



আবেদন এবং নির্দেশাবলী

ক্ষতিপূরণের জন্য কীভাবে আবেদন করবেন

কে ক্ষতিপূরণের জন্য আবেদন করতে পারে?

অপরাধের নিরীহ ক্ষতিগ্রস্ত মানুষ, নির্দিষ্ট আত্মীয়, নির্ভরশীল ব্যক্তি, আইনি অভিভাবক এবং যোগ্য পরপোকারী ব্যক্তি, বীমা বা অন্যান্য রিসোর্সের আওতায় না থাকা নিজের খরচের জন্য ক্ষতিপূরণের জন্য ক্ষতিগ্রস্ত মানুষের পরিষেবার কার্যালয় (Office of Victim Services, OVS) -এ আবেদন করতে পারেন।

কোন ধরনের জন্য আমি ক্ষতিপূরণ পেতে পারি?

OVS ব্যক্তিগত আঘাত, মৃত্যু এবং আবশ্যিক ব্যক্তিগত প্রপাটির ক্ষতি সম্পর্কিত ক্ষতিপূরণ প্রদান করে।

যে নির্দিষ্ট খরচ OVS -এর অন্তর্গত থাকতে পারে:

- মেডিক্যাল, ফার্মাসি এবং কাউন্সেলিং-এর খরচ
- আবশ্যিক ব্যক্তিগত সম্পত্তির ক্ষতি (নগদের জন্য \$100 সহ \$500 পর্যন্ত)
- কবর বা শেষকৃত্যের খরচ (\$6,000 পর্যন্ত)
- হারানো বেতন বা হারানো আয় (\$30,000 পর্যন্ত) (হাসপাতালে ভর্তি অপ্রাপ্তবয়স্ক বাচ্চার পিতা-মাতা বা অভিভাবক এই সুবিধা পেতে পারেন)
- পরিবহন (আদালত/চিকিৎসাগত)
- পেশাগত/বৃত্তিমূলক পুনর্বাসন
- নিরাপত্তার ডিভাইস এবং DV আশ্রয়ের খরচ
- অপরাধের স্থল পরিষ্কারকরণ (\$2,500 পর্যন্ত)
- ভালো সামারিটান প্রপাটির ক্ষতি (\$5,000 পর্যন্ত)
- যাওয়ার খরচ (\$2,500 পর্যন্ত)

আমি কীভাবে ক্ষতিপূরণের জন্য অনুরোধ করব?

নিম্নলিখিত কপি সহ আমাদের কাছে আপনার সম্পন্ন করা OVS আবেদন পাঠান:

- পুলিশ রিপোর্ট
- মেডিকেল বিল
- বীমা কোম্পানির অথবা বেনিফিট প্ল্যানের সাথে চিঠিপত্র, এটি জানতে যে তারা আপনার ক্ষতি কভার করবে কি না
- বীমার কার্ড
- আবশ্যিক ব্যক্তিগত প্রপাটির জন্য রসিদ
- মৃত্যুর সার্টিফিকেট এবং শেষকৃত্যের কন্ট্রাক্ট
- ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তির জন্ম সার্টিফিকেট
- বয়সের প্রমাণপত্র (ড্রাইভিং লাইসেন্স, জন্ম সার্টিফিকেট ইত্যাদি)
- আইনি অভিভাবকত্বের ডকুমেন্ট

যদি আমার কাছে OVS-এর আবশ্যিক কিছু ডকুমেন্ট না থাকে তাহলে কী হবে?

আপনার আবেদন তৎক্ষণাত পাঠান। আপনি অন্যান্য ডকুমেন্ট পরে পাঠাতে পারেন।

যদি অপরাধের কারণে আমার প্রপাটি হারিয়ে যায়, ক্ষতি বা নষ্ট হয় তাহলে কী হবে?

যদি আপনার বয়স 18-এর চেয়ে কম, 60 বা তার বেশি, প্রতিবন্ধী বা আঘাতপ্রাপ্ত হয় তাহলে, আপনি আপনার আবশ্যিক ব্যক্তিগত প্রপাটি পাওয়ার বা নগদ যা অন্য কোনও রিসোর্স কভার করে না, তা প্রতিস্থাপনের সুবিধার জন্য আবেদন করতে পারেন।

আবশ্যিক মানে আপনার স্বাস্থ্য এবং কল্যাণের জন্য জরুরী, যেমন চশমা এবং পোশাক।

যদি আমি অন্য কোনও স্থানে বসবাস পরিবর্তন করি তাহলে কী হবে?

তৎক্ষণাত OVS-এর কাছে একটি স্বাক্ষরিত চিঠি পাঠান। আপনার নতুন ঠিকানা এবং ফোন নম্বর আমাদেরকে জানান। এছাড়াও আপনার ইমেল আইডি পরিবর্তন হলে আমাদেরকে জানান।

আবেদনটি কে স্বাক্ষর করতে পারে?

সাধারণত, ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তিকে আবেদনে স্বাক্ষর করতে হয়। যদিও, ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তি 18 বছরের কম বয়সী হয়, বা স্বাক্ষর করার জন্য শারীরিক বা মানসিক ভাবে অক্ষম হয়, তাহলে আইনি অভিভাবককে (সুবিধা প্রাপক ব্যক্তি) আবেদনের সেকশন 2 অবশ্যই পূরণ করতে হবে এবং আবেদন স্বাক্ষর করতে হবে।

যদি ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তির মৃত্যু হয়, সুবিধার জন্য অনুরোধকারী ব্যক্তিকে আবেদনের সেকশন 2 অবশ্যই পূরণ করতে হবে এবং আবেদন স্বাক্ষর করতে হবে।

আবেদন করার কি অন্য কোনও উপায় আছে?

হ্যাঁ। নিরাপদ ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তির পরিষেবার পোর্টাল (VSP) ব্যবহার করার জন্য ovs.ny.gov-এ যান এবং অনলাইনে আবেদন জমা করুন।

আমাকে কি সংযুক্ত HIPPA ফর্ম পূরণ করতে হবে?

হ্যাঁ। প্রতিটি পরিষেবা প্রদানকারীর জন্য একটি HIPAA ফর্ম পূরণ করুন। আপনি অতিরিক্ত কপি তৈরি করার জন্য শূন্য ফর্মের ফটোকপি তৈরি করতে পারেন।

80 S. Swan Street
Albany, NY 12210-8002
(518) 457-8727

55 Hanson Place
Brooklyn, NY 11217-1523
(718) 923-4325

ovs.ny.gov

800-247-8035

আদালতের আজ্ঞাকৃত ক্ষতি পূরণ করার তথ্য

ক্ষতিপূরণ কী?

