



দাবির আবেদন এবং নির্দেশাবলী

ক্ষতিপূরণের জন্য কীভাবে আবেদন করবেন

কে ক্ষতিপূরণের জন্য আবেদন করতে পারে?

অপরাধের শিকার, নির্দিষ্ট আত্মীয়, আইনি অভিভাবক এবং যোগ্য অন্যের উপকারকারী অফিস অফ ভিকটিম সার্ভিসেস (Office of Victim Services, OVS) এ আবেদন করতে পারেন অতিরিক্ত খরচের ক্ষতিপূরণের জন্য যা বীমা বা অন্যান্য সংস্থার মাধ্যমে আবেদন করতে পারেন।

আমি কী ধরনের ক্ষতিপূরণ পেতে পারি?

OVS ব্যক্তিগত আঘাত, মৃত্যু এবং প্রয়োজনীয় ব্যক্তিগত সম্পত্তি সম্পর্কিত ক্ষতিপূরণ প্রদান করে।

OVS-এর মধ্যে চিকিৎসা এবং কাউন্সেলিং খরচ, প্রয়োজনীয় ব্যক্তিগত সম্পত্তির ক্ষতি, অপরাধের স্থান পরিষ্কার-পরিচ্ছন্ন করা এবং অপরাধের সরাসরি ফলাফল সহ অন্যান্য ক্ষতি অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে।

আমি কীভাবে ক্ষতিপূরণের জন্য অনুরোধ করব?

ক্ষতিপূরণের জন্য আপনার যোগ্যতা নির্ধারণ করতে OVS অনুরোধ করতে পারে এমন ডকুমেন্টেশনের কপি সহ আপনার সম্পূর্ণ OVS আবেদন আমাদেরকে পাঠান।

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

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

যদি অপরাধের কারণে আমার সম্পত্তির ক্ষতি হয় অথবা সেটি নষ্ট হয়ে যায়, তবে কী হবে?

আপনি যদি 18, 60 বছরের কম বা তার বেশি বয়সী, শারীরিকভাবে অক্ষম বা আহত হন, তাহলে আপনি নিজের প্রয়োজনীয় ব্যক্তিগত সম্পত্তি বা নগদের বদলে সুবিধার জন্য আবেদন করতে পারেন যা অন্য কোনো সম্পদ দ্বারা কভার করা হয়নি।

প্রয়োজনীয় মানে হল আপনার স্বাস্থ্য, নিরাপত্তা বা কল্যাণের জন্য প্রয়োজনীয় অর্থ। এর মধ্যে রয়েছে কিন্তু তা চশমার মত জিনিসগুলির মধ্যেই সীমাবদ্ধ নয় যা বীমা, বিছানাপত্র এবং পোশাকের আওতা নয়।

যদি আমি বাসস্থান পরিবর্তন করি?

OVS-কে এখনই একটি স্বাক্ষরিত চিঠি ডাক যোগে পাঠান বা ইমেল করুন। আপনার নতুন ঠিকানা এবং ফোন নম্বর আমাদেরকে জানান। আপনার ইমেল আইডি পরিবর্তন হলেও আমাদেরকে জানান।

এই দাবিটি কে স্বাক্ষর করতে পারে?

সাধারণত অপরাধের শিকার ব্যক্তিকে দাবি স্বাক্ষর করতে হয়। সাধারণত, যদি শিকারের বয়স 18 বছরের কম হয়, অথবা শারীরিক বা মানসিকভাবে স্বাক্ষর করতে অক্ষম হয়, তাহলে আইনি অভিভাবককে (সুবিধা গ্রহণকারী ব্যক্তি) দাবির ধারা 2 মানতে হবে এবং দাবিতে স্বাক্ষর করতে হবে।

যদি অপরাধের ফলে ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তি মারা যায়, তাহলে সুযোগের জন্য আবেদন করা ব্যক্তিকে এই ক্লেম ফর্মের বিভাগ 2 পূরণ করতে হবে এবং ক্লেমটি স্বাক্ষর করতে হবে।

আবেদন করার কি অন্য কোনো উপায় আছে?

