



ক্ষতিপূরণের জন্য কীভাবে আবেদন করবেন

কে ক্ষতিপূরণের জন্য আবেদন করতে পারে?

অপরাধের নিরপরাধ শিকার, নির্দিষ্ট আত্মীয়, নির্ভরশীল ব্যক্তি, আইনি পিতা-মাতা এবং যোগ্য পরপোকারী ব্যক্তি, বিমা বা অন্যান্য সম্পদের আওতায় না থাকা নিজের খরচের জন্য ক্ষতিপূরণের উদ্দেশ্যে অপরাধের শিকার পরিষেবার কার্যালয় (Office of Victim Services, OVS) -এ আবেদন করতে পারেন।

কী ধরনের ব্যয় জন্য আমি ক্ষতিপূরণ পেতে পারি?

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

OVS -এর আওতায় যে নির্দিষ্ট খরচ থাকতে পারে:

- মেডিক্যাল, ফার্মাসি এবং কাউন্সেলিং খরচ
- আবশ্যিক ব্যক্তিগত সম্পত্তির ক্ষতি (\$500 পর্যন্ত, নগদের জন্য \$100 সহ)
 - সমাধি বা শেষকৃত্যের খরচ (\$6,000 পর্যন্ত)
- হারানো বেতন বা হারানো আয় (\$30,000 পর্যন্ত) (হাসপাতালে ভর্তি অপ্রাপ্তবয়স্ক বাচ্চার পিতা-মাতা অভিভাবক এই সুবিধার জন্য যোগ্য হতে পারে)
- পরিবহন (আদালত/চিকিত্সাগত)
- পেশাগত/বৃত্তিমূলক পুনর্বাসন
- সিকিউরিটি ডিভাইস এবং DV আশ্রয়ের খরচ
- অপরাধের স্থল পরিষ্কারকরণ (\$2,500 পর্যন্ত)
- ভাল সামারিটান সম্পত্তির ক্ষতি (\$5,000 পর্যন্ত)
- যাত্রার খরচ (\$2,500 পর্যন্ত)

আমি কীভাবে ক্ষতিপূরণের জন্য অনুরোধ করব?

নিম্নলিখের প্রতিলিপি সহ আমাদের কাছে আপনার সম্পূর্ণ করা OVS আবেদন পাঠান:

- পুলিশ রিপোর্ট
- মেডিকেল বিল
- বিমা কোম্পানি বা বেনিফিট প্ল্যানের সঙ্গে কথা-বার্তা, যার মধ্যে তারা আপনার ক্ষতির জন্য ক্ষতিপূরণ দেবেন কিনা তার উল্লেখ থাকবে
- বিমার কার্ড
- আবশ্যিক ব্যক্তিগত সম্পত্তির জন্য রসিদ
- মৃত্যুর সার্টিফিকেট এবং শেষকৃত্যের কন্ট্র্যাক্ট
- অপরাধের শিকার ব্যক্তির জন্ম সার্টিফিকেট
- বয়সের প্রমাণপত্র (ড্রাইভার লাইসেন্স, জন্ম সার্টিফিকেট ইত্যাদি)
- আইনি অভিভাবকত্বের নথিপত্র

যদি আমার কাছে OVS-এর আবশ্যিক কিছু নথিপত্র না থাকলে কী হবে?

আপনার আবেদন তত্ত্বক্ষণাত পাঠান। আপনি অন্যান্য নথিপত্র পরে পাঠাতে পারেন।

যদি অপরাধের কারণে আমার সম্পত্তির হানি, ক্ষতি বা নষ্ট হলে কী হবে?

যদি আপনার বয়স 18-এর চেয়ে কম, 60 বা বেশি, প্রতিবন্ধী বা আঘাতপ্রাপ্ত হন, আপনি আপনার প্রয়োজনীয় ব্যক্তিগত সম্পত্তি বা নগদ যা অন্য কোন সংস্থান দ্বারা আচ্ছাদিত নয় সেগুলি বদল করার 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?

তত্ত্বক্ষণাত OVS-এর কাছে একটি স্বাক্ষরিত পত্র পাঠান। আপনার নতুন ঠিকানা এবং ফোন নম্বর আমাদেরকে জানান। আপনার ইমেল অ্যাড্রেস পরিবর্তন হলেও আমাদেরকে জানান।

এই দাবিটি কে স্বাক্ষর করতে পারে?

