NEW YORK STATE | Workers' Compensation Board

ওয়ার্ল্ড ট্রেড সেন্টার স্বেচ্ছাসেবকের ক্ষতিপূরণের দাবি

পূরণকৃত ফরম এখানে পাঠান:
PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5205

আপনাকে অবশ্যই সমস্ত প্রশ্নের সম্পূর্ণ উত্তর দিতে হবে - স্পষ্টভাবে টাইপ করুন বা প্রিন্ট করুন। ওয়ার্ল্ড ট্রেড সেন্টারের স্বেচ্ছাসেবক হিসেবে দাবি করার জন্য দ্বিতীয় পৃষ্ঠায় থাকা প্রয়োজনীয়তাগুলি যত্নসহকারে পড়ুন। আপনাকে অবশ্যই ওয়ার্ল্ড ট্রেড সেন্টার হেলথ প্রোগ্রামের সংকল্পের চিঠিসহ এই ফরমের সাথে সমস্ত প্রয়োজনীয় ডকুমেন্টেশন প্রদান করতে হবে।

A. আহত ব্যক্তি

নামের শেষ অংশ: ______ নামের প্রথম অংশ: ______ নামের মধ্যাংশ: ______

ডাকযোগে যোগাযোগের ঠিকানা: ______ লাইন 2: ______

সিটি: ______ স্টেট: ______ জিপ কোড: ______ দেশ: ______

দিনে যোগাযোগের ফোন #: ______ ইমেইল ঠিকানা: ______

সামাজিক নিরাপত্তা #: ______ জন্ম তারিখ (মাস/দিন/বছর): ______ লিঙ্গ: ☐ পুরুষ ☐ মহিলা ☐ অন্যান্য

আপনি কি ইংরেজিতে কথা বলেন: ☐ হ্যাঁ ☐ না   না হলে, আপনি কোন ভাষায় কথা বলেন: ______

B. স্থান/সময়

আপনি গ্রাউন্ড জিরো বা ফ্রেশ কিলস ল্যান্ডফিলে বা এর কাছাকাছি কোন তারিখে (মাস/দিন/বছর) স্বেচ্ছাসেবক ছিলেন: ______

একটি স্বেচ্ছাসেবক এজেন্সি বা উদ্ধারকারী সংস্থা কি গ্রাউন্ড জিরো বা এর আশেপাশে বা ফ্রেশ কিলস ল্যান্ডফিলে আপনার কার্যক্রম পরিচালনা করেছে: ☐ হ্যাঁ ☐ না

হ্যাঁ হলে, এজেন্সি বা সংস্থার নাম: ______

না হলে, কে WTC উদ্ধার, পুনরুদ্ধার, বা পরিষ্কারে অংশগ্রহণকে সমর্থন করার জন্য একটি বিবৃতি প্রদান করতে পারে: ______

C. আঘাত/অসুস্থতার প্রকৃতি ও পরিধি

কিভাবে আঘাত পেয়েছেন/অসুস্থ হয়েছেন: ______

শরীরের আঘাতপ্রাপ্ত সমস্ত অংশসহ আপনার আঘাত/অসুস্থতার প্রকৃতি সম্পূর্ণরূপে বর্ণনা করুন: ______

আপনি কি এই আঘাত/অসুস্থতার কারণে নিয়মিত কাজ বন্ধ করেছেন: ☐ হ্যাঁ ☐ না   হ্যাঁ হলে, বন্ধের তারিখ (মাস/দিন/বছর): ______

আপনি নিয়মিত কাজ বন্ধ করে থাকলে, আপনি কি কাজে ফিরে এসেছেন: ☐ হ্যাঁ ☐ না   হ্যাঁ হলে, ফিরে আসার তারিখ (মাস/দিন/বছর): ______

নিয়মিত নিয়োগকর্তার নাম: ______

নিয়মিত নিয়োগকর্তার ঠিকানা: ______

D. সুবিধা/চিকিৎসা সেবা

আপনি কি 11 সেপ্টেম্বর ভিকটিম কম্পেনসেশন ফান্ড থেকে সুবিধার জন্য আবেদন করেছেন: ☐ হ্যাঁ ☐ না

হ্যাঁ হলে, আপনার দাবির স্ট্যাটাস দিন: ______

আপনি কি চিকিৎসা সেবা পেয়েছেন বা এখন পাচ্ছেন: ☐ হ্যাঁ ☐ না   আপনার কি এখন চিকিৎসা সেবা প্রয়োজন: ☐ হ্যাঁ ☐ না

সেবা প্রদানকারী ডাক্তারের নাম: ______

ডাক্তারের ঠিকানা: ______

আপনি যদি হাসপাতালে থেকে থাকেন, হাসপাতালে ভর্তির তারিখ দিন (মাস/দিন/বছর): ______

হাসপাতালের নাম: ______

হাসপাতালের ঠিকানা: ______

আঘাত/অসুস্থতার চিকিৎসা সেবার জন্য আপনি কি নিজের পকেটের কোনো অর্থ খরচ করেছেন: ☐ হ্যাঁ ☐ না

