

নিউ ইয়র্ক স্টেট - কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ বোর্ড (Workers' Compensation Board)

WCB কেস নম্বর (যদি আপনি সেটি জানেন): _____

দাবিদারের প্রতি: আপনি যদি শরীরের একই অঙ্গে পূর্বের আঘাতের জন্য বা আপনার বর্তমান দাবিতে বর্ণিত অসুস্থতার অনুরূপ কোনো অসুস্থতার জন্য চিকিৎসা পেয়ে থাকেন তবে এই ফর্মটি পূর্ণ করুন। এই ফর্মটি আপনার দ্বারা নীচে তালিকাভুক্ত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের আপনার নিয়োগকর্তার কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ বীমাকারীকে আপনার পূর্বের আঘাত/অসুস্থতা সম্পর্কে স্বাস্থ্যসেবা তথ্য প্রকাশ করার অনুমতি প্রদান করে। ফেডারেল HIPAA আইন (1996 সালের স্বাস্থ্য বীমা বহনযোগ্যতা এবং দায়িত্ব আইন (Health Insurance Portability and Accountability Act)) বলে যে আপনার এই ফর্মের একটি কপি পাওয়ার অধিকার রয়েছে। আপনি যদি এই ফর্মটি বুঝতে না পারেন, তাহলে আপনার আইনী প্রতিনিধির সাথে কথা বলুন। যদি আপনার কোনো আইনী প্রতিনিধি না থাকে, তাহলে কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ বোর্ড (Workers' Compensation Board) -এর আঘাতপ্রাপ্ত কর্মচারীদের জন্য উকিল আপনাকে সাহায্য করতে পারেন। কল করুন: 800-580-6665।

স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর প্রতি: এই HIPAA-অনুবর্তী রিলিজের একটি কপি আপনাকে স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ করতে অনুমতি প্রদান করে। আপনি যদি এই রিলিজের প্রতিক্রিয়া রূপে নিয়োগকর্তার কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ বীমাকারীর কাছে রেকর্ডগুলি পাঠান, তবে দাবিদারের আইনী প্রতিনিধিকেও কপি মেল করুন। (যদি নীচে কোনো আইনী প্রতিনিধি তালিকাভুক্ত না থাকে, তাহলে দাবিদারকে কপি পাঠান।) স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী যারা রেকর্ড প্রকাশ করেন তাদের নিউ ইয়র্ক স্টেটের আইন এবং HIPAA অবশ্যই অনুসরণ করতে হবে।

এই রিলিজটি হচ্ছে:

- **স্বৈচ্ছাধীন।** আপনি এই ফর্মে স্বাক্ষর করুন বা না করুন, আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী (দের) আপনাকে সেভাবেই যন্ত্র, অর্থপ্রদানের শর্তাবলী এবং সুবিধা অবশ্যই দিতে হবে।
- **সীমিত।** এটি আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী (দের) -কে শুধুমাত্র সেই সমস্ত স্বাস্থ্য রেকর্ড প্রকাশ করার অনুমতি প্রদান করে যা আপনার দ্বারা নীচে বর্ণনা করা পূর্ববর্তী অসুস্থতা/সমস্যার সাথে সম্পর্কিত।
- **অস্থায়ী।** এটি তখন শেষ হয় যখন ক্ষতিপূরণের জন্য আপনার বর্তমান দাবি স্বীকৃত হয় বা প্রত্যাহ্যান করা হয় এবং সমস্ত আপিল শেষ হয়ে যায়।
- **প্রত্যাহারযোগ্য।** আপনি যে কোনো সময় এই রিলিজটি বাতিল করতে পারেন। বাতিল করার জন্য, এই ফর্মে তালিকাভুক্ত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী (দের) -কে একটি চিঠি পাঠান। এছাড়াও, আপনার নিয়োগকর্তার কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ বীমাকারী এবং কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ বোর্ড (Workers' Compensation Board) -এর কাছে আপনার চিঠির একটি কপি পাঠান। নোট: আপনি পূর্বে প্রদান করা মেডিকেল রেকর্ডের সাপেক্ষে এই রিলিজটি বাতিল নাও করতে পারেন।
- **শুধুমাত্র রেকর্ডের জন্য।** এটি এই ফর্মে তালিকাভুক্ত আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী (দের) -কে আপনার নিয়োগকর্তার কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ বীমাকারীকে আপনার স্বাস্থ্যসেবার রেকর্ডগুলির কপি পাঠানোর অনুমতি প্রদান করে।