সাধারণতঃ অপরাধের শিকার ব্যক্তিকে দাবি স্বাক্ষর করতে হয়। ততসঙ্গেও, যদি অপরাধের শিকার ব্যক্তি 18 বছরের কম বয়সী হয়, বা স্বাক্ষর করার জন্য শারীরিক বা মানসিক ভাবে অক্ষম হয়, তাহলে আইনি অভিভাবককে (সুবিধা প্রাপক ব্যক্তিক) দাবির সেকশন 2 অবশ্যই পূরণ করতে হবে এবং দাবি স্বাক্ষর করতে হবে।

যদি অপরাধের শিকার ব্যক্তির মৃত্যু হয়, সুবিধার জন্য অনুরোধকারী ব্যক্তিকে দাবির সেকশন 2 অবশ্যই পূরণ করতে হবে এবং দাবি স্বাক্ষর করতে হবে।

আবেদন করার কি অন্য কোনও উপায় আছে?

হ্যাঁ। সিকিওর ভিক্টিম সার্ভিস 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 প্রতিলিপি তৈরি করার জন্য ব্ল্যাংক ফর্মের ফটোকপি তৈরি করতে পারেন।

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

ovs.ny.gov

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

800-247-8035

আদালত আঞ্জাপিত প্রতিদানের তথ্য

প্রতিদান কী?

প্রতিদান হল ক্ষতিপূরণ, যা দণ্ডমূলক অপরাধের অপরাধীদের দ্বারা অপরাধের কারণে ক্ষতির বা আঘাতের জন্য শিকার ব্যক্তিকে প্রদান করা হয়। এটি রায় দেওয়ার সময় অবশ্যই আদালত দ্বারা আঞ্জাপিত হতে হবে এবং এটিকে রায়ের একটি অংশ হিসেবে বিবেচনা করা হয়।

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

যখন ডিস্ট্রিক্ট অ্যাটর্নি (DA) কার্যালয়, আদালতকে জানায় যে আপনি প্রতিদানের জন্য অনুরোধ করেছেন বা প্রবেশন তদন্তের রিপোর্টে (রায়ের পূর্বে, আবেদনের পূর্বে বা বিবৃতির পূর্বে রিপোর্টে) শিকার ব্যক্তির প্রভাবে বিবৃতি উল্লেখ করে যে শিকার ব্যক্তি প্রতিদানের অনুরোধ করছেন, তখন আদালতকে অবশ্যই প্রতিদানের আদেশ দিতে হবে, যদি না রায়ের স্বার্থ অন্যথা উল্লেখ করে। যদি বিচারপতি প্রতিদানের আদেশ না দয় তাহলে নথিপত্রের মধ্যে বিচারপিতাকে তার কারণ স্পষ্টভাবে উল্লেখ করতে হবে।

একটি প্রতিদান হিসেবে আমি কি অনুরোধ করতে পারি?

আপনি অপরাধের পরিণামস্বরূপ হওয়া যে কোনও ব্যয়ের জন্য অনুরোধ করতে পারেন - OVS যে জিনিসগুলির জন্য পরিশোধ করতে অক্ষম সেগুলির জন্যও। প্রতিদানের মধ্যে থাকতে পারে কিন্তু সীমিত নয়, মেডিক্যাল বিলের জন্য প্রত্যর্পণ, কাউন্সেলিংয়ের খরচ, আয়ের ক্ষতি, শেকৃৎয়ের খরচ, বিমার থেকে বিয়োগযোগ্য রাশি এবং চুরি হওয়া বা ক্ষতিগ্রস্ত সম্পত্তির পরিবর্তন।

কার প্রতিদান পাওয়ার অধিকার আছে?

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

আমি কীভাবে প্রতিদানের 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 নথিপত্র এবং বিলের প্রতিলিপি 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 পূর্বে রিপোর্টে)। অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিতগুলি সুনিশ্চিত করবেন:

- সঠিক রেকর্ড রাখবেন যেমন অপরাধের প্রত্যক্ষ পরিণাম হিসেবে আপনার যে কোনও খরচের মূল রসিদ।
- এই রসিদগুলির প্রতিলিপি পুলিশ, DA এবং স্থানীয় প্রবেশন বিভাগের কাছে জমা দিন।

যতটা তাড়াতাড়ি সম্ভব আপনাকে DA, অপরাধের শিকার/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 প্রতিদানের 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 (persons in need of supervision, PINS), একটি প্রাক-রায় বা প্রিডিসপোজিশন তদন্ত রিপোর্ট অবশ্যিক। স্থানীয় প্রবেশন বিভাগ আপনার কেস সম্পর্কে প্রতিদানের বিষয়ের ব্যাপারে আপনার সঙ্গে যোগাযোগ করবে।

কীভাবে প্রতিদান নির্ধারণ করা হয়?