ক্ষতিপূরণ হল ক্ষতিপূরণ, যা দণ্ডমূলক অপরাধের ক্ষতির বা আঘাতের জন্য ফৌজদারী অপরাধী কর্তৃক ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তিকে প্রদান করা হয়। এটি রায় দেওয়ার সময় অবশ্যই আদালত দ্বারা আজ্ঞাকৃত হতে হবে এবং এটিকে রায়ের একটি অংশ হিসেবে বিবেচনা করা হয়।

ক্ষতিপূরণ ভবিষ্যতের ক্ষতি, মানসিক কষ্ট বা “ব্যথা এবং ভোগান্তির” জন্য ক্ষতির পেমেন্ট নয়।

যখন ডিস্ট্রিক্ট অ্যাটর্নি (DA) কার্যালয়, আদালতকে জানায় যে আপনি ক্ষতিপূরণের জন্য অনুরোধ করেছেন বা প্রবেশন তদন্তের রিপোর্টে (রায়ের পূর্বে, আবেদনের পূর্বে বা বিবৃতির পূর্ব রিপোর্টে) ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তির প্রভাবে বিবৃতি উল্লেখ করে যে ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তি ক্ষতিপূরণের অনুরোধ করেছেন, তখন আদালতকে অবশ্যই ক্ষতিপূরণের আদেশ দিতে হবে, যদি না রায়ের স্বার্থ অন্যথা উল্লেখ করে। যদি বিচারপতি ক্ষতিপূরণের আদেশে না দেন তাহলে ডকুমেন্টের মধ্যে বিচারপতিকে তার কারণ স্পষ্টভাবে উল্লেখ করতে হবে।

একটি ক্ষতিপূরণ হিসেবে আমি কী অনুরোধ করতে পারি?

আপনি অপরাধের পরিণামস্বরূপ হওয়া যে কোনও ব্যয়ের জন্য অনুরোধ করতে পারেন - OVS যে জিনিসের জন্য পরিশোধ করতে অক্ষম সেগুলির জন্যও। ক্ষতিপূরণের মধ্যে থাকতে পারে কিন্তু সীমিত নয়, মেডিক্যাল বিলের জন্য প্রতিদান, কাউন্সেলিংয়ের খরচ, আয়ের ক্ষতি, শেখকৃতের খরচ, বীমার থেকে বিয়োগযোগ্য টাকার পরিমাণ এবং চুরি হওয়া ব ক্ষতিগ্রস্ত প্রপার্টির পরিবর্তন।

কে ক্ষতিপূরণ পেতে পারে?

যে কোনও ব্যক্তি যিনি ক্ষতিগ্রস্ত এবং আঘাতপ্রাপ্ত হয়েছেন, আর্থিক হানি বা ক্ষতি হয়েছে, তিনি ক্ষতিপূরণের জন্য অনুরোধ করতে পারেন। অনেক বার, ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তি যার ক্ষতিপূরণের অধিকার আছে, সেটির জন্য অনুরোধ করেন না। এরকম ঘটনার কারণ হল ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তির ক্ষতিপূরণের অধিকার আছে বলে তিনি জানেন না বা ক্ষতিপূরণ পাওয়ার জন্য কী কী পদক্ষেপ নিতে হবে সে ব্যাপারে জানেন না।

আমি কীভাবে ক্ষতিপূরণের জন্য অনুরোধ করব?

আপনার DA-এর কার্যালয়ের সঙ্গে যোগাযোগ করা উচিত এবং আপনার আঘাতের পরিমাণ, আপনার নিজের খরচ এবং আপনার অনুরোধকৃত ক্ষতির পরিমাণের ব্যাপারে জানানো উচিত।

আদালতের বিবেচনার জন্য আপনার আঘাতের পরিমাণ, আপনার নিজের খরচ এবং আপনার অনুরোধকৃত ক্ষতির পরিমাণের উল্লেখ সহ অন্যান্য ডকুমেন্ট এবং বিলের কপি পুলিশ, DA এবং অনুরোধ করা হলে স্থানীয় তদন্তকারী বিভাগকে দেওয়ার দায়িত্ব হল আপনার। প্রতিদানের জন্য আপনার দায়িত্ব যে কোনও প্রবেশন তদন্তের রিপোর্টে সংযুক্ত করা হবে (রায়ের পূর্বে, আবেদনের পূর্বে বা বিবৃতির পূর্ব রিপোর্টে)। সুনিশ্চিত করুন:

- সঠিক রেকর্ড রাখবেন যেমন অপরাধের প্রত্যক্ষ পরিণাম হিসেবে আপনার যেকোনও খরচের মূল রসিদ।
- এই রসিদের কপি পুলিশ, DA এবং স্থানীয় প্রবেশন বিভাগের কাছে জমা দিন।

যতটা তাড়াতাড়ি সম্ভব আপনাকে DA, ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তি/সাক্ষী উকিল, এবং প্রবেশন বিভাগের কাছে প্রতিদানের দরকারের ব্যাপারে স্পষ্টভাবে ব্যাখ্যা করতে হবে। প্রকৃত অপরাধ ঘটনার কয়েক দিনের মধ্যেই আবেদনের চুক্তি করা যেতে পারে। যদি আবেদনের চুক্তি এবং রায়ের আগে এই তথ্য না প্রদান করা হয় তাহলে আপনাকে সিভিল আদালতে অপরাধীর বিরুদ্ধে মামলা করতে হতে পারে।

আপনার পক্ষ থেকে ক্ষতিপূরণের আদেশ দেওয়ার জন্য আদালতকে আবেদন করার জন্য DA দায়বদ্ধ।

সমস্ত গুরুতর অপরাধের মামলায়, অনেক বিধিবিহীন অপরাধের মামলায় এবং সমস্ত কিশোর অপরাধ ও পর্যবেক্ষণ আবশ্যিক ব্যক্তির মামলায় (PINS), একটি প্রাক-রায় বা প্রিডিসপোজিশন তদন্ত রিপোর্ট অবশ্যক। স্থানীয় প্রবেশন বিভাগ আপনার কেস সম্পর্কে ক্ষতিপূরণের বিষয়ের ব্যাপারে আপনার সঙ্গে যোগাযোগ করবে।

কীভাবে ক্ষতিপূরণ নির্ধারণ করা হয়?

