



## ক্ষতিপূরণের জন্য কীভাবে আবেদন করতে হয়

### ক্ষতিপূরণের জন্য কে আবেদন করতে পারে?

অপরাধের ভুক্তভোগী, নির্দিষ্ট কিছু আত্মীয়স্বজন, নির্ভরশীল ব্যক্তি, আইনি অভিভাবক এবং যোগ্য ‘সহৃদয় ব্যক্তির’ বিমা বা অন্যান্য রিসোর্সের আওতাধীন না থাকা পকেট থেকে করা খরচের ক্ষতিপূরণের জন্য ভুক্তভোগীর সেবার অফিস (OVS)-এ আবেদন করতে পারেন।

### কোন কোন খরচের জন্য আমি ক্ষতিপূরণ পেতে পারি?

ব্যক্তিগত চোট, মৃত্যু এবং অত্যাবশ্যক ব্যক্তিগত সম্পত্তির ক্ষতি সংক্রান্ত ক্ষতিপূরণ OVS অফার করে।

যে সুনির্দিষ্ট খরচগুলো OVS কভার করে, তার মধ্যে মেডিক্যাল এবং কাউন্সেলিংয়ের খরচ, অত্যাবশ্যক ব্যক্তিগত সম্পত্তির ক্ষতি, অপরাধস্থল সফ করা এবং অন্যান্য ক্ষতি অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে, যা অপরাধের প্রত্যক্ষ ফলাফল।

### আমি কীভাবে ক্ষতিপূরণ চাইব?

ক্ষতিপূরণের ক্ষেত্রে আপনার যোগ্যতা যাচাই করার জন্য OVS অনুরোধ করতে পারে, এমন ডকুমেন্টেশনের কপি সহ আপনার OVS আবেদন আমাদের কাছে পাঠান।

### আমার কাছে যদি OVS-এর দরকার এমন কিছু কাগজপত্র না থাকে, তাহলে কী হবে?

সঙ্গে সঙ্গে আপনার আবেদন পাঠিয়ে দিন। আপনি বাকি ডকুমেন্টগুলো পরে পাঠাতে পারেন।

### অপরাধের কারণে যদি আমার সম্পত্তি হারিয়ে যায়, ক্ষতিগ্রস্ত হয় বা নষ্ট হয়ে যায়, তাহলে কী হবে?

আপনি যদি অনুর্ধ্ব 18, 60 বা তার বেশি বয়সী, প্রতিবন্ধী বা চোট পেয়ে থাকেন, তাহলে আপনি নিজের অত্যাবশ্যক ব্যক্তিগত সম্পত্তির প্রতিস্থাপন করতে সুযোগের জন্য অথবা অন্য সোর্সের দ্বারা কভার না করা নগদ অর্থের জন্য আবেদন করতে পারেন। অত্যাবশ্যক মানে আপনার স্বাস্থ্য, সুরক্ষা বা কল্যাণের জন্য অত্যাবশ্যক। এর মধ্যে এগুলো রয়েছে, তবে এর মধ্যেই সীমাবদ্ধ নয় – বিমার আওতাভুক্ত না থাকা চশমা, বিছানাপত্র এবং পোশাকের মতো জিনিস।

### আমি যদি অন্য কোথাও চলে যাই তাহলে কী হবে?

সঙ্গে সঙ্গে স্বাক্ষর করা একটি চিঠি ডাকমাধ্যমে পাঠান বা OVS-কে ইমেইল করুন। আপনার নতুন ঠিকানা এবং ফোন নম্বর আমাদের জানান। এছাড়া আপনার ইমেইল অ্যাড্রেস বদলে গিয়ে থাকলে আমাদের জানান।

### দাবিতে কে স্বাক্ষর করতে পারেন?

সাধারণত, ভুক্তভোগীকে অবশ্যই দাবিতে স্বাক্ষর করতে হবে। তবে, ভুক্তভোগী যদি অনুর্ধ্ব 18 বছর বয়সী হন বা শারীরিক কিংবা মানসিকভাবে স্বাক্ষর করতে অক্ষম হন, তাহলে তার আইনি অভিভাবককে (যে ব্যক্তি সুবিধা পাচ্ছেন) অবশ্যই দাবিটির সেকশন 2 পূরণ করতে এবং দাবিতে স্বাক্ষর করতে হবে।

যদি ভুক্তভোগী মারা গিয়ে থাকেন, তাহলে যে ব্যক্তি সুবিধা পাচ্ছেন, তাকে অবশ্যই এই দাবির ফর্মের সেকশন 2 পূরণ করতে এবং দাবিতে স্বাক্ষর করতে হবে।

### অন্যভাবে আবেদন করার কী কোনো উপায় আছে?

হ্যাঁ। নিরাপদ ‘ভুক্তভোগীর সেবার পোর্টাল’ (VSP) অ্যাক্সেস করতে এবং অনলাইনে আবেদন পেশ করতে হলে [ovs.ny.gov](http://ovs.ny.gov) ভিজিট করুন। পোর্টাল অ্যাক্সেস করার জন্য আপনাকে [my.ny.gov](http://my.ny.gov)-এ একটি অ্যাকাউন্ট তৈরি করতে হবে। অনলাইনে দাবি জমা দেওয়ার ব্যাপারে সাহায্যের জন্য, অনুগ্রহ করে 800-247-8035-তে OVS-এর সঙ্গে যোগাযোগ করুন অথবা ইমেইল করুন।