প্রতিদানের পরিমাণ অপরাধের পরিণামস্বরূপ হওয়া আপনার খরচের প্রমাণের ওপর ভিত্তি করে নির্ধারণ করা হয়। অপরাধীর কাছে প্রতিদানের পরিমাণের বিরুদ্ধে আপত্তি করার অধিকার আছে। প্রতিদানের 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 বিকল্পগুলির ব্যাপারে 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 দাবির আবেদন জমা করেছেন তা DA-এর কার্যালয় কে জানানো গুরুত্বপূর্ণ।

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

ক্ষতিপূরণের জন্য আবেদন
নিউ ইয়র্ক স্টেট অপরাধের শিকার পরিষেবার কার্যালয়
(New York State Office of Victim Services)



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

অপরাধের শিকার সহায়তা কর্মসূচী, কেবল ব্যবহার করুন

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

1. অপরাধের শিকার ব্যক্তির ব্যাপারে আমাদেরকে বলুন।

পদবি	নাম	MI	মোস্যাল সিকিউরিটি # <input type="checkbox"/> 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
প্রজাতি/জাতীয়তা: <input type="checkbox"/> স্বেডিশ <input type="checkbox"/> ফ্রান্স <input type="checkbox"/> এশিয়ান <input type="checkbox"/> হিস্প্যানিক <input type="checkbox"/> অ্যামেরিকান ইন্ডিয়ান / আলাস্কা নোটিভ <input type="checkbox"/> প্যাসিফিক আইল্যান্ডার/নোটিভ <input type="checkbox"/> অন্যান্য <input type="checkbox"/> মাল্টি-রেস বৈবাহিক অবস্থান: <input type="checkbox"/> একা <input type="checkbox"/> বিবাহিত <input type="checkbox"/> ডিভোর্সড <input type="checkbox"/> অলাদা থাকে <input type="checkbox"/> বিধবা <input type="checkbox"/> সঙ্গীর সঙ্গে থাকে লিঙ্গ: <input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> মহিলা <input type="checkbox"/> অপরাধের সময় কি শিকার ব্যক্তি অক্ষম হয়ে গিয়েছিল? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> জানা নেই					
আপনি অপরাধের শিকার পরিষেবার (Office of Victim Services) কার্যালয়ের সম্পর্কে প্রথমবার কীভাবে জানতে পেরেছেন? <input type="checkbox"/> পুলিশ <input type="checkbox"/> হাসপাতাল <input type="checkbox"/> ডিস্ট্রিক্ট অ্যাটর্নি <input type="checkbox"/> অপরাধের শিকার ব্যক্তির সহায়তা কর্মসূচী <input type="checkbox"/> রেডিও/টিভি <input type="checkbox"/> রোশিওর/পাস্টার <input type="checkbox"/> ইন্টারনেট <input type="checkbox"/> অন্যান্য					

2. যদি আপনি অপরাধের শিকার না হন এবং আপনি এই দাবি স্বাক্ষর করছেন তাহলে আপনি দাবিদার। আপনার ব্যাপারে আমাদেরকে বলুন। (নির্দেশাবলীর পৃষ্ঠে ওপর 'কে এই দাবি স্বাক্ষর করতে পারে?' দেখুন)

পদবি	নাম	MI	মোস্যাল সিকিউরিটি # <input type="checkbox"/> 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

অপরাধের শিকার ব্যক্তির সাথে আপনার সম্পর্কের ব্যাপারে বলুন? (শুধুমাত্র একটিতে টিক দিন।)

পিতা-মাতা স্বামী-স্ত্রী বাচ্চা আইনি অভিভাবক অ্যাটর্নি অন্যান্য (ব্যাখ্যা করুন):

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

অপরাধের শিকার ব্যক্তির মৃত্যু হয়েছে কারণ: <input type="checkbox"/> মোটর ভেহিকেল (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> মোটর ভেহিকেল (অন্যান্য) <input type="checkbox"/> সন্ত্রাসবাদ <input type="checkbox"/> ইচ্ছাকৃত অগ্নিযোগ <input type="checkbox"/> মানব পাচার <input type="checkbox"/> অন্যান্য নরহত্যা:	অপরাধের শিকার ব্যক্তি আঘাত পেয়েছেন কারণ: <input type="checkbox"/> হামলা <input type="checkbox"/> যৌনগত হামলা <input type="checkbox"/> বাচ্চার শারীরিক অপব্যবহার/উপেক্ষা <input type="checkbox"/> বাচ্চার সঙ্গে যৌন অপব্যবহার <input type="checkbox"/> মোটর ভেহিকেল (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> মোটর ভেহিকেল (DUI/DWI) নয় <input type="checkbox"/> বাচ্চার পর্ণোগ্রাফি <input type="checkbox"/> অন্যান্য (ব্যাখ্যা করুন)	অপরাধের শিকার ব্যক্তি আবশ্যিক ব্যক্তিগত সম্পত্তি হারিয়েছেন কারণ: <input type="checkbox"/> দরজা ভেঙে চুরি <input type="checkbox"/> মোটর ভেহিকেল (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> মোটর ভেহিকেল (DUI/DWI) নয় <input type="checkbox"/> মানব পাচার <input type="checkbox"/> ডাকাতি (কোন আঘাত নয়) <input type="checkbox"/> অন্যান্য (ব্যাখ্যা করুন):	<input type="checkbox"/> ইচ্ছাকৃত অগ্নিযোগ <input type="checkbox"/> অপরাধগত ক্রোধ <input type="checkbox"/> প্রতারণা/আর্থিক অপরাধ
---	---	--	--