হ্যাঁ। নিরাপদ ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তি সার্ভিস পোর্টাল (Victim Service Portal, VSP) অ্যাক্সেস করতে ovs.ny.gov-এ যান এবং অনলাইনে আবেদন জমা দিন। পোর্টাল অ্যাক্সেস করার জন্য আপনাকে একটি my.ny.gov অ্যাকাউন্ট তৈরি করতে হবে। অনলাইনে ক্লেম জমা দিতে সাহায্যের জন্য, অনুগ্রহ করে 800-247-8035 নম্বরে OVS-এর সাথে যোগাযোগ করুন বা OVSInfo@ovs.ny.gov ইমেল করুন।

আমাকে কি একটি HIPAA ফর্মটি পূরণ করতে হবে?

হয়ত। এই ফর্ম আপনার ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য তথ্য রক্ষা করতে সাহায্য করে। আপনি যদি চিকিৎসা বা কাউন্সেলিং খরচ ক্লেম করেন, তাহলে আপনাকে প্রতিটি পরিষেবা প্রদানকারীর জন্য একটি HIPAA ফর্ম পূরণ করতে হবে। আপনি অতিরিক্ত কপি তৈরি করার জন্য খালি ফর্মের ফটোকপি তৈরি করতে পারেন।

পুনরুদ্ধার কী?

পুনরুদ্ধার হল অপরাধের ফলে ক্ষতি বা আঘাতের জন্য একটি অপরাধের অপরাধী দ্বারা ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তিকে প্রদান করা টাকা। সাজা দেওয়ার সময় এটি অবশ্যই আদালতের দ্বারা আদেশ করা উচিত এবং এটি সাজার অংশ হিসাবে বিবেচিত হয়। ক্ষতিপূরণ ভবিষ্যত ক্ষতি, মানসিক যন্ত্রণা, বা "বেদনা এবং যন্ত্রণা" এর জন্য ক্ষতিপূরণের জন্য নয়। আরও তথ্যের জন্য, অনুগ্রহ করে 800-247-8035 নম্বরে OVS-এর সাথে যোগাযোগ করুন বা <https://ovs.ny.gov/legal-information>-এ OVS ওয়েবসাইট দেখুন।

কে ক্ষতিপূরণ পেতে পারেন?

এমন যেকোনো ব্যক্তি যিনি অপরাধের জন্য ক্ষতিগ্রস্ত হয়েছেন এবং আঘাত পেয়েছেন, যার আর্থিক ক্ষতি হয়েছে বা কিছু নষ্ট হয়েছে, তিনি ক্ষতিপূরণ পেতে পারেন।

আমি কীভাবে পুনরুদ্ধার করার জন্য অনুরোধ করব?

আপনার উচিত জেলা অ্যাটর্নির অফিসের সাথে যোগাযোগ করা এবং তাদের পরামর্শ দেওয়া উচিত যে আপনার আঘাতগুলি কতটা গুরুতর, আপনার পকেটের বাইরের ক্ষতি এবং আপনি যে পরিমাণ ক্ষতির অনুরোধ করছেন।

ক্ষতিপূরণের জন্য
কীভাবে আবেদন
করবেন পড়ুন
এই ফর্ম পূরণ করার
আগে কীভাবে
ক্ষতিপূরণের জন্য
আবেদন করবেন

ক্ষতিপূরণের জন্য আবেদন করতে
নিউইয়র্ক স্টেট অফিস অফ ভিকটিম সার্ভিসেস
(New York State Office of Victim Services)



কেবল অপরাধের শিকার সহায়তা কর্মসূচী (Victim Assistance Program)-এর ব্যবহারের জন্য

OVS VAP ID#	কর্মসূচার নাম/ফোন	ডাকলের নাম/ইমেল
-------------	-------------------	-----------------