### আমাকে কি HIPAA ফর্ম পূরণ করতে হবে?

হতে পারে। এই ফর্মটি আপনার ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য সুরক্ষিত রাখতে সাহায্য করে। আপনি যদি কোনো মেডিক্যাল বা কাউন্সেলিং সংক্রান্ত খরচ দাবি করেন, তাহলে প্রতিটি সার্ভিস প্রোভাইডারের জন্য আপনাকে HIPAA ফর্ম পূরণ করতে হবে। অতিরিক্ত কপি তৈরি করার জন্য আপনি একটি ফাঁকা ফর্মের ফটোকপি করতে পারেন।

### পুনরুদ্ধার মানে কী?

পুনরুদ্ধার মানে অপরাধের ফলশ্রুতিতে যে চোট বা আর্থিক ক্ষতি হয়েছে, তার জন্য অপরাধ সংঘটিত করা ব্যক্তি দ্বারা ভুক্তভোগীকে প্রদান করা অর্থরাশি। সিদ্ধান্ত বা শাস্তি ঘোষণার সময় এটি অবশ্যই আদালত দ্বারা নির্দেশিত হতে হবে এবং এটি সিদ্ধান্ত বা শাস্তির অংশ হিসাবে বিবেচিত হয়। পুনরুদ্ধার মানে ভবিষ্যতের ক্ষতি, মানসিক যন্ত্রণা বা “ব্যথা এবং কষ্টের” ক্ষতির জন্য পেমেন্ট বা অর্থ নয়। আরও তথ্যের জন্য অনুগ্রহ করে 800-247-8035 নম্বরে OVS-এর সঙ্গে যোগাযোগ করুন অথবা <https://ovs.ny.gov/legal-information>-তে OVS ওয়েবসাইট ভিজিট করুন।

### কে পুনরুদ্ধারের সুবিধা পেতে পারে?

এমন যে কেউ, যিনি অপরাধের ভুক্তভোগী এবং চোট পেয়েছেন, যার আর্থিক ক্ষতি হয়েছে বা অন্য ক্ষতি হয়েছে, তিনি পুনরুদ্ধার চাইতে পারেন।

### আমি কীভাবে পুনরুদ্ধার চাইতে পারি?

আপনার উচিত ডিস্ট্রিক্ট অ্যাটর্নির অফিসে যোগাযোগ করা এবং আপনার চোট কতটা গুরুতর, নিজের পকেট থেকে আপনার কতটা ক্ষতি হয়েছে এবং আপনি কতটা পরিমাণ

ঋতির অর্থে দাবি করছেন, সে সম্পর্কে তাদের বিশদে জানান।

---

## যোগাযোগের তথ্য

### ডাকমাধ্যমের ঠিকানা:

NYS ভুক্তভোগীর সেবা সংক্রান্ত অফিস  
AE Smith Building  
80 S. Swan Street  
Albany, NY 12210-8002

মূল ফোন নম্বর: 1-800-247-803

ওয়েবসাইট: <https://ovs.ny.gov>

আবেদনপত্র এবং ডকুমেন্ট এখানে ইমেইল করুন:  
[OVStake@ovs.ny.gov](mailto:OVStake@ovs.ny.gov)

---

এই ফর্মটি পূরণ করার আগে,  
'কীভাবে ক্ষতিপূরণের জন্য  
আবেদন করতে হয়' পড়ুন।

## ক্ষতিপূরণের জন্য আবেদন ভুক্তভোগী সেবার জন্য নিউইয়র্ক স্টেটের অফিস



### শুধুমাত্র ভুক্তভোগীর সহায়তা প্রোগ্রাম অফিসের ব্যবহারের জন্য

OVS VAP ID#	প্রোগ্রামের নাম/ফোন নম্বর	অ্যাডভোকেটের নাম/ইমেইল
-------------	---------------------------	------------------------