অপরাধটি কোথায় ঘটেছিল? (শুধুমাত্র একটিতে টিক দিন।) কাজ মালিকানাধীন আবাসন অ্যাপার্টমেন্ট ভবন সরকারি রাস্তা

সাবওয়ে/বাস পার্কিং লট রেস্টুরেন্ট/বার স্কুল/স্কুলের মাঠ শপিং মল অন্যান্য (ব্যাখ্যা করুন):

এই অপরাধটি কি গৃহ হিংসা সম্পর্কিত ছিল? হ্যাঁ না জানা নেই

এই অপরাধটিকে আপমান সম্পর্কিত ছিল? হ্যাঁ না জানা নেই

এই অপরাধটি কি প্রাপ্তবয়স্কদের অপব্যবহার/উপেক্ষা সম্পর্কিত ছিল? হ্যাঁ না জানা নেই

এটি কি একটি ঘৃণাভ্রক অপরাধ ছিল? হ্যাঁ না জানা নেই

এই অপরাধটি ঘটান সময় কি অপরাধের শিকার ব্যক্তি কি একটি লাভারি ক্যাব চালাচ্ছিলেন? হ্যাঁ না জানা নেই

অন্য কোনও ব্যক্তির বিরুদ্ধে অপরাধ প্রতিরোধ বা থামানোর জন্য বা অপরাধ আটকানোর সময় কর্তৃপক্ষকে সাহায্য করার সময় অপরাধে শিকার নিযুক্ত সম্পত্তির হানি হয়েছিল বা ক্ষতিগ্রস্ত হয়েছিল? হ্যাঁ না

অপরাধের রিপোর্ট #: _____ পুলিশ বা ক্রিমিনাল জাস্টিস এজেন্সি নিম্নলিখিতকে রিপোর্ট করেছেন: _____

কাউন্টি যেখানে অপরাধটি ঘটেছে: _____ অপরাধের তারিখ: _____ অপরাধের তারিখের সম্পর্কে রিপোর্ট করা হয়েছে: _____

যদি অপরাধের তারিখ এবং অপরাধ রিপোর্ট করার তারিখ 7 দিনের চেয়ে বেশি হয়, তাহলে কারণ ব্যাখ্যা করুন: _____

নিজের শব্দে অপরাধের ব্যাখ্যা করুন: _____

4. সন্দেহজনক ব্যক্তির ব্যাপারে আমাদেরকে বলুন। সন্দেহজনক ব্যক্তির নাম (যদি আপনি জানেন):

এই অপরাধের জন্য সন্দেহজনক ব্যক্তিকে কী গ্রেপ্তার করা হয়েছে? হ্যাঁ না
 এই অপরাধের জন্য সন্দেহজনক ব্যক্তিকে কি মামলা করা হয়েছে? হ্যাঁ না এখনও নয়
 সন্দেহজনক ব্যক্তি কি শিকার ব্যক্তির মতো একই বাড়িতে থাকেন বা সন্দেহজনক ব্যক্তি অপরাধের শিকার ব্যক্তির পরিবারেরই একজন সদস্য? হ্যাঁ না
 আদালত কি এই মামলার জন্য সুরক্ষার আদেশ জারি করেছে? হ্যাঁ না (যদি হ্যাঁ হয়, প্রতিলিপি সংযুক্ত করুন।)
 DA কি আদালতকে প্রতিদানের আদেশ দেওয়ার অনুরোধ করেছে? হ্যাঁ না এখনও নয়
 আদালত কি সন্দেহজনক ব্যক্তিকে প্রতিদান 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 জিনিসটিকে আদালতের আদেশকৃত প্রতিদান হিসেবেও অনুরোধ করতে হবে। যদি কোনও অপরাধিক মামলা থাকে তাহলে আবেদনকারীকে এই তথ্যগুলিকে উকিলকে জানানোর জন্য অনুরোধ করা হচ্ছে। এই প্রতিদান সম্পর্কে গুরুত্বপূর্ণ তথ্যের জন্য আদালতের আদেশকৃত প্রতিদানের তথ্যের পৃষ্ঠা দেখুন।

5. এই অপরাধ সম্পর্কিত আপনার ব্যয়ের ব্যাপারে আমাদেরকে বলুন। (প্রযোজ্য 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 স্থানান্তর/মজুতকরণ আদালত
 পরামর্শ শেষকৃত্য/কবর আবশ্যিক ব্যক্তিগত সম্পত্তি
 অন্যান্য (ব্যাখ্যা করুন): _____