1. অপরাধের শিকার ব্যক্তির ব্যাপারে আমাদেরকে বলুন।

পদবি	নাম:	MI	Social Security # <input type="checkbox"/> যদি আপনার কাছে একটি না থাকে তাহলে এখানে ক্লিক করুন।	জন্ম তারিখ	
ডাকযোগে পাঠানোর ঠিকানা:					
রাষ্ট্র	অ্যাপার্টমেন্ট # (বা পোস্ট বক্স)	শহর:	কাউন্টি:	স্টেট (বিদেশ)	জিপ কোড
জাতি/জাতিগত পরিচয়:					
<input type="checkbox"/> ভারতীয় <input type="checkbox"/> শ্বেতাঙ্গ <input type="checkbox"/> কৃষ্ণাঙ্গ <input type="checkbox"/> হিসপ্যানিক <input type="checkbox"/> আমেরিকান ইন্ডিয়ান/আলাস্কার স্থানীয় অধিবাসী <input type="checkbox"/> এশীয় <input type="checkbox"/> চাইনিজ <input type="checkbox"/> জাপানিজ <input type="checkbox"/> ফিলিপিনো <input type="checkbox"/> কোরিয়ান <input type="checkbox"/> ভিয়েতনামবাসী <input type="checkbox"/> বাংলাদেশী <input type="checkbox"/> পাকিস্তান <input type="checkbox"/> গুমানিয়ান <input type="checkbox"/> কামোরো <input type="checkbox"/> সাময়ান <input type="checkbox"/> স্থানীয় <input type="checkbox"/> হাইওয়ান নিবাসী <input type="checkbox"/> অন্যান্য <input type="checkbox"/> বিবিধ-জাতি					
বিবাহের পর্যায: <input type="checkbox"/> অবিবাহিত <input type="checkbox"/> বিবাহিত <input type="checkbox"/> বিবাহ-বিচ্ছিন্ন <input type="checkbox"/> আলাদা থাকি <input type="checkbox"/> বিধবা/বিপত্নীক <input type="checkbox"/> সঙ্গীর সাথে থাকি					
লিঙ্গ: <input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> মহিলা <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> বলতে ইচ্ছুক নই		অপরাধের সময় কি ক্ষতিগ্রস্থ ব্যক্তি প্রতিবন্ধী ছিল? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> অজানা			
আপনি অফিস অফ ভিকটিম সার্ভিসেস (Office of Victim Services) সম্পর্কে প্রথমবার কীভাবে জানতে পেরেছেন?					
<input type="checkbox"/> পোলিস <input type="checkbox"/> হোসপিটাল <input type="checkbox"/> ডিস্ট্রিক্ট অ্যাটর্নি <input type="checkbox"/> ভিকটিম সহায়তা প্রোগ্রাম <input type="checkbox"/> রেডিও/টিভি <input type="checkbox"/> ব্রোশিওর/পোস্টার <input type="checkbox"/> ইন্টারনেট <input type="checkbox"/> অন্যান্য					

2. যদি আপনি অপরাধের শিকার নাহন এবং আপনি এই দাবি স্বাক্ষর করছেন তাহলে আপনি দাবিদার। আপনার ব্যাপারে আমাদেরকে বলুন।

(নির্দেশাবলীর পৃষ্ঠায় "কে এই দাবি স্বাক্ষর করতে পারে?" দেখুন)

পদবি	নাম	MI	সামাজিক সুরক্ষা # <input type="checkbox"/> যদি আপনার কাছে একটি না থাকে তাহলে এখানে ক্লিক করুন।	জন্ম তারিখ	
ডাকযোগে পাঠানোর ঠিকানা:					
রাষ্ট্র	অ্যাপার্টমেন্ট # (বা P.O. বক্স)	শহর	কাউন্টি	স্টেট (বা বিদেশ)	জিপ কোড

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

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

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

অপরাধের শিকার ব্যক্তি মারা গেছেন কারণ:	অপরাধের শিকার ব্যক্তি আঘাত পেয়েছিলেন কারণ:	অপরাধের শিকার ব্যক্তি গুরুত্বপূর্ণ ব্যক্তিগত সম্পত্তি হারিয়েছেন কারণ:
<input type="checkbox"/> মোটর যানবাহন (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> মোটর যানবাহন (অন্যান্য) <input type="checkbox"/> সন্ত্রাসবাদ <input type="checkbox"/> অগ্নিসংযোগ <input type="checkbox"/> মানব পাচার <input type="checkbox"/> অন্যান্য নরহত্যা	<input type="checkbox"/> যৌনগত হামরা <input type="checkbox"/> বাচ্চার শারীরিক অপব্যবহার/উপেক্ষা <input type="checkbox"/> বাচ্চার সঙ্গে যৌন অপব্যবহার <input type="checkbox"/> মোটর যানবাহন (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> মোটর যানবাহন (DUI/DWI নয়) <input type="checkbox"/> বাচ্চার পর্ণোগ্রাফি <input type="checkbox"/> অন্যান্য (বিশ্লেষণ করুন): _____	<input type="checkbox"/> মানহানি <input type="checkbox"/> পিছু নেওয়া <input type="checkbox"/> অপহরণ <input type="checkbox"/> সন্ত্রাসবাদ <input type="checkbox"/> অগ্নিসংযোগ <input type="checkbox"/> ডাকাতি <input type="checkbox"/> মানব পাচার
<input type="checkbox"/> দরজা ভেঙে চুরি <input type="checkbox"/> মোটর যানবাহন (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> মোটর যানবাহন (DUI/DWI নয়) <input type="checkbox"/> মানব পাচার <input type="checkbox"/> ডাকাতি (কোনো আঘাত নেই) <input type="checkbox"/> অন্যান্য (বিশ্লেষণ করুন): _____	<input type="checkbox"/> অগ্নিসংযোগ <input type="checkbox"/> অপরাধগত ক্রোধ <input type="checkbox"/> প্রতারণা/আর্থিক অপরাধ	