#### 1. ভুক্তভোগীর ব্যাপারে আমাদের জানান।

পদবী	নাম:	MI	সোশ্যাল সিকিউরিটি # <input type="checkbox"/> আপনার এটি আছে কি না এখানে চেক করুন। _____ - _____ - _____	জন্ম তারিখ	
ডাকমাধ্যমের ঠিকানা:					
স্ট্রিট	অ্যাপার্টমেন্ট # (বা P.O. বক্স)	শহর	কাউন্টি	স্টেট (বা বিদেশ)	জিস কোড
জাতি/জাতিগত পরিচয়: <input type="checkbox"/> সাদা <input type="checkbox"/> কৃষ্ণ <input type="checkbox"/> হিস্প্যানিক <input type="checkbox"/> আমেরিকান ইন্ডিয়ান/আলাস্কা ইন্ডিয়ান <input type="checkbox"/> এশিয়ান <input type="checkbox"/> ইন্ডিয়ান <input type="checkbox"/> জাপানিস <input type="checkbox"/> ফিলিপিনো <input type="checkbox"/> কোরিয়ান <input type="checkbox"/> ভিয়েতনামিজ <input type="checkbox"/> বাংলাদেশি <input type="checkbox"/> পাকিস্তানি <input type="checkbox"/> গুয়ামানিয়ান <input type="checkbox"/> চামোরো <input type="checkbox"/> সামোয়া <input type="checkbox"/> নেটিভ হাওয়াইয়ান <input type="checkbox"/> অন্যান্য <input type="checkbox"/> মাল্টি রেস					
ভুক্তভোগী কি অপরাধের সময় প্রতিবন্ধী ছিলেন? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> অপরিচিত		বৈবাহিক স্থিতি: <input type="checkbox"/> অবিবাহিত <input type="checkbox"/> বিবাহিত <input type="checkbox"/> বিবাহ বিচ্ছেদ <input type="checkbox"/> বিচ্ছেদ <input type="checkbox"/> বিধবা <input type="checkbox"/> সঙ্গীর সঙ্গে বসবাস করেন			
যৌনতার পরিচয়: <input type="checkbox"/> গে অথবা লেসবিয়ান <input type="checkbox"/> স্ট্রেইট, যিনি গে অথবা লেসবিয়ান নন <input type="checkbox"/> উত্তরকামী <input type="checkbox"/> দুই-আত্মা (আমেরিকান ইন্ডিয়ান/আলাস্কা স্বদেশী) <input type="checkbox"/> আমি ভিন্ন শব্দ ব্যবহার করি: _____ <input type="checkbox"/> আমি জানি না <input type="checkbox"/> উত্তর দিতে চাই না					
জন্মের সময় লিঙ্গ: <input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> মহিলা <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> উত্তর দিতে চাই না		আপনি কি তৃতীয় লিঙ্গ হিসাবে পরিচয় দেন? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> আমি জানি না <input type="checkbox"/> উত্তর দিতে চাই না			
লিঙ্গের পরিচয়: <input type="checkbox"/> নারী <input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> নন-বাইনারী <input type="checkbox"/> দুই-আত্মা (আমেরিকান ইন্ডিয়ান/আলাস্কা স্বদেশী) <input type="checkbox"/> আমি জানি না <input type="checkbox"/> আমি ভিন্ন শব্দ ব্যবহার করি: _____ <input type="checkbox"/> উত্তর দিতে চাই না					
আপনি কীভাবে প্রথমবার ভুক্তভোগীর পরিষেবা অফিসের কথা জানতে পারেন? <input type="checkbox"/> পুলিশ <input type="checkbox"/> হাসপাতাল <input type="checkbox"/> ডিস্ট্রিক্ট অ্যাটর্নি <input type="checkbox"/> ভুক্তভোগীর সহায়তা পরিষেবা <input type="checkbox"/> বетার/ টিভি <input type="checkbox"/> রোশিওর /পোস্টার <input type="checkbox"/> ইন্টারনেট <input type="checkbox"/> অন্যান্য: _____					

#### 2. আপনি যদি ভুক্তভোগী এবং আপনি দাবিতে স্বাক্ষর করেন, তাহলে আপনি দাবিদার। আপনার সম্পর্কে আমাদের বলুন। (“দাবিতে কে স্বাক্ষর করতে পারেন?” নির্দেশনার পেজটি দেখুন।)

পদবী	নাম	MI	সোশ্যাল সিকিউরিটি # <input type="checkbox"/> আপনার এটি আছে কি না এখানে চেক করুন। _____ - _____ - _____	জন্ম তারিখ	
ডাকমাধ্যমের ঠিকানা:					
স্ট্রিট	অ্যাপার্টমেন্ট # (বা P.O. বক্স)	শহর	কাউন্টি	স্টেট (বা বিদেশ)	জিস কোড
আপনার সাথে ভুক্তভোগীর সম্পর্ক কী? (কেবলমাত্র একটি পরীক্ষা করুন) <input type="checkbox"/> মা/বাবা <input type="checkbox"/> স্বামী/ স্ত্রী <input type="checkbox"/> শিশু <input type="checkbox"/> আইনি অভিভাবক <input type="checkbox"/> অ্যাটর্নি <input type="checkbox"/> অন্যান্য (ব্যাখ্যা করুন) _____					