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

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

বাড়ির মালিক/ভাড়াটিয়ার বিমা কোম্পানি	পলিসি বা ID #	হ্রাসযোগ্য রাশি \$
অটো/অন্যান্য ইন্স্যুরেন্স কোম্পানি	পলিসি বা ID #	হ্রাসযোগ্য রাশি \$

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

7. আমাদেরকে অপরাধের শিকার ব্যক্তির বা পিতা-মাতার নিযুক্তি এবং হারানো বেতনের বিমার ব্যাপারে বলুন। যদি আপনি না চান যে আমরা আপনার নিয়োগকর্তার সঙ্গে যোগাযোগ না করি তাহলে আপনি হারানো বেতনের জন্য ক্ষতিপূরণের অনুরোধ করতে পারবেন না। (8-এ যান)

অপরাধ ঘটানোর সময় অপরাধের শিকার ব্যক্তি/হাসাপাতালে ভর্তি অপরাধের অপ্রাপ্তবয়স্ক শিকার কি নিযুক্ত ছিল? হ্যাঁ না (যদি না হয় 8-এ যান)
 অপরাধের কারণে অপরাধের শিকার ব্যক্তি/হাসাপাতালে ভর্তি অপরাধের অপ্রাপ্তবয়স্ক শিকার কি কাজে যেতে পারেন নি? হ্যাঁ না
 অপরাধের শিকার ব্যক্তি/পিতা-মাতা কি স্বনিযুক্ত? হ্যাঁ না (যদি হ্যাঁ হয়, গত বছরের ফেডেরাল ট্যাক্স রিটার্ন এবং সমস্ত শিডিউলের প্রতিলিপি সংযুক্ত করুন।)

নিয়োগকর্তার নাম, ঠিকানা এবং ফোন #:

()					
নিয়োগকর্তা	রাস্তা	শহর	স্টেট	জিপ কোড	ফোন#
অন্য নিয়োগকর্তার নাম, ঠিকানা, এবং ফোন #:					
()					
নিয়োগকর্তা	রাস্তা	শহর	স্টেট	জিপ কোড	ফোন#
যে ডাক্তার স্বীকৃত জানিয়েছে যে অপরাধের শিকার ব্যক্তি কাজে যেতে পারবেন না তার নাম, ঠিকানা, এবং ফোন #:					
()					
ডাক্তার	রাস্তা	শহর	স্টেট	জিপ কোড	ফোন#

আমাদেরকে কোনও বিমা কোম্পানির ব্যাপারে বলুন যা অপরাধের শিকার ব্যক্তির হারানো কর্মসময়কে কভার করবে। (যদি নেই হয়, নিচে "নেই" লিখুন এবং 8-এ যান।)

পলিসি বা ID # বা "নেই"

পলিসি বা ID # বা "নেই"

1. বেকারত্ব বিমা		5. শ্রমিকের ক্ষতিপূরণ	
2. অক্ষমতার বিমা		6. অন্যান্য বিমা	
3. পেনশন প্ল্যান		7. সোশ্যাল সিকিউরিটি সুবিধা (প্রয়োজনীয় ssn)	SSN _____
4. অন্যান্য বিমা		8. SSI সুবিধা (প্রয়োজনীয় ssn)	SSN _____

8. যদি অপরাধের শিকার ব্যক্তির মৃত্যু হয় এবং যদি আপনার কবর দেওয়ার ব্যয় থাকে তাহলে নিম্নলিখিতগুলি পূরণ করুন। (যদি না হয়, 9-এ যান।)

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

শেষকৃত্য হোমের নাম:

ফোন #: ()

ঠিকানা: _____

রাস্তা

শহর

স্টেট

জিপ কোড

9. যদি অপরাধের কারণে অপরাধের শিকার ব্যক্তি আঘাতপ্রাপ্ত হয় বা মৃত্যু হয়, নিম্নলিখিতগুলি পূরণ করুন।

অপরাধের শিকার ব্যক্তির আঘাত ব্যাখ্যা করুন, সক্ষিপ্তভাবে: _____

অপরাধের শিকার ব্যক্তি কি কোনও মেডিকেল চিকিত্সা পেয়েছেন? হ্যাঁ না (যদি না হয়, সেকশন 10-এ যান)

অপরাধ সম্পর্কিত আঘাতের জন্য অপরাধের শিকার ব্যক্তির চিকিত্সা যে স্বাস্থ্য পেশাদার করছেন তার ব্যাপারে বলুন:

	সম্পূর্ণ নাম	সম্পূর্ণ ঠিকানা	ফোন#
প্রথম হাসপাতাল	_____	_____	(____) _____
অন্য হাসপাতাল	_____	_____	(____) _____
প্রথম ডাক্তার (হাসপাতাল নয়)	_____	_____	(____) _____
অন্য ডাক্তার	_____	_____	(____) _____
প্রথম ডেনটিস্ট	_____	_____	(____) _____
অপরাধের শিকার ব্যক্তির কাউন্সেলার	_____	_____	(____) _____

10. অপরাধের শিকার ব্যক্তির ওপর নির্ভরশীল ব্যক্তি বা সাহায্যের জন্য যারা অপরাধের শিকার ব্যক্তির ওপর নির্ভরশীল তার ব্যাপারে বলুন।

(যদি কেউ না থাকে, তাহলে 11-এ যান)

নির্ভরশীল ব্যক্তি	নাম	সোশ্যাল সিকিউরিটি #	জন্ম তারিখ	শিকার ব্যক্তির সঙ্গে সম্পর্ক
	ঠিকানা	আপনি কি আইনি অভিভাবক? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না		
অন্যান্য নির্ভরশীল ব্যক্তি	নাম	সোশ্যাল সিকিউরিটি #	জন্ম তারিখ	শিকার ব্যক্তির সঙ্গে সম্পর্ক
	ঠিকানা	আপনি কি আইনি অভিভাবক? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না		
অন্যান্য নির্ভরশীল ব্যক্তি	নাম	সোশ্যাল সিকিউরিটি #	জন্ম তারিখ	শিকার ব্যক্তির সঙ্গে সম্পর্ক
	ঠিকানা	আপনি কি আইনি অভিভাবক? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না		

যদি 3 জনের চেয়ে বেশি নির্ভরশীল ব্যক্তি হয় তাহলে একটি আলাদা পৃষ্ঠা সংযুক্ত করুন এবং এখানে ক্লিক করুন:

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

কারা কাউন্সেলিং গ্রহণ করেছিল?	শিকার ব্যক্তির সঙ্গে সম্পর্ক	কাউন্সেলিংয়ের জন্য যে বিমা কোম্পানিকে বিল করা হয়েছে	পলিসি বা ID #
কাউন্সেলারের নাম, ঠিকানা এবং ফোন#:			
আর কারা কাউন্সেলিং গ্রহণ করেছিল?	শিকার ব্যক্তির সঙ্গে সম্পর্ক	কাউন্সেলিংয়ের জন্য যে বিমা কোম্পানিকে বিল করা হয়েছে	পলিসি বা ID #
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 বিমা যদি অপরাধের শিকার ব্যক্তি বা শিকার ব্যক্তির ওপর নির্ভরশীলদের কভার করে তাহলে তা লিখুন। যদি কোনও বিমা না থাকে, তাহলে "নিচে" নেই লিখুন যদি আপনি আবেদন করে থাকেন এবং এখনও কভার্ড না থাকে, পলিসি বা ID #-এর অধানে "পেন্ডিং" লিখুন

পলিসি বা ID #

এই বিমার অধানে কভার ব্যক্তি(গণের) নাম:

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

13. যদি অপরাধের শিকার ব্যক্তির মৃত্যু হয় তাহলে আমাদেরকে কোনও জীবন বিমা এবং মৃত্যুর সুবিধার ব্যাপারে বলুন।

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

কোম্পানির নাম	ঠিকানা	ফোন#	পলিসি বা ID #
জীবন বিমা	_____	(____)	_____
পেনশন প্ল্যান	_____	(____)	_____
অন্যান্য বীমা প্ল্যান	_____	(____)	_____
Medicaid	_____	(____)	_____
প্রমিকের ক্ষতিপূরণ	_____	(____)	_____

যদি অন্য কোনও বিমা বা মৃত্যুর সুবিধা থাকে, এখানে লিখুন: _____

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 নিম্নলিখিত সমস্ত সেকশন সম্পূর্ণ করতে হবে। যদি না থাকে, শূন্য (0) লিখুন।

আপনার ওপর কতজন নির্ভরশীল ব্যক্তি আছে? _____

আপনার মোট বার্ষিক আয় কত (সমস্ত উত্স থেকে)? যদি আপনি নিশ্চিত না হন, তাহলে আনুমানিক: \$ _____

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

আপনার সম্পত্তি - যদি না থাকে, শূন্য (0) লিখুন।		আপনার ধার - আপনার কত অর্থ ধার আছে?	
সঞ্চয়, স্টক, বন্ড	\$ _____		যদি না থাকে, শূন্য (0) লিখুন।
প্রকৃত সম্পত্তি (গৃহ ইত্যাদি)	\$ _____	বন্ধক	\$ _____
জীবন বিমার প্রস্তুতি	\$ _____	ঋণ	\$ _____

