নিউ ইয়র্ক স্টেট
শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ বোর্ড

দাবিদারের চিকিৎসা ও ভ্রমণ সংক্রান্ত ব্যয়ের রেকর্ড এবং অর্থ পরিশোধের জন্য আবেদন

দাবিদারের নাম	WCB মামলা নম্বর	সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর
আবাসিক ঠিকানা	চিঠি পাঠানোর ঠিকানা (যদি ভিন্ন হয়)	

উল্লিখিত শ্রমিক ক্ষতিপূরণের ক্ষেত্রে, আপনি (1) আপনার হেলথ কেয়ার প্রোভাইডারের দ্বারা আপনার জন্য সঠিকভাবে নির্ধারিত ওষুধ বা রসদের জন্য (2) আপনার হেলথ কেয়ার প্রোভাইডারের অফিস বা হাসপাতালে যাওয়া বা সেখান থেকে আসার ভাড়া, অটোমোবাইল মাইলেজ বা অন্যান্য প্রয়োজনীয় খরচের জন্য অর্থ পাওয়ার অধিকারী।

এই ধরনের খরচের রেকর্ড রাখতে আপনাকে সহায়তা করার জন্য আমরা এই ফরমটি প্রদান করেছি। আপনাকে সঠিকভাবে অর্থ পরিশোধ করা হয়েছে তা নিশ্চিত করতে নিচে খরচের প্রতিটি আইটেম তালিকাভুক্ত করুন -- আপনি রসিদ পান বা না পান (যেখানে সম্ভব সংগ্রহ করুন)। **পূরণকৃত ফরম ও সকল রসিদ বা বিলের কপি শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ বিমা ক্যারিয়ারের কাছে (বা আপনার নিয়োগকর্তার কাছে, যদি স্ব-বিমাকৃত হয়) এবং শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ বোর্ডের কাছে জমা দিন।** (অপর পাশে বোর্ডের ঠিকানা দেখুন।) পরামর্শ দেওয়া হয় যে আপনি আপনার রেকর্ডের জন্য রসিদ ও বিলগুলোর একটি কপি আপনার কাছে রাখুন।

খরচের ধরন	তারিখ	পরিমাণ

অপর পাশে চালিয়ে যান।

খরচের ধরন	তারিখ	পরিমাণ

NYS শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণ বোর্ড কেন্দ্রীয় ডাকযোগাযোগ
PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5205

ইমেইল জমা দেওয়ার ঠিকানা: wcbclaimsfiling@wcb.ny.gov
www.wcb.ny.gov