#### 3. অপরাধের সম্পর্কে আমাদের বলুন। (কেবলমাত্র একটি পরীক্ষা করুন।)

এই কারণে ভুক্তভোগীর মৃত্যু হয়েছে:	ভুক্তভোগী এই কারণে চোট পেয়েছে:	এই কারণে ভুক্তভোগীর অত্যাবশ্যকীয় সম্পত্তির ক্ষতি হয়েছে:
<input type="checkbox"/> মোটর গাড়ি (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> মোটর গাড়ি (অন্যান্য) <input type="checkbox"/> সন্ত্রাসবাদ <input type="checkbox"/> অগ্নিসংযোগ <input type="checkbox"/> মানবপাচার <input type="checkbox"/> অন্যান্য প্রকারের হত্যা	<input type="checkbox"/> যৌন অত্যাচার <input type="checkbox"/> শিশুর শারীরিক অত্যাচার/অবহেলা <input type="checkbox"/> শিশুর যৌন অত্যাচার <input type="checkbox"/> মোটর গাড়ি (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> মোটর গাড়ি (DUI/DWI নয়) <input type="checkbox"/> চাইল্ড পর্নোগ্রাফি <input type="checkbox"/> মানবপাচার <input type="checkbox"/> অন্যান্য (ব্যাখ্যা করুন): _____	<input type="checkbox"/> চুরি <input type="checkbox"/> মোটর গাড়ি (DUI/DWI) <input type="checkbox"/> মোটর গাড়ি (DUI/DWI নয়) <input type="checkbox"/> মানবপাচার <input type="checkbox"/> ডাকাতি (কোনো চোট নেই) <input type="checkbox"/> অন্যান্য (ব্যাখ্যা করুন): _____
অপরাধের রিপোর্ট#:	পুলিশ বা অপরাধমূলক ন্যায়বিচার এজেন্সির থেকে এখানে অভিযোগ করা হয়েছে:	

কোথায় অপরাধ হয়েছে? (কেবলমাত্র একটি পরীক্ষা করুন.)

কর্মক্ষেত্রে  নিজস্ব বাসস্থানে  অ্যাপার্টমেন্টে বিন্ডিংয়ে  পাবলিক স্ট্রিটে  সাবওয়েতে/বাসে  পার্কিং লটে  রেস্টোরাঁতে/বারে  স্কুলে/স্কুলের মাঠে  শপিং  মলে  অন্যান্য

(ব্যাখ্যা করুন): \_\_\_\_\_

যে দেশে অপরাধ হয়েছে: \_\_\_\_\_ অপরাধের তারিখ: \_\_\_\_\_ যে তারিখে অপরাধটি ঘটেছে: \_\_\_\_\_

অপরাধ যেদিন হয়েছে, তার পর 7 দিনেরও বেশি সময় পরে যদি এটির অভিযোগ দাখিল করা হয়, তাহলে ব্যাখ্যা করুন কেন এত দেরি হলো: \_\_\_\_\_

যদি অপরাধের তারিখ এবং এই অভিযোগ দাখিলের মধ্যে 1 বছর অতিবাহিত হয়ে থাকে, তাহলে ব্যাখ্যা করুন কেন এত দেরি হলো: \_\_\_\_\_

আপনার নিজের ভাষায় অপরাধটির বর্ণনা করুন:

(আগের পৃষ্ঠার পর)

#### 4. পুনরুদ্ধার:

ডিস্ট্রিক্ট অ্যাটর্নি (DA) কি আদালতকে পুনরুদ্ধারের নির্দেশ দিয়েছে?

হ্যাঁ  না  অজ্ঞাত

আদালত কি সন্দেহভাজনকে পুনরুদ্ধার সংক্রান্ত অর্থরাশি পেয়ে নিষেধ করার নির্দেশ দিয়েছে?

Yes: অর্থরাশি \$ \_\_\_\_\_  না  এখনও নয়

#### 5. এই অপরাধ সম্পর্কিত আপনার খরচের ব্যাপারে আমাদের জানান। (প্রযোজ্য সবকটিতে টিক চিহ্ন দিন)

মনে রাখবেন - আপনি যদি ক্ষতিপূরণের যোগ্য হন, তাহলে OVS নিচে তালিকাভুক্ত খরচগুলোর জন্য রিইমবার্স করতে পারে। আদালতের নির্দেশিত পুনরুদ্ধার সংক্রান্ত আদেশের অংশ হিসাবে এই আইটেমগুলোরও অনুরোধ করতে হবে। যদি কোনো অপরাধমূলক মামলা থাকে, তাহলে এই তথ্য প্রসিকিউটরের সঙ্গে শেয়ার করতে আবেদনকারীকে উৎসাহ দেওয়া হচ্ছে। আরও তথ্যের জন্য <https://ovs.ny.gov/legal-information> ভিজিট করুন

<input type="checkbox"/> মেডিক্যাল/অ্যাম্বুলেন্স	<input type="checkbox"/> সমর্থন হারানো (শুধুমাত্র মৃত্যু সংক্রান্ত দাবি)	<input type="checkbox"/> হারানো মজুরি	<input type="checkbox"/> ব্যক্তিগত পরিবহন
<input type="checkbox"/> অপরাধস্থল পরিষ্কার করা	<input type="checkbox"/> পেশাদার/পুনর্বাসন	<input type="checkbox"/> DV আশ্রয়	<input type="checkbox"/> মেডিক্যাল /কাউন্সেলিং
<input type="checkbox"/> নিরপত্তা/ব্যবস্থা	<input type="checkbox"/> অস্ত্রাস্তিক্রিয়া/দাফন	<input type="checkbox"/> চলন্ত/স্টোরেজ	<input type="checkbox"/> কোর্ট
<input type="checkbox"/> কাউন্সেলিং	<input type="checkbox"/> অপরিহার্য ব্যক্তিগত সম্পত্তি		