15. একজন বেসরকারি উকিল (DA নয়) কি আপনার প্রতিনিধিত্ব করছে? 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 ব্যক্তির/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। যে কোনও ফিউনেরাল ডিরেক্টর, উকিল, নিয়োগকর্তা, পুলিশ বা অন্য সরকারি কর্তৃপক্ষ, বিমা কোম্পানি বা কোনও ব্যক্তি যিনি উপরোক্তের জন্য পরিষেবা প্রদান করেছেন বা এই ব্যাপারে তথ্য জানে, এদেরকে OVS বা তাদের প্রতিনিধিদের নিম্নলিখিত তথ্য প্রদান করার জন্য আমি পুনশ্চ: অনুমোদন করছি।
 প্রমিকের ক্ষতিপূরণ নথিপত্র, অপরাধ সম্পর্কিত তথ্য বা অপরাধের ফলস্বরূপ কোনও আঘাত বা মৃত্যু, এই দাবি সম্পর্কিত কোনও তথ্য। যদি কোনও ক্ষতিপূরণ প্রদান করা হয় তাহলে আমি পরিষেবা প্রদানকারীকে প্রত্যক্ষ পেমেণ্ট করার জন্য OVS কে অনুমোদন প্রদান করছি। আমার দাবির প্রক্রিয়াকরণ এবং এটির নির্ধারণের জন্য OVS-এর প্রতি VAP-এর সাহায্যের উদ্দেশ্যে আমি OVSকে এই দাবির জন্য একত্রিত আমার তথ্য এবং নথিপত্র স্থানীয় ভিকটিম অ্যাসিস্টেন্স প্রোগ্রামকে (VAP) জানানোর জন্য অনুমোদন প্রদান করছি। যদি কোনও বেসরকারি উকিলের কথা উপরে উল্লেখ করা হয় তাহলে এই দাবির জন্য একত্রিত আমার তথ্য এবং নথিপত্র, আমার প্রতিনিধি হিসেবে কাজ করার উদ্দেশ্যে উকিলকে জানানোর জন্য আমি OVSকে অনুমোদন প্রদান করছি। আমি বুঝেছি যে এই অনুমোদন বাদেও আমার উকিলের থেকে একটি আলাদা উপস্থিতির বিজ্ঞপ্তিরও প্রয়োজন আছে। যদি পরিবারের সদস্য, বন্ধু বা অন্যান্য ব্যক্তির কথা উপরে উল্লেখ করা হয় তাহলে এই দাবির জন্য একত্রিত আমার তথ্য এবং নথিপত্র, এই দাবির জন্য আমাকে সাহায্য করার উদ্দেশ্যে সেই ব্যক্তিদেরকে জানানোর জন্য আমি OVSকে অনুমোদন প্রদান করছি।

অনুমোদনের একটি প্রতিলিপি মূল প্রতির মতোই কার্যকর হিসেবে বিবেচনা করা হবে।

_____ (____)
 দাবীদারের স্বাক্ষর _____ তারিখ _____ দিনের ফোন # _____
 ইমেল: _____ আপনি যে ভাষা বলতে পছন্দ করেন: ইংরেজি স্প্যানিশ সিঙ্গলফাইড চাইনিজ
 ট্রেডিশনাল চাইনিজ হাইভিয়ান ক্রিওল ইটালিয়ান কোরিয়ান
 রাশিয়ান অন্যান্য _____
 দোভাষীর দরকার হ্যাঁ না

আপনার দাবির প্রক্রিয়াকরণের জন্য আমাদেরকে নিম্নলিখিত নথিপত্র ডাকযোগে পাঠান। (আপনার রেকর্ডের জন্য একটি প্রতিলিপি রাখবেন।)

- এই ফর্মে তালিকাভুক্ত পরিষেবার জন্য সমস্ত বিল এবং রসিদ
- আপনার সম্পূর্ণ করা, স্বাক্ষরিত দাবির ফর্ম
- এই ফর্মে তালিকাভুক্ত প্রতিটি পরিষেবা প্রদানকারীর জন্য একটি পূরণ করা HIPAA ফর্ম (আপনি HIPAA ফটোকপি তৈরি করতে পারেন)
- এই ফর্মে তালিকাভুক্ত পরিষেবার উদ্দেশ্যে কোনও ইন্স্যুরারের পেমেণ্ট অস্বীকার বা অনুমোদনের পত্র।

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

আপনার নথিপত্রগুলি ডাকযোগে এখানে পাঠান:

নিউ ইয়র্ক স্টেট অপরাধের শিকার পরিষেবার কার্যালয় (New York State Office of Victim Services)
 AE Smith Building
 80 S. Swan Street
 Albany, NY 12210-8002