এই ফর্মটি আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী (দের) -কে নিম্নলিখিত ধরণের তথ্য প্রকাশ করার অনুমতি প্রদান করে না:

- HIV-সম্পর্কিত তথ্য
- সাইকোথেরাপি নোট
- অ্যালকোহল/মাদক চিকিৎসা
- মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসা (যদি আপনি নীচে চেক না করে থাকেন)
- মৌখিক তথ্য (আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীরা আপনার স্বাস্থ্যসেবা তথ্য কারো সাথে আলোচনা করতে পারবে না)

প্রকাশ করা যেকোনো মেডিকেল রেকর্ড আপনার কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ ফাইলের অংশ হয়ে যাবে এবং সেগুলি কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ আইন (Workers' Compensation Law) -এর অধীনে গোপনীয়।

A. আপনার তথ্য (দাবিদার)

1. নাম: _____
2. সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর: _____ - _____ - _____
3. চিঠি পাঠানোর ঠিকানা: _____
4. জন্ম তারিখ: _____ / _____ / _____
5. বর্তমান আঘাত/অসুস্থতার তারিখ: _____ / _____ / _____
6. বর্তমান আঘাত/অসুস্থতা, শরীরের সমস্ত আঘাতপ্রাপ্ত অংশ সহ: _____
7. আপনার আইনী প্রতিনিধির নাম এবং ঠিকানা (যদি থাকে): _____

আপনি যদি আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী (দের) -কে মানসিক স্বাস্থ্যসেবা তথ্য প্রকাশ করার অনুমতি প্রদান করেন তাহলে এখানে চেক করুন।

B. আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী(রা) (সমস্ত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে তালিকাভুক্ত করুন যারা একই শরীরের অঙ্গে পূর্বের আঘাতের বা সে ধরণের অসুস্থতার জন্য আপনাকে চিকিৎসা করেছে। যদি 2 জনের বেশী প্রদানকারী হয় তবে এই ফর্মটিতে তাদের যোগাযোগের তথ্য সংযুক্ত করুন।)

1. প্রদানকারী: _____
2. ফোন নম্বর: () _____
3. চিঠি পাঠানোর ঠিকানা: _____
4. অন্য প্রদানকারী (যদি থাকে): _____
5. ফোন নম্বর: () _____
6. চিঠি পাঠানোর ঠিকানা: _____

C. পড়ুন এবং নীচে সাইন করুন। আমি এতদ্বারা অনুরোধ করছি যে উপরে তালিকাভুক্ত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী (গুলি) যেন আমার নিয়োগকর্তার কর্মচারীদের ক্ষতিপূরণ বীমাকারীকে উপরে বর্ণিত পূর্ববর্তী কোনো আঘাত/অসুস্থতা, সমস্ত শরীরের অঙ্গ-প্রত্যঙ্গের, সম্পর্কিত সমস্ত স্বাস্থ্য রেকর্ডের কপি দেয়।

দাবিদারের স্বাক্ষর (শুধুমাত্র কালি -- যদি সম্ভব হয় নীল বলপয়েন্ট কলম ব্যবহার করুন।) _____ তারিখ _____
যদি দাবিদার স্বাক্ষর করতে অক্ষম হন, তবে তার পক্ষ থেকে স্বাক্ষরকারী ব্যক্তিকে অবশ্যই নীচে পূর্ণ করতে হবে এবং স্বাক্ষর করতে হবে:

আপনার নাম _____ দাবিদারের সাথে সম্পর্ক _____ স্বাক্ষর (শুধুমাত্র কালি -- যদি সম্ভব হয় নীল বলপয়েন্ট কলম ব্যবহার করুন।) _____ তারিখ _____