অন্যান্য (ব্যাখ্যা করুন): \_\_\_\_\_

#### 6. অত্যাবশ্যকীয় যে কোনো ব্যক্তিগত সম্পত্তি তালিকাভুক্ত করুন, যেমন নগদ অর্থ, চশমা বা জামাকাপড় যা এই অপরাধের কারণে পরিবর্তন করতে হবে। (যদি না থাকে, তাহলে সরাসরি 7-তে যান)।

কী হারিয়ে গিয়েছে/ক্ষতি হয়েছে তার বর্ণনা দিন:	খরচ	কী হারিয়ে গিয়েছে/ক্ষতি হয়েছে তার বর্ণনা দিন:	খরচ
1.	\$	3.	\$
2.	\$	4.	\$

#### 7. অন্যান্য সুবিধা বা বিমার জন্য বক্সগুলোতে টিক চিহ্ন দিন, যা এই অপরাধ সম্পর্কিত খরচ প্রদানে সাহায্য করতে পারে:

<input type="checkbox"/> বেসকারি স্বাস্থ্য বিমা (নিয়োগকর্তা বা সেল্ল-পেমেন্টের মাধ্যমে)	<input type="checkbox"/> চাইল্ড হেলথ প্লাস	<input type="checkbox"/> SSDI/প্রতিবন্ধকতা	<input type="checkbox"/> হোম/রেন্টারের বিমা
<input type="checkbox"/> সেকেন্ডারি স্বাস্থ্য বিমা	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Worker's Comp	<input type="checkbox"/> অটো ইন্সুরেন্স
<input type="checkbox"/> NYS মার্কেটপ্লেস স্বাস্থ্য বিমা	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> প্রাক্তন সেনাকর্মীর সুবিধা	<input type="checkbox"/> কোনোটাই নয়
<input type="checkbox"/> NYS অত্যাবশ্যকীয় প্ল্যান	<input type="checkbox"/> অন্যান্য:		

#### 8. একজন বেসরকারি আইনজীবী (ডিস্ট্রিক্ট অ্যাটর্নি নন) কি আপনার প্রতিনিধিত্ব করছেন? হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ হয়:

\_\_\_\_\_ ( )  
আইনজীবীর নাম ঠিকানা ফোন #

#### 9. অনুমোদন কর্তৃপক্ষের তরফ থেকে প্রতিনিধির সঙ্গে কথা বলা হবে।

আপনি যদি নিজের দাবি সম্পর্কে OVS-এর সঙ্গে কথা বলার জন্য পরিবারের সদস্য, বন্ধু বা অন্য কোনো ব্যক্তিকে অনুমতি দিতে চান, তাহলে এখানে তা লিখুন:

\_\_\_\_\_ ( )  
ব্যক্তির নাম ঠিকানা ফোন #

## 10. ভুক্তভোগী/দাবির অনুমোদন

আমি স্বীকার করছি যে ভুক্তভোগী সংক্রান্ত সেবার অফিস (OVS)-এর থেকে অনুমোদনপ্রাপ্ত সুবিধা স্বীকার করলে তা পুনরুদ্ধারের পেমেন্ট বা নিষ্পত্তি, রায় প্রদান সহ, এগুলোর ভিত্তিতে থাকা দাবির বিষয়ে অপরাধ সম্পর্কে কোনো রিকভারি থাকলে, তা নিয়ে নিউইয়র্ক স্টেটের অনুকূলে একটি লিয়ন তৈরি করে। আমি যে কোনো ফিউনেরাল ডিরেক্টর, অ্যাটর্নি, নিয়োগকর্তা, পুলিশ বা অন্যান্য সরকারি কর্তৃপক্ষ, বিমা সংস্থা বা অন্য কোনো ব্যক্তি, যিনি উপরে উল্লেখ করা সেবা প্রদান করেছেন বা যার কাছে অনুরূপটির জ্ঞান আছে, তাকে নিম্নোক্ত তথ্য OVS বা তাদের প্রতিনিধির কাছে পেশ করার জন্য অনুমোদন দিচ্ছি: কর্মীদের ক্ষতিপূরণ সংক্রান্ত রেকর্ড কিংবা অপরাধের ফলে যে মৃত্যু হয়েছে বা চোট হয়েছে সেটি বা অপরাধ সংক্রান্ত তথ্য এবং এই দাবি সম্পর্কিত তথ্য। যদি প্রদান সংক্রান্ত একটি সিদ্ধান্ত নেওয়া হয়ে থাকে, তাহলে আমি সরাসরি সেবার প্রদানকারীকে পেমেন্ট করার জন্য OVS-কে অনুমোদন দিচ্ছি। আমি OVS-কে এই আবেদনপত্রে উল্লেখ করা স্থানীয় ভুক্তভোগী সহায়তা প্রোগ্রাম (VAP) বা নিউ ইয়র্ক স্টেটে প্রতিষ্ঠিত যে কোনো স্থানীয় সরকারি সংস্থার সাথে আমার তথ্য এবং এই দাবির জন্য একত্রিত করা রেকর্ডগুলো শেয়ার করার অনুমতি দিচ্ছি, যাতে VAP বা স্থানীয় সরকারি সংস্থা OVS-কে আমার দাবির প্রক্রিয়াকরণ, সিদ্ধান্ত গ্রহণ এবং সেবা সমন্বয়ের ক্ষেত্রে তাদের সহায়তা করতে পারে। আমি যদি এই দাবিতে একজন ব্যক্তিগত আইনজীবী তালিকাভুক্ত করে থাকি, তাহলে আমি আমার প্রতিনিধি হিসাবে কাজ করার জন্য আইনজীবীর সঙ্গে এই দাবির জন্য একত্রিত করা তথ্য এবং রেকর্ড শেয়ার করতে OVS-কে অনুমতি দিচ্ছি। আমি বুঝেছি যে এই অনুমোদন ছাড়াও এই ক্ষেত্রে আমার আইনজীবীর থেকে হাজির হওয়ার একটি পৃথক বিস্তৃতির প্রয়োজন রয়েছে। যদি পরিবারের সদস্য, বন্ধু বা অন্য কোনো ব্যক্তি এই আবেদনে তালিকাভুক্ত থাকেন, তাহলে সেই ব্যক্তির সঙ্গে এই দাবির জন্য একত্রিত করা আমার তথ্য এবং রেকর্ড শেয়ার করতে আমি OVS-কে অনুমতি দিচ্ছি, যাতে তারা এই দাবির ব্যাপারে আমাকে সহায়তা করতে পারে। আমি বুঝতে পেরেছি যে আমার দাবির ব্যাপারে রেকর্ডের জন্য একটি বিচার সংক্রান্ত সমন OVS-কে দেওয়া যেতে পারে; আইন অনুযায়ী OVS-কে অনুরূপ অর্ডার মান্য করতে হতে পারে, তবে এটি করার ক্ষেত্রে ব্যক্তিগতভাবে শনাক্তযোগ্য তথ্য সহ সংবেদনশীল তথ্য সরিয়ে দিয়ে তা করতে হবে। এই আবেদনের সাপেক্ষে প্রদান করা কোনো ডকুমেন্টেশন এবং এই আবেদনপত্রের সঙ্গে দেওয়া তথ্য সত্য ও সম্পূর্ণ বলে আমি নিশ্চিত করছি। আমি বুঝেছি যে এই আবেদনপত্রে মিথ্যা তথ্য দিলে অথবা এই দাবির সমর্থনে জমা দেওয়া কোনো ডকুমেন্টেশন যদি মিথ্যা হয়, তাহলে সেটি অপরাধযোগ্য শাস্তি হতে পারে। আমি স্বীকার করছি যে এই আবেদনপত্রটি সম্পূর্ণ করলে তা সুবিধা প্রদান সম্পর্কে কোনো নিশ্চয়তা দেয় না।

এই অনুমোদনের একটি ফটোকপিকে অরিজিনালের মতো কার্যকর হিসাবে বিবেচনা করা হবে।

দাবিদারের স্বাক্ষর	তারিখ	( ) Daytime ফোন #
ইমেইল: _____		<b>যে ভাষায় আপনি কথা বলতে পছন্দ করেন:</b> <input type="checkbox"/> ইংরেজী <input type="checkbox"/> স্প্যানিশ <input type="checkbox"/> চাইনিজ <input type="checkbox"/> আরবি <input type="checkbox"/> হাইতিয়ান ক্রেওল <input type="checkbox"/> ইটালিয়ান <input type="checkbox"/> কোরিয়ান <input type="checkbox"/> রাশিয়ান <input type="checkbox"/> সিন্দিশ <input type="checkbox"/> বাংলা <input type="checkbox"/> ফরাসী <input type="checkbox"/> উর্দু <input type="checkbox"/> অন্যান্য
দোভাষী প্রয়োজন: <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না		

আপনার দাবির প্রক্রিয়া করার জন্য অনুগ্রহ করে এই ডকুমেন্টগুলো OVS-কে পাঠান। আপনার রেকর্ডগুলোর একটি কপি রেখে দিন।

- আপনার সম্পূর্ণ করা, স্বাক্ষরিত দাবির ফর্ম।
- এই দাবির ফর্মের সেকশন 5 এবং 6-তে আপনার বর্ণনা করা পণ্য ও সেবা সংক্রান্ত খরচের জন্য সব বিল এবং রসিদ।
- প্রতিটি মেডিক্যাল এবং মানসিক স্বাস্থ্য সংক্রান্ত প্রোভাইডারের জন্য HIPAA ফর্ম সম্পূর্ণ করার পর আপনি এই অপরাধ সংক্রান্ত সেবা দেখেছেন।
- এই দাবির ফর্মের সেকশন 5 এবং 6-তে আপনার বর্ণনা করা পণ্য ও সেবা সংক্রান্ত পেমেন্ট খারিজ বা অনুমোদন করা সরকারি এজেন্সি কিংবা বিমা সংস্থার থেকে চিঠি।