ক্ষতিপূরণের পরিমাণ অপরাধের পরিণামস্বরূপ হওয়া আপনার খরচের প্রমাণের ওপর ভিত্তি করে নির্ধারণ করা হয়। অপরাধীর কাছে ক্ষতিপূরণের পরিমাণের বিরুদ্ধে আপত্তি করার অধিকার আছে। ক্ষতিপূরণ সম্পর্কে আদালত একটি শুনানি আয়োজন করতে পারে, যেখানে আদালত অপরাধীর পরিশোধ করার ক্ষমতা বিবেচনা করতে পারে। DA-এর কার্যালয় আপনার সঙ্গে যোগাযোগ করতে পারে এবং প্রতিদানের শুনানিতে আপনাকে সাক্ষ্য দিতে বলতে পারে। যদি আপনার ব্যক্তিগতভাবে আদালতে আসতে অসুবিধা থাকে তাহলে আপনার মামলার জন্য নির্ধারিত DA-এর সঙ্গে বিকল্প সম্পর্কে আলোচনা করা উচিত।

যদি OVS আপনার বিল পরিশোধ করে থাকে তাহলে সেই পরিশোধিত জিনিসের জন্য আদালত OVS-এর প্রতি প্রতিদান পরিশোধ করার আদেশ দিতে পারে। আপনি OVS-এর কাছে আবেদন জমা করেছেন তা DA-এর কার্যালয় কে জানানো গুরুত্বপূর্ণ।

যদি আপনি OVS-এর কাছে আবেদন জমা করে থাকেন এবং যদি আদালত অপরাধীকে প্রতিদান পরিশোধ করার আদেশ দিয়ে থাকে তাহলে আপনার OVS-কে জানানো অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ।

পড়ুন
ক্ষতিগ্রস্তের জন্য কীভাবে
আবেদন করতে হবে
এই ফর্ম পূরণ করুন আগে।

ক্ষতিগ্রস্তের জন্য আবেদন
নিউ ইয়র্ক স্টেট ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তি পরিষেবার কার্যালয়
(New York State Office of Victim Services)



অনুগ্রহ করে প্রিন্ট করুন। সমস্ত প্রশ্নের উত্তর দিন।
মিথ্যা দাবি জমা করা একটি অপরাধ।

ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তির সহায়তা কর্মসূচী, কেবল ব্যবহার করুন

OVS VAP ID#	কর্মসূচীর নাম/ফোন	উকিলের নাম/ইমেল
-------------	-------------------	-----------------

1. ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তি সম্পর্কে আমাদেরকে বলুন।

পদবি	নাম:	MI	সোশ্যাল সিকিউরিটি # ☐ যদি আপনার কাছে একটি না থাকে তাহলে এখানে ক্লিক করুন।	জন্ম তারিখ	
ডাকযোগের ঠিকানা:					
রাস্তা	অ্যাপার্টমেন্ট # (বা P.O. বক্স)	শহর	কাউন্টি	স্টেট (বাইরের দেশ)	জিপ কোড

জাতি/জাতিগত পরিচয়: ☐ স্বেতাঙ্গ ☐ কৃষ্ণাঙ্গ ☐ হিস্প্যানিক ☐ রেড ইন্ডিয়ান/আলাস্কার স্থানীয় অধিবাসী ☐ এশীয় ভারতীয় ☐ চাইনিজ ☐ জাপানিজ
☐ ফিলিপিনো ☐ কোরিয়ান ☐ ভিয়েতনামবাসী ☐ বাংলাদেশী ☐ পাকিস্তান ☐ গুমানিয়ান ☐ কামোরো ☐ সাময়ান
☐ স্থানীয় হাইওয়ান নিবাসী ☐ অন্যান্য ☐ বিবিধ-জাতি

বিবাহের পর্যায: ☐ অবিবাহিত ☐ বিবাহিত ☐ বিবাহ-বিচ্ছিন্ন ☐ আলাদা থাকি ☐ বিধবা/বিপত্নীক ☐ সঙ্গীর সাথে থাকি

পুরুষ: ☐ মহিলা ☐ উভলিঙ্গ ☐ X
☐ উত্তর দিতে পছন্দ করছি না

অপরাধের সময় কি ভিকটিম প্রতিবন্ধী ছিল?
☐ হ্যাঁ ☐ না ☐ অজানা

আপনি অফিস অফ ভিকটিম সার্ভিসেস (Office of Victim Services) সম্পর্কে প্রথমবার কীভাবে জানতে পেরেছেন?

☐ পোলিস ☐ হোসপিটাল ☐ ডিস্ট্রিক্ট অ্যাটর্নি ☐ ভিকটিম সহায়তা প্রোগ্রাম ☐ Radio/TV ☐ রোশিওর/পোস্টার ☐ ইন্টারনেট ☐ অন্যান্য

2. যদি আপনি অপরাধের শিকার না হন এবং আপনি এই দাবি স্বাক্ষর করছেন তাহলে আপনি দাবিদার। আপনার ব্যাপারে আমাদেরকে বলুন। (নির্দেশাবলীর পাতায় “কে এই আবেদনে স্বাক্ষর করতে পারেন?” দেখুন)

পদবি	নাম	MI	সোশ্যাল সিকিউরিটি # ☐ যদি আপনার কাছে একটি না থাকে তাহলে এখানে ক্লিক করুন।	জন্ম তারিখ	
ডাকযোগের ঠিকানা:					
রাস্তা	অ্যাপার্টমেন্ট # (বা P.O. বক্স)	শহর	কাউন্টি	স্টেট (বা বিদেশ)	জিপ কোড

ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তির সাথে আপনার সম্পর্ক কী? (শুধুমাত্র একটিতে টিক দিন)

☐ বাবা-মা ☐ স্বামী/স্ত্রী ☐ বাচ্চা ☐ আইনি অভিভাবক ☐ অ্যাটর্নি ☐ অন্যান্য (বিশ্লেষণ করুন) _____

3. অপরাধের ব্যাপারে আমাদেরকে বলুন। (শুধুমাত্র একটিতে টিক দিন)

ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তি মারা

গেছেন কারণ:

☐ মোটর যানবাহন (DUI/DWI)
☐ মোটর যানবাহন (অন্যান্য)
☐ সন্ত্রাসবাদ
☐ অগ্নিসংযোগ
☐ মানব পাচার
☐ অন্যান্য নরহত্যা

ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তি আঘাত পেয়েছিলেন কারণ:

☐ মানহানি
☐ যৌনগত হামরা
☐ বাচ্চার শারীরিক অপব্যবহার/উপেক্ষা
☐ বাচ্চার সঙ্গে যৌন অপব্যবহার
☐ মোটর যানবাহন (DUI/DWI)
☐ মোটর যানবাহন (DUI/DWI নয়)
☐ চাইল্ড পর্নোগ্রাফি

☐ পিছু নেওয়া
☐ অপহরণ
☐ সন্ত্রাসবাদ
☐ অগ্নিসংযোগ
☐ ডাকাতি
☐ মানব
পাচার

অন্যান্য (ব্যাখ্যা করুন): _____

ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তি গুরুত্বপূর্ণ ব্যক্তিগত সম্পত্তি

হারিয়েছেন কারণ:

☐ দরজা ভেঙে চুরি
☐ মোটর যানবাহন (DUI/DWI)
☐ মোটর যানবাহন (DUI/DWI নয়)
☐ মানব পাচার
☐ ডাকাতি (কোনো আঘাত নেই)

☐ অগ্নিসংযোগ
☐ অপরাধী

☐ জালিয়াতি/আর্থিক

☐ অন্যান্য (অনুগ্রহ করে বর্ণনা করুন): _____

অপরাধটি কোথায় ঘটেছিল? (শুধুমাত্র একটিতে টিক দিন) ☐ কাজ ☐ নিজস্ব বাড়ি ☐ Apt. ভবন ☐ সরকারি রাস্তা

☐ সাবওয়ে/বাস ☐ পার্কিং লট ☐ রেস্টুরেন্ট/বার ☐ স্কুল/স্কুল গ্রাউন্ড ☐ শপিং মল ☐ অন্যান্য (বর্ণনা করুন): _____

এই অপরাধটি কি গার্ডিয়ান সহিংসতা সম্পর্কিত ছিল?.....

☐ হ্যাঁ ☐ না ☐ অজানা

এই অপরাধটি কি আপমান সম্পর্কিত ছিল?.....

☐ হ্যাঁ ☐ না ☐ অজানা

এই অপরাধটি কি প্রাপ্তবয়স্কদের অপব্যবহার/উপেক্ষা সম্পর্কিত ছিল?.....

☐ হ্যাঁ ☐ না ☐ অজানা

এটি কি একটি ঘৃণাত্মক অপরাধ ছিল?.....

☐ হ্যাঁ ☐ না ☐ অজানা

এই অপরাধটি ঘটার সময় কি ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তি কি একটি লিভারি ক্যাব চালাচ্ছিলেন?.....

☐ হ্যাঁ ☐ না ☐ অজানা

অন্য কোনও ব্যক্তির বিরুদ্ধে অপরাধ প্রতিরোধ বা থামানোর জন্য বা অপরাধ আটকানোর সময়

কর্তৃপক্ষকে সাহায্য করার সময় ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তির প্রপাটি হারিয়ে গিয়েছিল বা ক্ষতিগ্রস্ত হয়েছিল?....

☐ হ্যাঁ ☐ না

ক্রাইম রিপোর্ট #: _____ **পুলিশ বা ক্রিমিনাল জাস্টিস এজেন্সি রিপোর্ট করেছেন এর কাছে:** _____

কাউন্টি যেখানে অপরাধ ঘটেছিল: _____ অপরাধের তারিখ: _____ অপরাধ রিপোর্ট হওয়ার তারিখ: _____

যদি অপরাধের তারিখ এবং সেটি রিপোর্ট করার তারিখের মধ্যে 7 দিনের বেশি ব্যবধান হয়, তাহলে তার কারণ ব্যাখ্যা করুন: _____

যদি অপরাধের তারিখ ও আপনার ফাইল করা এই আবেদনের মধ্যে ব্যবধান 1 বছরের হয়, তাহলে তার কারণ ব্যাখ্যা করুন: _____

আপনার নিজস্ব ভাষায় অপরাধটি বর্ণনা করুন: _____

4. অপরাধীর বিষয়ে আমাদের বলুন। অপরাধীর নাম (যদি আপনি জানেন): _____

এই অপরাধের জন্য সন্দেহজনক ব্যক্তিকে কী গ্রেফতার করা হয়েছে? ☐ হ্যাঁ ☐ না

এই অপরাধের জন্য সন্দেহজনক ব্যক্তির ওপর কি মামলা করা হয়েছে? ☐ হ্যাঁ ☐ না ☐ এখনও নয়

সন্দেহজনক ব্যক্তি ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তির সাথে একই বাড়িতে থাকেন ☐ হ্যাঁ ☐ না

অথবা সন্দেহজনক ব্যক্তি ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তির পরিবারেরই একজন সদস্য? ☐ হ্যাঁ ☐ না

আদালত কি এই মামলার জন্য সুরক্ষার আদেশ জারি করেছে? ☐ হ্যাঁ ☐ (যদি হ্যাঁ হয়, প্রতিলিপি সংযুক্ত করুন।)

DA কি আদালতকে ক্ষতিপূরণের আদেশ দিয়েছেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না ☐ এখনও নয়

আদালত কি সন্দেহজনক ব্যক্তিকে ক্ষতিপূরণ পরিশোধ করার আদেশ দিয়েছে? ☐ হ্যাঁ (পরিমাণ \$ _____) ☐ না ☐ এখনও নয়

দ্রষ্টব্য - যদি আপনি ক্ষতিপূরণের জন্য যোগ্য হন, তাহলে নিম্নে তালিকাভুক্ত ব্যয়ের জন্য OVS আপনাকে অর্থ পরিশোধ করতে পারবে এই জিনিসকে আদালতের আদেশকৃত ক্ষতিপূরণের অংশ হিসেবেও অনুরোধ করতে হবে। যদি কোনও অপরাধ সংক্রান্ত মামলা থাকে তাহলে আবেদনকারীকে এই তথ্য উকিলকে জানানোর জন্য অনুরোধ করা হচ্ছে। এই ক্ষতিপূরণ সম্পর্কে গুরুত্বপূর্ণ তথ্যের জন্য আদালতের আদেশকৃত ক্ষতিপূরণ তথ্যের পৃষ্ঠা দেখুন।

5. এই অপরাধ সম্পর্কিত আপনার ব্যয় সম্পর্কে আমাকে বলুন। (প্রয়োজ্য সব কটিতে টিক দিন।)

☐ মেডিকেল/অ্যাম্বুলেন্স ☐ হারানো বেতন ☐ হারানো বেতন ☐ ব্যক্তিগত পরিবহন

☐ অপধারে স্থল পরিষ্কারকরণ ☐ (কেবল মৃত্যুর দাবি) ☐ DV আশ্রয় ☐ মেডিকেল/ কাউন্সেলিং

☐ সিকিউরিটি ডিভাইস/সিস্টেম ☐ বৃত্তিমূলক/পুনর্বাসন ☐ স্থানান্তরণ/মজুতকরণ ☐ আদালত

☐ পরামর্শ ☐ শেষকৃত্য/কবর ☐ আবশ্যিক ব্যক্তিগত সম্পত্তি ☐ হারানো বেতন

☐ অন্যান্য (অনুগ্রহ করে বর্ণনা করুন): _____

6. যে কোনও আবশ্যিক ব্যক্তিগত প্রপাটি তালিকাভুক্ত করুন যেমন নগদ, চশমা বা পোশাক যা অপরাধের কারণে পরিবর্তন করতে হবে। (যদি না হয়, 7-এ যান।)