HIPAA

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

রোগীর নাম	জন্ম তারিখ	সোস্যাল সিকিউরিটি নম্বর XXX-XX-_____
রোগীর ঠিকানা		

আমি বা আমার অনুমোদিত প্রতিনিধি অনুরোধ করছি যে এই ফর্মে উল্লেখ অনুমায়ী আমার শুশ্রূষা এবং চিকিত্সা 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 চিকিত্সা** 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 বাস্তবের লাইনের ওপর স্বাক্ষর করে থাকলে আমি আইটেম 8-এ উল্লেখিত ব্যক্তির(গণের) কাছে নির্দিষ্টভাবে এরকম তথ্য প্রকাশ করার অনুমোদন প্রদান করছি।
- যদি আমি HIV-সম্পর্কিত, অ্যালকোহল বা ড্রাগ চিকিত্সা, বা মানসিক স্বাস্থ্যের চিকিত্সার তথ্য প্রকাশ করার অনুমোদন প্রদান করি তাহলে প্রাপক আমার অনুমোদন ছাড়া এরকম তথ্য 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 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। এই এজেন্সিগুলি 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 কোনও কাজ না করা হয়ে থাকলে আমি এই অনুমোদনটি প্রত্যাহার করতে পারি।
- আমি বুঝেছি যে এই অনুমোদনটি স্বাক্ষর করা ঐচ্ছিক। আমার চিকিত্সা, পেমেন্ট, হেল্থ প্লানে নথিভুক্তকরণ, বা সুবিধার জন্য যোগ্যতা প্রকাশ করার এই অনুমোদন কারণে কোনও শর্ত সাপেক্ষ হবে না।
- এই অনুমোদনের অধীনে 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 অ্যাটার্নি বা আইটেম 9 (b)-তে উল্লেখিত সরকারি এজেন্সি বাদে অন্য কারো সাথে আমার স্বাস্থ্য তথ্য বা চিকিত্সাগত 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 ব্যক্তির(দের) বা ব্যক্তির শ্রেণির 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:

- মেডিকেল রেকর্ড ফর্ম (তারিখ লিখুন) _____ থেকে (তারিখ লিখুন) _____
- সম্পূর্ণ চিকিত্সাগত রেকর্ড, রোগীর ইতিহাস, অফিসের নোট সহ (সাইকোথেরাপি নোট বাদে), পরীক্ষণের ফলাফল, রেডিওলজি স্টাডি, পরীক্ষণের ফলাফল, রেডিওলজি স্টাডি, ফিল্ম, রেফারেন্স, কনসাল্ট, বিলিং রেকর্ড, বিমা রেকর্ড, এবং অন্য স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী দ্বারা আপনার কাছে পাঠানো রেকর্ড।
- অন্যান্য: _____ এর মধ্যে রয়েছে: (স্বাক্ষর করে উল্লেখ করুন)

_____ অ্যালকোহল/ড্রাগ চিকিত্সা

_____ মানসিক স্বাস্থ্যের তথ্য

_____ HIV-সম্পর্কিত তথ্য আলোচনা করার অনুমোদন

স্বাস্থ্যের তথ্য

(b) এখানে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে _____ আমি _____

স্বাক্ষর

ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীর নাম-কে

এখানে তালিকাভুক্ত অ্যাটার্নি বা সরকারি এজেন্সির সাথে আমার স্বাস্থ্যগত তথ্য আলোচনা করার অনুমতি প্রদান করছি:

নিউ ইয়র্ক স্টেট অপরাধের শিকার পরিষেবার কার্যালয় (New York State Office of Victim Services)

(অ্যাটার্নি/সংস্থার নাম বা সরকারি এজেন্সির নাম)

10. তথ্য প্রকাশ করার কারণ: **নিউ ইয়র্ক স্টেট অপরাধের শিকার পরিষেবার বিভাগের জন্য যোগ্যতা স্থাপন করার উদ্দেশ্যে ব্যক্তির অনুরোধ।**

11. তারিখ বা ঘটনা, যখন এই অনুমোদনটি সমাপ্ত হয়ে যাবে: **অপরাধের শিকার পরিষেবার সুবিধার কার্যালয়ের জন্য ব্যক্তির যোগ্যতার অবসানের সময় এই অনুমোদনটি সমাপ্ত হয়ে যাবে।**

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 প্রতিলিপি দেওয়া হয়েছে।

তারিখ: _____

রোগী বা আইন দ্বারা অনুমোদিত প্রতিনিধির স্বাক্ষর।

* হিউম্যান ইমিউনোডেফিসিয়েন্সি ভাইরাস মার কারণে AIDS হয়। যে তথ্য কোনও ব্যক্তির HIV লক্ষণ বা সংক্রমণ থাকার বিষয়ে যুক্তিভুক্তভাবে সনাক্ত করতে পারে বা ব্যক্তির সম্পর্কের বিষয়ে তথ্যসমূহ নিউ ইয়র্ক স্টেট সরকারি স্বাস্থ্য আইন সুরক্ষিত করে।