**মনে রাখবেন:** OVS পেমেন্ট করার আগে, আপনাকে অবশ্যই আপনার বিমা সংস্থা বা সুবিধা সংক্রান্ত প্ল্যানে বিল পাঠাতে হবে।

**আপনার ডকুমেন্টগুলো এখানে পাঠান:** ভুক্তভোগী সেবার জন্য নিউইয়র্ক স্টেটের অফিস  
AE Smith Building  
80 S. Swan Street  
Albany, NY 12210-8002

**আপনার ডকুমেন্টগুলো এখানে ইমেইল করুন:** [ovsintake@ovs.ny.gov](mailto:ovsintake@ovs.ny.gov)



## HIPAA-র ব্যাপারে স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য রিলিজ করার জন্য অনুমোদন [এই ফর্মটি নিউ ইয়র্ক স্টেট স্বাস্থ্য দপ্তর দ্বারা অনুমোদিত]

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

আমি বা আমার অনুমোদিত প্রতিনিধি অনুরোধ করছে যে আমার যত্ন এবং চিকিৎসা সম্পর্কিত স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য এই ফর্মের নিয়ম অনুযায়ী রিলিজ করা যেতে পারে:

নিউইয়র্ক স্টেট আইন এবং 1996 সালের স্বাস্থ্য বিমা পোর্টেবিলিটি এবং দায়বদ্ধতা সংক্রান্ত আইনের গোপনীয়তার নিয়ম (HIPAA) অনুযায়ী আমি বুঝেছি যে:

- এই অনুমোদনের মধ্যে **অ্যালকোহল** এবং **মাদক অপব্যবহার, মানসিক স্বাস্থ্য সংক্রান্ত চিকিৎসার ব্যাপারে তথ্যের প্রকাশ অন্তর্ভুক্ত, তবে ব্যতিক্রম হলো সাইকোথেরাপি নোটস এবং** গোপনীয়তা HIV\* সম্পর্কিত তথ্য, কেবলমাত্র তখনই, যখন আমি আইটেম 9(ক)-তে যথাযথ লাইনে আমার স্বাক্ষর করি। যদি নিচে উল্লেখ করা স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্যের মধ্যে এই ধরনের কোনো তথ্য অন্তর্ভুক্ত থাকে এবং আইটেম 9(ক)-তে বসে থাকা লাইনে আমি স্বাক্ষর করি, তাহলে আমি সুনির্দিষ্টভাবে আইটেম 8-তে ইঙ্গিত প্রদান করা ব্যক্তি(দের) অনুরূপ তথ্য রিলিজ করার জন্য অনুমোদন প্রদান করছি।
- আমি যদি HIV-সংক্রান্ত, অ্যালকোহল বা মাদকের চিকিৎসা কিংবা মানসিক স্বাস্থ্যের চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য রিলিজ করার ব্যাপারে অনুমোদন প্রদান করি, তাহলে ফেডারেল বা স্টেট আইনে ব্যতিক্রমের উল্লেখ ছাড়া, আমার অনুমোদন ব্যতীত অনুরূপ তথ্য প্রাপক প্রকাশ করতে পারবেন না। আমি বুঝেছি যে আমি এরকম কিছু লোককে তালিকাভুক্ত করার অনুরোধ করতে পারি, যারা অনুমোদন ছাড়াই আমার HIV সংক্রান্ত তথ্য পেতে পারে বা ব্যবহার করতে পারে। আমি যদি HIV-সংক্রান্ত তথ্য রিলিজ বা প্রকাশের জন্য বৈষম্যের মধ্যে পড়ি, তাহলে আমি (212) 480- 2493 নম্বরে নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিভিশন অব হিউম্যান রাইটস (নিউ ইয়র্ক স্টেটের মানবাধিকার বিভাগ) বা (212) 306-7450 নম্বরে নিউ ইয়র্ক সিটি কমিশন অব হিউম্যান রাইটস (মানবাধিকার সংক্রান্ত নিউ ইয়র্ক শহরের কমিশন)-এ যোগাযোগ করতে পারি। এই এজেন্সিগুলো আমার অধিকার সুরক্ষিত রাখার জন্য দায়বদ্ধ।
- আমি যে কোনো সময় নিচে তালিকাভুক্ত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে লিখিতভাবে জানিয়ে এই অনুমোদন বাতিল করে দিতে পারি। আমি জানি যে এই অনুমোদনের ভিত্তিতে যে সিদ্ধান্ত আগেই নেওয়া হয়েছে, তা ব্যতীত আমি এই অনুমোদন বাতিল করে দিতে পারি।
- আমি বুঝেছি যে এই অনুমোদনের স্বাক্ষর স্বৈচ্ছামূলক। আমার চিকিৎসা, পেমেন্ট, একটি হেলথ প্লানে নথিভুক্তিকরণ বা সুবিধার জন্য যোগ্যতা এই তথ্য প্রকাশের ক্ষেত্রে আমার অনুমোদনের শর্তাধীন হবে না।
- এই অনুমোদনের অধীনে যে তথ্য প্রকাশ করা হয়েছে, তা প্রাপক দ্বারা পুনরায় প্রকাশ করা যেতে পারে (উপরোক্ত আইটেম 2 ব্যতীত) এবং এই পুনরায় প্রকাশটি আর ফেডারেল বা স্টেট আইন দ্বারা সুরক্ষিত হবে না।
- এই অনুমোদনটি আইটেম 9(খ)-তে উল্লেখ করা সরকারি এজেন্সি বা অ্যাটর্নি ছাড়া অন্য কারো সঙ্গে আমার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য বা মেডিক্যাল কেয়ার নিয়ে আলোচনা করার অনুমতি দেয় না।**