কী হারিয়েছে/ক্ষতি হয়েছিল তা ব্যাখ্যা করুন:	খরচ	কী হারিয়েছে/ক্ষতি হয়েছিল তা ব্যাখ্যা করুন:	খরচ
1.	\$	4.	\$
2.	\$	5.	\$
3.	\$	6.	\$

বাড়ির মালিক/ভাড়াটিয়ার বীমা কোম্পানি	পলিসি বা আইডি #	হ্রাসযোগ্য টাকার পরিমাণ
		\$
অটো/অন্যান্য ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি	পলিসি বা আইডি #	হ্রাসযোগ্য টাকার পরিমাণ
		\$

—যদি কোনও আঘাত না হয়ে থাকে এবং আপনি শুধুমাত্র আবশ্যিক ব্যক্তিগত প্রপাটির সুবিধা চাইছেন তাহলে 15-এ যান—

7. আমাদেরকে ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তির বা পিতা-মাতার নিযুক্তি এবং হারানো বেতনের বীমার সম্পর্কে বলুন।

আপনি যদি না চান যে আমরা আপনার নিয়োগকর্তার সাথে যোগাযোগ করি, তাহলে আপনি বেতন হানির জন্য অর্থ চাইতে পারবেন না। (8-এ যান)

অপরাধ ঘটনার সময় অপরাধের শিকার ব্যক্তি/হাসাপাতালে ভর্তি অপরাধের অপ্ৰাপ্তবয়স্ক শিকার ☐ হ্যাঁ ☐ না (যদি না হয়, নং 8-এ চলে যান।)

কি নিযুক্ত ছিল? ☐ হ্যাঁ ☐ না

অপরাধের কারণে অপরাধের শিকার ব্যক্তি/হাসাপাতালে ভর্তি অপরাধের অপ্ৰাপ্তবয়স্ক শিকার ☐ হ্যাঁ ☐ না

কি কাজে যেতে পারেন নি? ☐ হ্যাঁ ☐ না

ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তি/অভিভাবক কি স্ব-নিযুক্ত ছিলেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না (যদি হ্যাঁ হয়, গত বছরের ট্যাক্স রিটার্ন এবং সমস্ত সময়সূচীর কপি যুক্ত করুন।)

নিয়োগকর্তার নাম, ঠিকানা এবং ফোন #:

নিয়োগকর্তা	রাষ্ট্র	শহর	স্টেট	জিপ কোড	ফোন#
					()

অন্যান্য নিয়োগকর্তার নাম, ঠিকানা এবং ফোন #:

নিয়োগকর্তা	রাষ্ট্র	শহর	স্টেট	জিপ কোড	ফোন#
					()

যে ডাক্তার স্বীকৃত জানিয়েছে যে অপরাধে ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তি কাজে যেতে পারবেন না তার নাম, ঠিকানা, এবং ফোন #:

()
ডাক্তার _____ রাস্তা _____ শহর _____ স্টেট _____ জিপ কোড _____ ফোন# _____

আমাদেরকে কোনও বীমা কোম্পানির ব্যাপারে বলুন যা অপরাধের ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তির হারানো কর্মসময়কে কভার করবে। (যদি নেই হয়, নিচে “নেই” লিখুন এবং ৪-এ যান)

পলিসি বা আইডি # বা “নেই”		পলিসি বা আইডি # বা “নেই”	
1. বেকারত্ব বীমা		5. শ্রমিকের ক্ষতিপূরণ	
2. অক্ষমতার বীমা		6. অন্যান্য বীমা	
3. পেনশন প্ল্যান		7. সোশ্যাল সিকিউরিটি সুবিধা (প্রয়োজনীয় SSN)	SSN _____-_____-_____
4. অন্যান্য বীমা		8. SSI সুবিধা (প্রয়োজনীয় SSN)	SSN _____-_____-_____

8. যদি অপরাধের শিকার ব্যক্তির মৃত্যু হয় এবং যদি আপনার কবর দেওয়ার ব্যয় থাকে তাহলে এইসব নিম্নলিখিত পূরণ করুন।

(যদি না হয়, ৭-এ যান)

এছাড়াও শেষকৃত্য হোম চুক্তির কপি, কবর দেওয়ার ব্যয়ের অন্যান্য বিল, ডেথ সার্টিফিকেটের একটি কপি সংযুক্ত করুন, যদি আপনার কাছে সেগুলি থাকে।

শ্মশানঘাটের নাম: _____ ফোন #: () _____

ঠিকানা: _____
রাস্তা _____ শহর _____ স্টেট _____ জিপ কোড _____

9. যদি অপরাধের কারণে অপরাধে ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তি আঘাতপ্রাপ্ত হয় বা মৃত্যু হয়, নিচেরটি পূরণ করুন।

ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তির আঘাত বর্ণনা, সংক্ষেপে : _____

অপরাধের শিকার ব্যক্তি কি কোনো চিকিৎসা পেয়েছিলেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না (যদি না হয়, বিভাগ 10-এ চলে যান)

আমাদের সেই স্বাস্থ্য পেশাদারদের সম্পর্কে বলুন যারা এই অপরাধের সাথে সম্পর্কিত আঘাতের জন্য অপরাধের শিকার ব্যক্তির চিকিৎসা করেছিল:

	পুরো নাম	সম্পূর্ণ ঠিকানা	ফোন নম্বর
প্রথম হাসপাতাল	_____	_____	() _____
অন্য হাসপাতাল	_____	_____	() _____
প্রথম ডাক্তার (হাসপাতালে না)	_____	_____	() _____
অন্য ডাক্তার	_____	_____	() _____
প্রথম দাঁতের ডাক্তার	_____	_____	() _____
অপরাধের শিকার ব্যক্তির কাউন্সেলার	_____	_____	() _____

10. ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তির ওপর নির্ভরশীল ব্যক্তি বা সাহায্যের জন্য যারা ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তির ওপর নির্ভরশীলতার ব্যাপারে বলুন।

(যদি কেউ না থাকে, তাহলে 11-এ যান)

নির্ভরশীল ব্যক্তি	নাম	সোশ্যাল সিকিউরিটি # _____-_____-_____	জন্ম তারিখ	ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তির সঙ্গে সম্পর্ক
	ঠিকানা			আপনি কি আইনি অভিভাবক? ☐ হ্যাঁ ☐ না
অন্যান্য নির্ভরশীল ব্যক্তি	নাম	সোশ্যাল সিকিউরিটি # _____-_____-_____	জন্ম তারিখ	ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তির সঙ্গে সম্পর্ক
	ঠিকানা			আপনি কি আইনি অভিভাবক? ☐ হ্যাঁ ☐ না
অন্যান্য নির্ভরশীল ব্যক্তি	নাম	সোশ্যাল সিকিউরিটি # _____-_____-_____	জন্ম তারিখ	ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তির সঙ্গে সম্পর্ক
	ঠিকানা			আপনি কি আইনি অভিভাবক? ☐ হ্যাঁ ☐ না