ক্রাইম রিপোর্ট #:	পুলিশ বা ক্রিমিনাল জাস্টিস এজেন্সি রিপোর্ট করেছেন এর কাছে:
অপরাধটি কোথায় ঘটেছিল? (শুধুমাত্র একটিতে টিক দিন।) <input type="checkbox"/> কাজ <input type="checkbox"/> নিজস্ব বাড়ি <input type="checkbox"/> অ্যাপার্টমেন্ট ভবন <input type="checkbox"/> সরকারি রাস্তা	
<input type="checkbox"/> সাবওয়ে/বাস <input type="checkbox"/> পার্কিং লট <input type="checkbox"/> রেস্টুরেন্ট/বার <input type="checkbox"/> স্কুল/স্কুল গ্রাউন্ড <input type="checkbox"/> শপিং মল <input type="checkbox"/> অন্যান্য (বর্ণনা করুন): _____	
কাউন্টি যেখানে অপরাধ ঘটেছিল: _____ অপরাধের তারিখ: _____ অপরাধ রিপোর্ট হওয়ার তারিখ: _____ অপরাধের তারিখ এবং সেটি রিপোর্ট করার তারিখের মধ্যে 7 দিনের বেশি ব্যবধান হলে, কেন তা ব্যাখ্যা করুন: _____	
যদি অপরাধের তারিখ ও আপনার দ্বারা ফাইল করা এই দাবিটির মধ্যে ব্যবধান 1 বছরের হয়, কেন তা ব্যাখ্যা করুন: _____	
আপনার নিজস্ব ভাষায় অপরাধটির বর্ণনা দিন: _____	

4. পুনরুদ্ধার:

ডিস্ট্রিক্ট অ্যাটর্নি (District Attorney, DA) কি আদালতকে ক্ষতিপূরণের আদেশ দিতে বলেছে?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> অজানা
আদালত কি সন্দেহজনক ব্যক্তিকে ক্ষতিপূরণ পরিশোধ করার আদেশ দিয়েছে?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ (পরিমাণ \$ _____)	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> এখনও নয়

5. এই অপরাধ সম্পর্কিত আপনার ব্যয়ের ব্যাপারে আমাকে বলুন! (প্রযোজ্য সব কটিতে টিক দিন।)

দ্রষ্টব্য - যদি আপনি ক্ষতিপূরণের জন্য যোগ্য হন, তাহলে নিম্নে তালিকাভুক্ত ব্যয়ের জন্য OVS আপনাকে অর্থ পরিশোধ করতে পারে। এই জিনিসগুলিকে আদালতের আদেশকৃত ক্ষতিপূরণের অংশ হিসেবেও অনুরোধ করতে হবে। যদি কোনো অপরাধ সংক্রান্ত মামলা থাকে তাহলে আবেদনকারীকে এই তথ্যগুলি উকিলকে জানানোর জন্য অনুরোধ করা হচ্ছে। আরও তথ্যের জন্য, <https://ovs.ny.gov/legal-information> -এ যান

