________________ প্রস্তুত করার তারিখ (mm/dd/yyyy): ______________

স্পষ্টভাবে লেখা নাম: ______________ পদমর্যাদা: ______________ টেলিফোন নম্বর: ______________

ঠিকানা: ______________________________

পরিষেবা দেবার প্রমাণ

নিশ্চিতকরণ

আমি এতদ্বারা শপথভঙ্গ করলে শাস্তি পাবার শর্তাধীনে নিশ্চিত করছি যে আমি 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) এবং (3) এ নির্ধারিত পদ্ধতিতে বোর্ডের পুনর্বিবেচনার আবেদন/ফুল বোর্ড রিভিউয়ের জন্য দায়ের করা নথি এবং পরিষেবার প্রয়োজনীয়তাগুলি নিচে যেভাবে বলা আছে সেভাবে অনুপালন করেছি এবং আমি বুঝতে পারি যে এই নথিটির ভিত্তিতে আইন দ্বারা প্রতিষ্ঠিত আদালত কোনো পদক্ষেপ নিতে পারে বা মামলা দায়ের করা যেতে পারে।

A. আমি বোর্ডের কাছে (**তারিখ - mm/dd/yyyy**) ______________ তারিখে এইভাবে (একটি পদ্ধতি বাছুন) বোর্ডের পুনর্বিবেচনার জন্য আবেদনটি দায়ের করেছি:

- ☐ PO Box 5205, Binghamton, NY 13902 ঠিকানায় ডাকযোগে (শুধুমাত্র প্রতিনিধিত্বহীন দাবিদারদের জন্য)
- ☐ wcbclaimsfiling@wcb.ny.gov ঠিকানায় ইমেইল করে
- ☐ WCB ওয়েব আপলোড লিঙ্ক (https://wcbdoc.services.conduent.com)
- ☐ **ওয়ার্কারস কম্পেনসেশন ডিসক্রিমিনেশন ক্লেইম**: Discrimination Unit, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029 ঠিকানায়
- ☐ **প্রতিবন্ধিতার সুবিধাসমূহ**: Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029 ঠিকানায় ডাকযোগে

B. আমি (**তারিখ - mm/dd/yyyy**) ______________ তারিখে বোর্ডের পুনর্বিবেচনার জন্য আবেদনটি সরবরাহ করেছি (প্রয়োজনে অতিরিক্ত শীট সংযুক্ত করুন)

নাম:	দ্বারা (পদ্ধতি):	স্থান (ঠিকানা):

আমি সার্টিফাই করছি যে ইমেইল বা অন্যান্য ইলেকট্রনিক উপায়ে পরিবেশিত কোনো পক্ষকে এই ধরনের মাধ্যমে পরিষেবা গ্রহণের সুস্পষ্ট অনুমতি প্রদান করেছে।

আমি সার্টিফাই করছি যে এই পুনর্বিবেচনার জন্য আবেদন/ফুল বোর্ড রিভিউ পরিষেবা, উপরে যেভাবে উল্লিখিত হয়েছে সেভাবে, সিদ্ধান্তটি দায়ের করার তিরিশ দিনের মধ্যে সম্পূর্ণ হয়েছিল যা কিনা এই আবেদনের বিষয়বস্তু।

তারিখ (mm/dd/yyyy): ______________ স্বাক্ষর: ______________________

স্পষ্টভাবে নাম লিখুন: ______________________