যদি 3 জনের বেশি নির্ভরশীল থাকে, তবে একটি আলাদা শিট যোগ করুন এবং এখানে টিক দিন: ☐

11. এই অপরাধের কারণে অপরাধের শিকার ব্যক্তি বাদে অন্য কেউ কি কাউন্সেলিং গ্রহণ করেছে? (যদি না হয়, 12 এ চলে যান)

কারা কাউন্সেলিং গ্রহণ করেছিল?	ক্ষতিগ্রস্থ ব্যক্তির সঙ্গে সম্পর্ক	কাউন্সেলিংয়ের জন্য যে বীমা কোম্পানিকে বিল করা হয়েছে	পলিসি বা আইডি #
কাউন্সেলারের নাম, ঠিকানা এবং ফোন#:			
আর কারা কাউন্সেলিং গ্রহণ করেছিল?	ক্ষতিগ্রস্থ ব্যক্তির সঙ্গে সম্পর্ক	কাউন্সেলিংয়ের জন্য যে বীমা কোম্পানিকে বিল করা হয়েছে	পলিসি বা আইডি #
কাউন্সেলারের নাম, ঠিকানা এবং ফোন#:			

যদি এই অপরাধের কারণে যদি 2 জনের চেয়ে বেশি লোক কাউন্সেলিং গ্রহণ করে থাকেন তাহলে এখানে ক্লিক করুন এবং ব্যাখ্যা করার জন্য একটি আলাদা পৃষ্ঠা যুক্ত করুন। ☐

12. কোন বীমা যদি অপরাধের শিকার ব্যক্তি বা শিকার ব্যক্তির ওপর নির্ভরশীলদের কভার করে তাহলে তা লিখুন। বীমা না থাকলে, নিচে “কোনটি নয়” লিখুন। যদি আপনি আবেদন করে থাকেন এবং এখনও কভার্ড না থাকে, পলিসি বা ID # এর অধানে “পেন্ডিং” লিখুন

পলিসি অথবা আইডি # এই ইন্স্যুরেন্স দ্বারা কভার করা ব্যক্তি(দের) নাম:

প্রাথমিক বীমা কোম্পানি		
প্রধান বীমা মেডিকেল কোম্পানি		
অন্যান্য বীমা (ইউনিয়ন, ডেন্টাল, ভিশন ইত্যাদি)		
Medicare		
মেডিকেড		
শ্রমিকের ক্ষতিপূরণ		
অটো বীমা		
অন্যান্য বীমা		

13. যদি অপরাধে ক্ষতিগ্রস্থ ব্যক্তির মৃত্যু হয় তাহলে আমাদেরকে কোনও জীবন বীমা এবং মৃত্যুর সুবিধার ব্যাপারে বলুন।

(যদি অপরাধের শিকার ব্যক্তির মৃত্যু না হয় থাকে বা কোনও জীবন বীমা বা মৃত্যুর সুবিধা না থাকে, তাহলে 14-এ যান)

কোম্পানির নাম	ঠিকানা	ফোন নং	পলিসি অথবা আইডি নং
জীবন বীমা		()	
পেনশন পরিকল্পনা		()	
অন্যান্য বীমা/পরিকল্পনা		()	
মেডিকেড		()	
ওয়ার্কার্স ক্ষতিপূরণ		()	

অন্য কোন বীমা বা মৃত্যু সুবিধা থাকলে, এখানে তালিকা করুন:

এই পলিসির মধ্যে কোনও একটি কি অপরাধের শিকার ব্যক্তির কবরের ব্যয় কভার করে? ☐ হ্যাঁ ☐ না

কেউ কি সোস্যাল সিকিউরিটি মৃত্যু সুবিধার জন্য আবেদন করেছেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না

14. আপনার আর্থিক অবস্থার ব্যাপারে একটু বলুন। আপনাকে অবশ্যই নীচের সমস্ত বিভাগের উত্তর দিতে হবে। যদি না থাকে, শূন্য (0) লিখুন।

আপনার কতজন নির্ভরশীল রয়েছে? _____

আপনার মোট বার্ষিক আয় কত (সমস্ত উত্স থেকে)? আপনি নিশ্চিত না হলে, অনুমান করুন: \$ _____

আপনার সমস্ত সম্পত্তি এবং আপনার সমস্ত ধার নিচে লিখুন। যদি আপনি নিশ্চিত না হন, তাহলে অনুমান করুন। অতিরিক্ত পৃষ্ঠা যুক্ত করুন, যদি প্রয়োজন হয়।

আপনার সম্পত্তি - যদি না থাকে, শূন্য (0) লিখুন।		আপনার ঋণ - আপনার এখন কত পাওনা?	
সঞ্চয়, স্টক, বন্ড	\$		যদি না থাকে, শূন্য (0) লিখুন।
প্রকৃত সম্পত্তি (গৃহ ইত্যাদি)	\$	বন্ধক	\$
জীবন বীমার প্রস্তুতি	\$	ঋণ	\$

15. একজন ব্যক্তিগত উকিল কি (ডিস্ট্রিক্ট অ্যাটর্নি নয়) আপনাকে প্রতিনিধিত্ব করছেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না

যদি হ্যাঁ হয়:

উকিলের নাম ঠিকানা ফোন # ()

16. প্রতিনিধির সঙ্গে কথা বলার অনুমোদন:

যদি আপনি পরিবারের সদস্য, বন্ধু বা অন্য কোনও ব্যক্তিকে আপনার দাবির সম্পর্কে OVS-এর সঙ্গে কথা বলার অনুমতি দিতে ইচ্ছুক হন, এখানে লিখুন।

ব্যক্তির নাম ঠিকানা ফোন # ()

17. অপরাধের শিকার ব্যক্তি/দাবীদারের অনুমোদন:

আমি অনুমোদন প্রদান করছি যে অফিস অফ ভিকটিম সার্ভিসেস (OVS)-থেকে ক্ষতিপূরণ স্বীকার করা হলে, অপরাধ সম্পর্কিত কোনও ক্ষতিপূরণের ওপর স্টেট অফ নিউ ইয়র্কের পক্ষে একটি লিয়েন সৃষ্টি হয়, যার ওপর এই দাবিটি করা হয়েছে, যে কোনও রায়, নিষ্পত্তি বা প্রতিদানের আদেশ সহ। আমি অন্ত্যেষ্টিক্রিয়া পরিচালক, অ্যাটর্নি, নিয়োগকর্তা, পুলিশ বা অন্যান্য সরকারী কর্তৃপক্ষ, বীমা কোম্পানী বা যেকোন ব্যক্তি যিনি উপরে পরিষেবা প্রদান করেছেন, বা সেই বিষয়ে জ্ঞান আছে, OVS বা এর প্রতিনিধিদের নিম্নলিখিত তথ্য প্রদানের জন্য অনুমোদন করছি: শ্রমিকদের ক্ষতিপূরণের ডকুমেন্ট, অপরাধ সম্পর্কিত তথ্য, বা অপরাধের ফলে যে কোনো আঘাত বা মৃত্যু হয়েছে, এবং এই দাবি সম্পর্কিত তথ্য। যদি একটি পুরস্কার দেওয়া হয়, আমি OVS কে সরাসরি পরিষেবা প্রদানকারীকে অর্থপ্রদান করার জন্য অনুমোদন করছি। আমি OVS কে এই দাবির জন্য সংকলিত আমার তথ্য এবং রেকর্ডগুলি এই আবেদনে তালিকাভুক্ত স্থানীয় ভিকটিম অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম (VAP) এর সাথে অথবা VAP বা স্থানীয় সরকার সত্তার জন্য অপরাধে ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তিদের সহায়তা করার জন্য নিউ ইয়র্ক স্টেটে প্রতিষ্ঠিত যেকোনো স্থানীয় সরকার সংস্থার সাথে শেয়ার করার জন্য অনুমোদন করি। আমার দাবি প্রক্রিয়াকরণ এবং তার সংকলন করতে OVS কে সহায়তা করতে। যদি উপরে একজন বেসরকারী আইনজীবীকে নির্দেশ করা হয়, আমি OVS-কে আমার প্রতিনিধি হিসাবে কাজ করার জন্য এই দাবির জন্য সংকলিত তথ্য এবং ডকুমেন্ট আইনজীবীর সাথে শেয়ার করার জন্য অনুমোদন করছি। আমি বুঝেছি যে এই অনুমোদন বাদেও আমার উকিলের থেকে একটি আলাদা উপস্থিতির বিজ্ঞপ্তিরও প্রয়োজন আছে। যদি কোনও পরিবারের সদস্য, বন্ধু বা অন্য ব্যক্তি উপরে নির্দেশিত হয়, আমি OVS কে এই দাবির জন্য আমার তথ্য এবং ডকুমেন্ট সেই ব্যক্তির সাথে শেয়ার করার জন্য অনুমোদন করি যাতে তারা এই দাবিতে আমাকে সহায়তা করে।

এই অনুমোদনের একটি ফোটোকপি আসলটির মতোই গুরুত্বপূর্ণ হবে।

দাবীদারের স্বাক্ষর তারিখ কর্মকালের ফোন # ()

ইমেল: _____ যে ভাষায় আপনি কথা বলেন: ☐ ইংলিশ ☐ স্প্যানিশ ☐ চাইনিজ
☐ আরবিক ☐ হাইতিয়ান ক্রিয়োল ☐ ইটালিয়ান ☐ কোরিয়ান ☐ রাশিয়ান ☐ ইন্দিশ
☐ বাঙালি ☐ ফ্রেঞ্চ ☐ উর্দু
দোভাষী প্রয়োজন: ☐ হ্যাঁ ☐ না ☐ অন্যান্য _____

আপনার দাবির প্রক্রিয়াকরণের জন্য আমাদেরকে নিম্নলিখিত ডকুমেন্ট ডাকযোগে পাঠান। (আপনার রেকর্ডের জন্য একটি কপি রাখুন।)

- এই ফর্মে তালিকাভুক্ত পরিষেবার জন্য সমস্ত বিল এবং রসিদ
- আপনার সম্পূর্ণ করা, স্বাক্ষরিত ক্রেমের ফর্ম
- এই ফর্মে তালিকাভুক্ত প্রতিটি পরিষেবা প্রদানকারীর জন্য একটি পূরণ করা HIPAA ফর্ম (আপনি HIPAA ফটোকপি তৈরি করতে পারেন)
- এই ফর্মে তালিকাভুক্ত পরিষেবাগুলির জন্য অর্থপ্রদান অস্বীকার বা অনুমোদনকারী যে কোনও বীমাকারীর চিঠি

মনে রাখবেন: OVS পরিশোধ করার আগে আপাকে অবশ্যই আপনার বীমা কোম্পানি বা বেনিফিট প্ল্যানকে অবশ্যই বিল করতে হবে।

আপনার ডকুমেন্টগুলি ডাকযোগে এখানে পাঠান: New York State Office of Victim Services
AE Smith Building
80 S. Swan Street
Albany, NY 12210-8002



HIPAA অনুযায়ী স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ করার জন্য অনুমোদন [এই ফর্ম নিউ ইয়র্ক স্টেট স্বাস্থ্য বিভাগ দ্বারা অনুমোদিত]

রোগীর নাম	জন্ম তারিখ	সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর XXX-XX-____
রোগীর ঠিকানা		