7. স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী বা সত্তার নাম ও ঠিকানা, যারা এই তথ্য প্রকাশ করবে:	
8. ব্যক্তি(সমূহ)-র নাম এবং ঠিকানা বা ব্যক্তিদের ক্যাটাগরি, যাদের কাছে এই তথ্য পাঠানো হবে: <b>NYS ভুক্তভোগীর সেবা সংক্রান্ত অফিস - AE SMITH BLDG., 80 S. SWAN ST., ALBANY, NY 12210-8002</b>	
9(ক)। যে সুনির্দিষ্ট তথ্য রিলিজ করা হবে:	
<input type="checkbox"/> এই সময়সীমার মেডিক্যাল রেকর্ড (তারিখ লিখুন) _____ থেকে (তারিখ লিখুন) পর্যন্ত _____ <input type="checkbox"/> রোগীর ইতিহাস, অফিসের নোট (সাইকোথেরাপি নোট ব্যতীত), টেস্টের রেজাল্ট, রেডিওলজি স্টাডি, ফিল্ম, রেফারেল, পরামর্শ, বিলিং রেকর্ড, বিমার রেকর্ড এবং যে রেকর্ড অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী দ্বারা আপনাকে পাঠানো হয়েছে, তা সহ সমগ্র মেডিক্যাল রেকর্ড। <input type="checkbox"/> অন্যান্য: _____ অন্তর্ভুক্ত করুন: (স্বাক্ষরের মাধ্যমে ইঙ্গিত করুন) _____ অ্যালকোহল/মাদকের চিকিৎসা _____ মানসিক স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য _____ HIV-সম্পর্কিত তথ্য নিয়ে আলোচনা করার	
<b>অনুমোদন স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্যজন্য</b> (খ) <input type="checkbox"/> এখানে নাম স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, _____ আমি _____ সংশ্লিষ্ট হেলথ কেয়ার প্রোভাইডারের নামের স্বাক্ষর অনুমোদন করছি এখানে তালিকাভুক্ত আমার অ্যাটর্নি বা সরকারি এজেন্সির সঙ্গে আমার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য নিয়ে আলোচনা করতে: <b>ভুক্তভোগী সেবার জন্য নিউইয়র্ক স্টেটের অফিস</b> (অ্যাটর্নি/ফর্মের নাম বা সরকারি সংস্থার নাম)	
10. তথ্য প্রকাশ করে দেওয়ার কারণ: <b>ভুক্তভোগীর সেবা সংক্রান্ত সুবিধার নিউইয়র্ক স্টেট অফিসের জন্য যোগ্যতা প্রতিষ্ঠা করার উদ্দেশ্যে সংশ্লিষ্ট ব্যক্তির অনুরোধক্রমে।</b>	11. যে তারিখে বা ইভেন্টে এই অনুমোদনের মেয়াদ উত্তীর্ণ হবে: <b>ভুক্তভোগীর সেবা সংক্রান্ত সুবিধা অফিসের জন্য ব্যক্তির যোগ্যতা খারিজ হলে এই অনুমোদনের মেয়াদ উত্তীর্ণ হবে।</b>
12. যদি রোগী না হন, তাহলে ফর্মে স্বাক্ষর করা ব্যক্তির নাম:	13. রোগীর তরফ থেকে কর্তৃপক্ষ স্বাক্ষর করবেন:

এই ফর্মে থাকা সমস্ত আইটেম সম্পূর্ণ করা হয়েছে এবং এই ফর্মের ব্যাপারে আমার প্রশ্নগুলোর উত্তর দেওয়া হয়েছে। এছাড়া, আমাকে ফর্মের একটি কপি দেওয়া হয়েছে।

তারিখ: \_\_\_\_\_

আইনের অনুমোদন অনুযায়ী রোগী বা প্রতিনিধির স্বাক্ষর।

\* হিউম্যান ইমিউনো ডেফিসিয়েন্সি ভাইরাস, যা থেকে AIDS হয়। নিউ ইয়র্ক স্টেট জনস্বাস্থ্য সংক্রান্ত আইনের মাধ্যমে এমন তথ্য সুরক্ষিত রাখা হয়, যা কোনো ব্যক্তির HIV উপসর্গ থাকা বা সংক্রামিত হওয়া চিহ্নিত করা যায় এবং একটি ব্যক্তির যোগাযোগের তথ্য প্রকাশ করে দেয়।