হ্যাঁ হলে, আপনার পকেট থেকে মোট খরচের পরিমাণ কত: $ ______

আমি এতদ্বারা গ্রাউন্ড জিরো বা এর আশেপাশে বা ফ্রেশ কিলস ল্যান্ডফিলে স্বেচ্ছাসেবক হিসেবে কাজের ফলে আঘাত/অসুস্থতার কারণে ক্ষতিপূরণের জন্য আমার দাবি উপস্থাপন করছি এবং এর সমর্থনে আমি পূর্বোক্ত বিবৃতিটি উপস্থাপন করছি।

______ ______

আহত ব্যক্তির স্বাক্ষর (দাবিদার)   তারিখ

যেকোনো ব্যক্তি যিনি জেনেশুনে এই ধরনের অর্থপ্রদান বা সুবিধার বিধান এড়ানোর উদ্দেশ্যে এই অধ্যায়ের অধীনে যেকোনো সুবিধা বা অর্থপ্রদানের জন্য প্রতিবেদন, তদন্ত বা দাবি সমন্বয় করার সময় বস্তুগত সত্য হিসেবে একটি মিথ্যা বিবৃতি বা উপস্থাপনা করে তাকে একটি অপরাধে দোষী সাব্যস্ত করা হবে একটি অপরাধ এবং যথেষ্ট জরিমানা ও কারাবাস প্রদান করা হবে।

দাবিদারের কাছে গুরুত্বপূর্ণ তথ্য ওয়ার্ল্ড ট্রেড সেন্টার স্বেচ্ছাসেবকের ক্ষতিপূরণের দাবি (ফরম WTCVol-3)

11 সেপ্টেম্বর, 2001 তারিখে, ওয়ার্ল্ড ট্রেড সেন্টারে সন্ত্রাসী হামলার পর নিউ ইয়র্কবাসীদের সহায়তা প্রদান করার সময় আহত বা প্রতিবন্ধী স্বেচ্ছাসেবকদের ক্ষতিপূরণ প্রদানের জন্য তহবিল রয়েছে। এই তহবিলগুলি নিউ ইয়র্ক স্টেট ওয়ার্ল্ড ট্রেড সেন্টার ভলান্টিয়ার ফান্ড নামে পরিচিত। নিউ ইয়র্ক স্টেট ওয়ার্কার্স কম্পেনসেশন বোর্ড ওয়ার্ল্ড ট্রেড সেন্টার সাইট বা ফ্রেশ কিলস ল্যান্ডফিলে স্বেচ্ছাসেবী কাজের ফলে অসুস্থতা বা আঘাতপ্রাপ্ত স্বেচ্ছাসেবকদের কাছ থেকে দাবি গ্রহণ করবে এবং ওয়ার্কার্স কম্পেনসেশন আইন ও বোর্ডের নিয়ম অনুসারে তহবিল থেকে অর্থ প্রদান করবে। এই ফরমটি পূরণ, স্বাক্ষর এবং ফাইল করার মাধ্যমে, আপনি নিউ ইয়র্ক স্টেট ওয়ার্ল্ড ট্রেড সেন্টার স্বেচ্ছাসেবক তহবিলের বিরুদ্ধে একটি দাবি করছেন।

অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে ওয়ার্ল্ড ট্রেড সেন্টারের সমস্ত স্বেচ্ছাসেবকদের জন্য সুবিধাগুলি নিউ ইয়র্ক স্টেট ওয়ার্ল্ড ট্রেড সেন্টার স্বেচ্ছাসেবক তহবিলের মাধ্যমে প্রদত্ত তহবিলের অব্যাহত অস্তিত্বের মধ্যে সীমাবদ্ধ।

আপনার দাবি নথিভুক্ত করতে, নিউ ইয়র্ক স্টেট ওয়ার্কার্স কম্পেনসেশন বোর্ডে নিম্নলিখিত অনুলিপিগুলিসহ এই ফরমটি জমা দিন:

1. স্বেচ্ছাসেবক স্ট্যাটাসের প্রমাণ (গ্রাউন্ড জিরো বা ফ্রেশ কিলস ল্যান্ডফিলে আপনার 11 সেপ্টেম্বর স্বেচ্ছাসেবক কার্যক্রম পরিচালনাকারী সংস্থার কাছ থেকে প্রশংসা/নিশ্চিতকরণের চিঠি; ছবি, সাক্ষীর চিঠি ইত্যাদি)।
2. একটি মনোনীত সাইটে স্বেচ্ছাসেবক হিসেবে কার্যকারণ সম্পর্কিত আঘাত বা অসুস্থতার মেডিকেল প্রমাণ।
3. পপরণকৃত WTC-12 ফমর (ওয়ার্লয মেরড স ারে উ ার, পুনরু ার বা পরি ার-পরি নতা কা য রমে অংশ ণের নিব ধন)।
4. ওয়ার্লয মেরড স ার ে লথ ে রা মথেকে ণ বা অমবীকারের চিসঠ। বোেজর এখন রয়োজন যে মেব াসেবেক মকীগণ বোেজর কাছে দাবি করার আগে ওয়ার্লয মেরড স ার ে লথ ে রা মরে কাছে একসট দাবি উ াপন করবে; ওয়ার্লয মেরড স ার ে লথ ে রা মরে সুবিধা প র (বেনিফিট লেটার) WTCVol-3 এর সাথে জমা দিতে বে।
5. আপনি যদি ভিকসটম ক নসশেন ফা ড একসট দাবি প র জমা দিয়ে থাকেন, তবে সাম্পরতিকতম যোগ নি যারণের চিসঠ, পুর ারের চিসঠ বা দাবির অব ার অ যা য বিজ্ঞপ্তি রদান করুন।
6. পপরণকৃত WTC HIPAA রিলিজ ফমর – wcb.ny.gov/content/main/forms/wtc-hipaa_B.pdf
7. পপরণকৃত সমিভকট ক সনশেন ফা ড রিলিজ ফমর – wcb.ny.gov/content/main/Bengali/wtc-vcf_auth_B.pdf

অনুগ্রহ করে আপনার রেকর্ডের জন্য সমস্ত ডকুমেন্টেশন রাখুন।

অনুগ্রহ করে আপনার স্বাস্থ্যসেবা সরবরাহকারীকে অবহিত করুন যে ওয়ার্কার্স কম্পেনসেশন বোর্ড কর্তৃক পরিচালিত নিউ ইয়র্ক স্টেট ওয়ার্ল্ড ট্রেড সেন্টার ভলান্টিয়ার ফান্ডে আপনার একটি মুলতুবী দাবি রয়েছে এবং তাদের বিল ও মেডিকেল রিপোর্টগুলি নিউ ইয়র্ক স্টেট ওয়ার্কার্স কম্পেনসেশন বোর্ড, নো ইন্স্যুরেন্স ইউনিট, PO Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205 ঠিকানায় পাঠাতে হবে।

নিউ ইয়র্কের ব্যক্তিগত গোপনীয়তা সুরক্ষা আইন অনুসারে বিজ্ঞপ্তি
(পাবলিক অফিসারস ল আর্টিকেল 6-A) এবং 1974 সালের ফেডারেল প্রাইভেসি অ্যাক্ট (5 U.S.C. § 552a)।
শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ বোর্ডের (বোর্ডের) কর্তৃপক্ষ দাবিদারদের তাদের সামাজিক নিরাপত্তা নম্বরসহ ব্যক্তিগত তথ্য প্রদান করার জন্য অনুরোধ করে, যা শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ আইন (WCL) § 20 এর অধীনে বোর্ডের তদন্তকারী কর্তৃপক্ষ এবং WCL § 142 এর অধীনে এর প্রশাসনিক কর্তৃপক্ষ থেকে নেওয়া হয়েছে। এই তথ্য বোর্ডকে সম্ভাব্য সর্বাধিক সমীচীন পদ্ধতিতে দাবিগুলি তদন্ত ও পরিচালনায় সহায়তা করতে এবং সঠিক দাবির রেকর্ড বজায় রাখতে সহায়তা করার জন্য সংগ্রহ করা হয়। বোর্ডকে আপনার সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর প্রদান করা স্বেচ্ছামূলক। এই ফরমে আপনার সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর প্রদানে ব্যর্থতার জন্য কোনো শাস্তি নেই; এর ফলে আপনার দাবি অস্বীকার বা সুবিধা হ্রাস পাবে না। বোর্ড তার দখলে থাকা সমস্ত ব্যক্তিগত তথ্যের গোপনীয়তা রক্ষা করবে, এটি কেবল তার অফিসিয়াল দায়িত্ব পালনের জন্য এবং প্রযোজ্য স্টেট ও ফেডারেল আইন অনুযায়ী এটি প্রকাশ করবে।

HIPAA নোটিশ
একজন শ্রমিকের ক্ষতিপূরণের দাবি বা অক্ষমতার বিচার করার জন্য, WCL-13-a(4)(a) এবং 12 NYCRR 325-1.3 এর জন্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের নিয়মিত বোর্ড এবং বিমা ক্যারিয়ার বা নিয়োগকর্তার সাথে চিকিৎসার মেডিকেল রিপোর্ট ফাইল করতে হবে। 45 CFR 164.512 অনুসারে এই আইনত প্রয়োজনীয় মেডিকেল রিপোর্টগুলি স্বাস্থ্যগত তথ্য প্রকাশের উপর HIPAA এর বিধিনিষেধ থেকে মুক্ত।