<input type="checkbox"/> মেডিকেল/অ্যাম্বুলেন্স	<input type="checkbox"/> হারানো বেতন	<input type="checkbox"/> হারানো বেতন	<input type="checkbox"/> ব্যক্তিগত পরিবহন
<input type="checkbox"/> অপধারে স্থল পরিষ্কারকরণ	<input type="checkbox"/> বৃত্তিমূলক/পুনর্বাসন	<input type="checkbox"/> DV আশ্রয়	<input type="checkbox"/> মেডিকেল/ কাউন্সেলিং
<input type="checkbox"/> সিকিউরিটি ডিভাইস/সিস্টেম	<input type="checkbox"/> শেষকৃত্য/কবর	<input type="checkbox"/> স্থানান্তরণ/মজুতকরণ	<input type="checkbox"/> আদালত
<input type="checkbox"/> পরামর্শ		<input type="checkbox"/> আবশ্যিক ব্যক্তিগত সম্পত্তি	
<input type="checkbox"/> অন্যান্য (বিপ্লেষণ 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 হানি/ক্ষতি হয়েছিল তা ব্যাখ্যা করুন:	খরচ	কী হানি/ক্ষতি হয়েছিল তা ব্যাখ্যা করুন:	খরচ
1.	\$	3.	\$
2.	\$	4.	\$

7. আপনার থাকতে পারে এমন অন্যান্য সুবিধা বা বীমার জন্য বাক্সে টিক করুন যা এই অপরাধের সাথে সম্পর্কিত খরচের জন্য অর্থ প্রদান করতে সহায়তা করতে পারে:

<input type="checkbox"/> ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য বীমা (নিয়োগকর্তা বা স্ব-বেতনের মাধ্যমে)	<input type="checkbox"/> চাইল্ড হেলথ প্লাস	<input type="checkbox"/> SSDI/অক্ষমতা	<input type="checkbox"/> বাড়ি/ভাড়াদারের বীমা
<input type="checkbox"/> মাধ্যমিক স্বাস্থ্য বীমা	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> ওয়ার্কারস কম্প:	<input type="checkbox"/> অটো বিমা
<input type="checkbox"/> NYS মার্কেটপ্লেস স্বাস্থ্য বীমা	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> প্রবীণদের সুবিধা	<input type="checkbox"/> কোনোটিই
<input type="checkbox"/> NYS এসেসিয়াল প্ল্যান	<input type="checkbox"/> অন্যান্য:		

8. একজন ব্যক্তিগত উকিল কি (ডিস্ট্রিক্ট অ্যাটর্নি নয়) আপনাকে প্রতিনিধিত্ব করছেন? হ্যাঁ না
যদি হ্যাঁ হয়:

_____ ()
উকিলের নাম ঠিকানা ফোন #

9. প্রতিনিধির সঙ্গে কথা বলার অনুমোদন

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

_____ ()
ব্যক্তির নাম ঠিকানা ফোন #

10. অপরাধের শিকার ব্যক্তি/দাবীদারের অনুমোদন

আমি অনুমোদন প্রদান করছি যে অফিস অফ ভিক্টিম সার্ভিসেস (Office of Victim Services, OVS)-থেকে ক্ষতিপূরণ স্বীকার করা হলে, অপরাধ সম্পর্কিত কোনও ক্ষতিপূরণের ওপর স্টেট অফ নিউ ইয়র্কের পক্ষে একটি লিয়ন সৃষ্টি হয়, যার ওপর এই দাবীটি করা হয়েছে, যেকোনো রায়, নিষ্পত্তি বা প্রতিদানের আদেশ সহ। আমি যেকোন অস্ত্যোপ্তিক্রিয়া পরিচালক, আইনজীবী, নিয়োগকর্তা, পুলিশ বা অন্যান্য সরকারী কর্তৃপক্ষ, বীমা কোম্পানী বা যে কোন ব্যক্তিকে OVS বা এর প্রতিনিধিদের নিম্নোক্ত তথ্য প্রদান করার জন্য উপরোক্ত পরিষেবাগুলি প্রদান করেছে বা সে সম্পর্কে জ্ঞান আছে এমন কাউকে অনুমোদন করছি: শ্রমিকের ক্ষতিপূরণ ডকুমেন্ট, অপরাধ সম্পর্কিত তথ্য বা অপরাধের ফলস্বরূপ কোনো আঘাত বা মৃত্যু, এবং এই দাবী সম্পর্কিত কোনো তথ্য। যদি কোনো ক্ষতিপূরণ প্রদান করা হয় তাহলে আমি পরিষেবা প্রদানকারীকে প্রত্যক্ষ পেমেণ্ট করার জন্য OVS কে অনুমোদন প্রদান করছি। আমার এছাড়াও দাবী প্রক্রিয়াকরণে, তার সংকল্প করা এবং পরিষেবাগুলির সমন্বয় করতে OVS-কে সহায়তা করার ক্ষেত্রে VAP বা স্থানীয় সরকারি সংস্থার সাপেক্ষে অপরাধের ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তিদের সহায়তার জন্য এই আবেদনে তালিকাভুক্ত স্থানীয় ক্ষতিগ্রস্ত ব্যক্তি অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম (Victim Assistance Program, VAP) বা নিউ ইয়র্ক স্টেট-এ অবস্থিত যেকোনো স্থানীয় সরকারি সংস্থার সাথে এই ক্লেমের জন্য আমার তথ্য এবং সংশ্লিষ্ট রেকর্ডগুলি শেয়ার করার জন্য OVS-কে অনুমোদন করি। যদি কোনও বেসরকারী উকিলের কথা উপরে উল্লেখ করা হয় তাহলে এই দাবির জন্য একত্রিত করা আমার তথ্য এবং রেকর্ডগুলি, 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 কোনও পরিবারের সদস্য, বন্ধু বা অন্য ব্যক্তি এই আবেদনে তালিকাভুক্ত হয়, তাহলে এই দাবির জন্য একত্রিত করা আমার তথ্য এবং রেকর্ডগুলি, এই দাবির জন্য আমাকে সাহায্য করার উদ্দেশ্যে সেই ব্যক্তিদেরকে জানানোর জন্য আমি OVSকে অনুমোদন প্রদান করছি। আমি প্রত্যয়িত করছি যে আমি যে তথ্য দিয়েছি এবং এই আবেদনের সমর্থনে যে কোন ডকুমেন্টেশন প্রদান করা হয়েছে তা তথ্য সত্য এবং সম্পূর্ণ। আমি উপলব্ধি করতে পারি যে এই আবেদনে একটি মিথ্যা বিবৃতি দেওয়া, বা এই আবেদনের সমর্থনে প্রদত্ত কোনো ডকুমেন্টেশন যা মিথ্যা তা জমা দেওয়া, একটি ফৌজদারী অপরাধ হিসেবে শাস্তিযোগ্য হতে পারে। আমি স্বীকার করছি যে এই আবেদনটি পূরণ করা পুরস্কারের নিশ্চয়তা দেয় না।

এই অনুমোদনের একটি ফোটোকপি আসলটির মতোই গুরুত্বপূর্ণ হবে।

দাবীদারের স্বাক্ষর

তারিখ

()

দিনের বেলার ফোন নম্বর#

ইমেল: _____	যে ভাষায় আপনি কথা বলেন: <input type="checkbox"/> ইংলিশ <input type="checkbox"/> স্প্যানিশ <input type="checkbox"/> চাইনিজ <input type="checkbox"/> আরবি <input type="checkbox"/> হাইতিয়ান ক্রিয়োল <input type="checkbox"/> ইটালিয়ান <input type="checkbox"/> কোরিয়ান <input type="checkbox"/> রাশিয়ান <input type="checkbox"/> ইন্ডিয়ান <input type="checkbox"/> বাঙালি <input type="checkbox"/> ফ্রেঞ্চ <input type="checkbox"/> উর্দু
দোভাষী প্রয়োজন: <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> অন্যান্য

আপনার দাবির প্রক্রিয়াকরণের জন্য, অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত ডকুমেন্ট OVS পাঠান। (আপনার রেকর্ডের জন্য একটি কপি রাখবেন।)

- এই দাবী ফর্মের ধারা 5 এবং 6-এ বর্ণিত পণ্য এবং পরিষেবাগুলির সাথে সম্পর্কিত আপনার খরচের জন্য সমস্ত বিল এবং রসিদ।
- আপনার সম্পূর্ণ করা, স্বাক্ষরিত ক্লেমের ফর্ম।
- এই অপরাধ সম্পর্কিত পরিষেবাগুলির জন্য আপনি প্রতিটি চিকিৎসা এবং মানসিক স্বাস্থ্য প্রদানকারীর জন্য একটি HIPAA ফর্ম পূরণ করেছেন।
- এই দাবী ফর্মের ধারা 5 এবং 6-এ আপনার বর্ণিত প্রোডাক্ট এবং পরিষেবাগুলির সাথে সম্পর্কিত অর্থপ্রদান অস্বীকার বা অনুমোদনকারী যে কোনও বীমাকারী বা সরকারী সংস্থার চিঠি।