- আমি বা আমার অনুমোদিত প্রতিনিধি অনুরোধ করছি যে এই ফর্মে উল্লেখ অনুযায়ী আমার শুশ্রূষা এবং চিকিৎসা সম্পর্কিত স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ করা হোক: নিউ ইয়র্ক স্টেট ল এবং প্রাইভেসি রুল অফ দ্য হেল্থ ইন্স্যুরেন্স পোর্টেবিলিটি অ্যান্ড অ্যাকাউন্টেবিলিটি অ্যাক্ট অফ 1996 (HIPAA), আমি বুঝেছি যে:
- এই অনুমোদনের মধ্যে অ্যালকোহল এবং ড্রাগের অপব্যবহার, মানসিক স্বাস্থ্যের চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ করার অধিকার থাকতে পারে। সাইকোথেরাপি তথ্য, এবং গোপনীয় HIV* সম্পর্কিত তথ্য বাদে, যদি আমি আইটেম 9(a)-তে সঠিক জায়গায় স্বাক্ষর করি তাহলেই করা হবে। নিম্নে বর্ণিত স্বাস্থ্য তথ্যে এই ধরনের তথ্যের মধ্যে কোনও একটি থাকলে এবং আমি আইটেম 9(a)-এর বাক্সের লাইনের ওপর স্বাক্ষর করে থাকলে আমি আইটেম 8-এ উল্লেখিত ব্যক্তি(গণের) কাছে নির্দিষ্টভাবে এরকম তথ্য প্রকাশ করার অনুমোদন প্রদান করছি।
 - যদি আমি HIV-সম্পর্কিত, অ্যালকোহল বা ড্রাগ চিকিৎসা, বা মানসিক স্বাস্থ্যের চিকিৎসার তথ্য প্রকাশ করার অনুমোদন প্রদান করি তাহলে প্রাপক আমার অনুমোদন ছাড়া এরকম তথ্যে পুনরায় প্রকাশ করতে পারবে না, যদি না ফেডেরাল বা স্টেট আইনের অধীন অনুমতি থাকে। আমি বুঝেছি যে অনুমোদন ছাড়া আমার HIV সম্পর্কিত তথ্য পেতে পারেন বা ব্যবহার করতে পারেন এরকম ব্যক্তিদের তালিকার জন্য অনুরোধ করার আমার কাছে অধিকার আছে। যদি HIV সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ বা মুক্ত করার কারণে আমার পক্ষপাতিত্বের অভিজ্ঞতা হয় তাহলে আমি (212) 480-2493 নম্বরে নিউ ইয়র্ক স্টেটের মানবাধিকার বিভাগ (New York State Division of Human Rights) বা (212) 306-7450 নম্বরে নিউ ইয়র্ক সিটি মানবাধিকার কমিশনের (New York City Commission of Human Rights) সঙ্গে যোগাযোগ করতে পারি। এইসব এজেন্সি আমার অধিকার সুরক্ষিত রাখার জন্য দায়বদ্ধ।
 - আমার কাছে নিম্নে তালিকাভুক্ত স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীর কাছে যে কোনও সময় লিখিতভাবে আবেদন করে এই অনুমোদন প্রত্যাহার করার অধিকার আছে। আমি বুঝেছি যে, এই অনুমোদনের ভিত্তিতে ইতিমধ্যে কোনো কাজ না করা হয়ে থাকলে আমি এই অনুমোদনটি প্রত্যাহার করতে পারি।
 - আমি বুঝেছি যে এই অনুমোদনটি স্বাক্ষর করা ঐচ্ছিক। আমার চিকিৎসা, পেমেন্ট, হেলথ প্ল্যানে নথিভুক্তকরণ, বা সুবিধার জন্য যোগ্যতা প্রকাশ করার এই অনুমোদন কোনো শর্ত সাপেক্ষে হবে না।
 - এই অনুমোদন অনুযায়ী প্রকাশ করা তথ্য প্রাপক দ্বারা পুনরায় প্রকাশ করা যেতে পারে (উপরে আইটেম 2-তে উল্লেখিত বাদে) এবং এই পুনরায় প্রকাশটি ফেডেরাল বা স্টেট আইন দ্বারা আর সুরক্ষিত নাও থাকতে পারে।
 - এই অনুমোদনটি অ্যাটর্নি বা আইটেম 9 (b)-তে উল্লেখিত সরকারি এজেন্সি বাদে অন্য কারোর সাথে আমার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য বা চিকিৎসাগত পরিচর্যা আলোচনা করার অনুমতি প্রদান করে না।

7. এই তথ্যটি যে স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী বা সংস্থা প্রকাশ করবে তার নাম এবং ঠিকানা:	
8. এই তথ্যে যে ব্যক্তি(দের) বা যে ধরনের ব্যক্তির কাছে পাঠানো হবে তাদের নাম এবং ঠিকানা: NYS OFFICE OF VICTIM SERVICES – AE SMITH BLDG., 80 S. SWAN ST., ALBANY, NY 12210-8002	
9(a). যে নির্দিষ্ট তথ্য প্রদান করা হবে: ☐ যে তারিখ থেকে চিকিৎসা রেকর্ড (তারিখ লিখুন) _____ যে তারিখ পর্যন্ত (তারিখ লিখুন) _____ ☐ সম্পূর্ণ মেডিক্যাল রেকর্ড, রোগীর ইতিহাস, অফিসের নোট সহ (সাইকোথেরাপি নোট বাদে), পরীক্ষার ফলাফল, রেডিওলজি স্টাডি, ফিল্ম, রেফারেল, কনসাল্ট, বিলিং রেকর্ড, বিমা রেকর্ড, এবং অন্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী দ্বারা আপনার কাছে পাঠানো রেকর্ড ☐ অন্যান্য: _____ এর মধ্যে রয়েছে: (স্বাক্ষর করে উল্লেখ করুন) অ্যালকোহল/ড্রাগ চিকিৎসা মানসিক স্বাস্থ্যের তথ্য HIV-সম্পর্কিত তথ্য	
স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য আলোচনা করার অনুমোদন (b) ☐ এখানে নামের আদ্যক্ষর লিখে _____ আমি অনুমোদন করছি _____ আদ্যক্ষর একক স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর নাম এখানে তালিকাভুক্ত অ্যাটর্নি বা সরকারি এজেন্সির সাথে আমার স্বাস্থ্যগত তথ্য আলোচনা করার অনুমতি প্রদান করছি: নিউ ইয়র্ক স্টেট ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তি পরিষেবার কার্যালয় (NEW YORK STATE OFFICE OF VICTIM SERVICES) (অ্যাটর্নি/সংস্থার নাম বা সরকারি এজেন্সির নাম)	
10. তথ্য প্রকাশ করার কারণ: নিউ ইয়র্ক স্টেট অপরাধে ক্ষতিগ্রস্তদের পরিষেবার বিভাগের জন্য যোগ্যতা স্থাপন করার উদ্দেশ্যে ব্যক্তির অনুরোধে	11. তারিখ বা ঘটনা, যখন এই অনুমোদনটি সমাপ্ত হয়ে যাবে: অপরাধে ক্ষতিগ্রস্তদের পরিষেবার সুবিধার কার্যালয়ের জন্য ব্যক্তির যোগ্যতার অবসানের সময় এই অনুমোদনটি সমাপ্ত হয়ে যাবে কপি
12. যদি রোগী না হয়, ফর্ম স্বাক্ষরকারী ব্যক্তির নাম:	13. রোগীর পক্ষ থেকে স্বাক্ষর করার অনুমোদন:

এই ফর্মের সমস্ত বিষয় সম্পূর্ণ করা হয়েছে এবং এই ফর্মের সম্পর্কে আমার সব প্রশ্নের উত্তর দেওয়া হয়েছে। এছাড়াও, আমাকে ফর্মের একটি কপি দেওয়া হয়েছে।
তারিখ: _____

রোগী বা আইন দ্বারা অনুমোদিত প্রতিনিধির স্বাক্ষর:

* হিউম্যান ইমিউনোডেফিসিয়েন্সি ভাইরাস যার কারণে AIDS হয়। নিউ ইয়র্ক স্টেট সরকারি স্বাস্থ্য আইন এমন তথ্য যা একজন ব্যক্তির HIV লক্ষণ বা সংক্রমণ আছে বলে ন্যায়সঙ্গতভাবে চিহ্নিত করতে পারে বা ব্যক্তির বন্ধু ও আত্মীয়দের ব্যাপারে তথ্য সুরক্ষিত রাখে।