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

আপনার ডকুমেন্টগুলি ডাকযোগে এখানে পাঠান: নিউ ইয়র্ক স্টেট অফিস অফ ভিক্টিম সার্ভিসেস
(New York State Office of Victim Services)
AE Smith Building
80 S. Swan Street
Albany, NY 12210-8002

আপনার তথ্য এখানে মেল করুন: ovsintake@ovs.ny.gov



HIPAA অনুযায়ী স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ করার জন্য অনুমোদন
[এই ফর্মটি নিউ ইয়র্ক স্টেট স্বাস্থ্য দপ্তর দ্বারা অনুমোদিত হয়েছে]

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

আমি, বা আমার অনুমোদিত প্রতিনিধি অনুরোধ করছি যে এই ফর্মে উল্লেখ অনুযায়ী 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 (Health Insurance Portability and Accountability Act, 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 কোনো একটি থাকলে এবং আমি আইটেম 9(a)-এর বাক্সের 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 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 অধীনে 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 প্রকাশের কারণে আমি বৈষম্যের শিকার হই, আমি নিউ ইয়র্ক স্টেট মানবাধিকার বিভাগের সাথে (212) 480-2493 নম্বরে বা নিউ ইয়র্ক সিটি মানবাধিকার কমিশনের যোগাযোগ করতে পারি (212) 306-7450। এই এজেন্সিগুলি আমার অধিকার সুরক্ষিত রাখার জন্য দায়বদ্ধ।
- নিম্নে তালিকাভুক্ত স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীর কাছে যেকোনো সময় লিখিতভাবে আবেদন করে এই অনুমোদন প্রত্যাহার করার অধিকার আমার 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 প্লানে 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 ব্যক্তির(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: <input type="checkbox"/> মেডিকেল রেকর্ড ফর্ম (তারিখ লিখুন) _____ থেকে (তারিখ লিখুন) _____ <input type="checkbox"/> রোগীর ইতিহাস, অফিস নোট (সাইকোথেরাপি নোট ব্যতীত), পরীক্ষার ফলাফল, রেডিওলজি অধ্যয়ন, ফিল্ম, রেফারেল, পরামর্শ, বিলিং রেকর্ড, বীমা রেকর্ড এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের পাঠানো রেকর্ড সহ সম্পূর্ণ মেডিকেল রেকর্ড। <input type="checkbox"/> অন্যান্য: _____ এর মধ্যে রয়েছে: (স্বাক্ষর করে উল্লেখ করুন) _____ স্বাস্থ্যের তথ্য অনুমোদন _____ অ্যালকোহল/ড্রাগ চিকিৎসা মানসিক স্বাস্থ্যের তথ্য HIV-সম্পর্কিত তথ্য আলোচনা রার	
(b) <input type="checkbox"/> এখানে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে _____ আমি _____ স্বাক্ষর ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীর নাম-কে এখানে তালিকাভুক্ত অ্যাটর্নি বা সরকারি এজেন্সির সাথে আমার স্বাস্থ্যগত তথ্য আলোচনা করার অনুমতি প্রদান করছি: নিউইয়র্ক স্টেট অফিস অফ ভিকটিম সার্ভিসেস (NEW YORK STATE OFFICE OF VICTIM SERVICES) _____ (অ্যাটর্নি/সংস্থার নাম বা সরকারি এজেন্সির নাম)	
10. তথ্য প্রকাশ করার কারণ: নিউ ইয়র্ক স্টেট অপরাধে ক্ষতিগ্রস্থদের পরিষেবার বিভাগের জন্য যোগ্যতা স্থাপন করার উদ্দেশ্যে ব্যক্তির অনুরোধে।	11. তারিখ বা ঘটনা, যখন এই অনুমোদনটি সমাপ্ত হয়ে যাবে: অপরাধে ক্ষতিগ্রস্থদের 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 প্রতিলিপি 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 একজন ব্যক্তির এক্সপোজার সম্পর্কে তথ্য প্রদান করে