

অনুগ্রহ করে পরিচ্ছন্নভাবে মুদ্রণ করুন এবং এই ফর্মের সব বিভাগগুলি পূরণ করে এবং এই ঠিকানায় মেল করুন:

Office of Professional Medical Conduct (পেশাগত চিকিৎসা পরিচালনা দপ্তর)
Central Intake Unit
Riverview Center
150 Broadway - Suite 355
Albany, NY 122042719

(এই ফর্মে আপনার মূল স্বাক্ষর অন্তর্ভুক্ত করা আবশ্যিক)

অপব্যবহারের সমস্ত প্রতিবেদন গোপন রাখা হয় এবং New York State Public Health Law (নিউ ইয়র্ক স্টেটের জনসাধারণের জন্য স্বাস্থ্য আইন), সেকশন 230(10)(a)(v) and 230(11)(a) অনুসারে প্রকাশ করা থেকে সুরক্ষিত করা হয়। কোনও ব্যক্তি যিনি সঠিক বিশ্বাসের ভিত্তিতে এবং বিনা দ্বিধায় পেশাদার চিকিৎসা পরিচালনা করার জন্য বোর্ড এর কাছে রিপোর্ট বা তথ্য প্রদান করেন, সেইক্ষেত্রে সেকশন 230(11)(b) অনুযায়ী প্রতিবেদন তৈরি করার ফলে নাগরিকের ক্ষতি বা অন্য ত্রাণ সম্পর্কিত কোনও পদক্ষেপের বিষয় হয়ে উঠবে না।

এই ফর্মটি পূরণ করার আগে পৃষ্ঠা 4-এর নির্দেশাবলী দেখুন।

আপনার সম্পর্কে তথ্য

নাম _____
পদবি _____ নাম _____ মাঝের নাম _____

ঠিকানা _____
বাড়ির নম্বর ও রাস্তার নাম _____ শহর _____ জেলা _____ জিপ কোড _____

টেলিফোন (_____) _____ - _____
দিনের বেলার নম্বর _____ সন্ধ্যা বেলার নম্বর _____

একজন ফিজিশিয়ান বা সহকারী ফিজিশিয়ান সম্পর্কে আপনার অভিযোগ

ফিজিশিয়ান/ সহকারী ফিজিশিয়ান এর নাম _____
পদবি _____ নাম _____ মাঝের নাম _____

ঠিকানা _____
বাড়ির নম্বর ও রাস্তার নাম _____ শহর _____ জেলা _____ জিপ কোড _____

টেলিফোন (_____) _____ - _____

রোগী(দের) সম্পর্কে তথ্য

** আপনি একটি পাতায় বা কাগজে অতিরিক্ত রোগীদের নাম যুক্ত করতে পারেন।

রোগী(দের) নাম _____
পদবি _____ নাম _____ মাঝের নাম _____

জন্ম তারিখ _____ / _____ / _____
মাস দিন বছর

অভিযোগ ফর্ম পূরণ করার জন্য নির্দেশাবলী

একজন ফিজিশিয়ান (M.D. বা D.O.), সহকারী ফিজিশিয়ান অথবা New York স্টেটে ঔষধ সম্পর্কিত অনুশীলন করার জন্য লাইসেন্সপ্রাপ্ত সুদক্ষ সহকারী সম্পর্কে অভিযোগ দাখিল করার জন্য, দয়া করে এই ফর্মটি পূরণ করুন এবং মূল অভিযোগ মেল করুন:

NYS Department of Health (নিউ ইয়র্ক স্বাস্থ্য দপ্তর)

Office of Professional Medical Conduct (পেশাগত চিকিৎসা পরিচালনা দপ্তর)

Riverview Center 150 Broadway, Suite 355

Albany, New York 12204-2719

এই ফর্মটি পূরণ করার বিষয়ে আপনার কোন প্রশ্ন থাকলে অনুগ্রহ করে এখানে OPMC-তে যোগাযোগ করুন: (800) 663-6114 or (518) 402-0836.

প্রশিক্ষিত কর্মীরা আপনার জমা করা তথ্য পর্যালোচনা করবে। OPMC সম্ভাব্য পেশাদারী অপব্যবহারের সব বিষয়গুলি তদন্ত করবে। যদি আপনার অভিযোগ সম্পর্কে অন্য অফিসের মাধ্যমে দৃষ্টিগোচর করার প্রয়োজন হয় তবে আপনার উদ্বেগগুলির বিষয়ে অনুমোদিত অফিসে পাঠানো হবে।

আপনার অভিযোগ পর্যালোচনা করতে আমাদের সাহায্য করার জন্য, দয়া করে নিম্নলিখিতগুলি মেনে চলুন:

- পরিচ্ছন্নভাবে কালিতে টাইপ অথবা মুদ্রণ করুন।
- আপনার অভিযোগ সম্পর্কে সম্পূর্ণরূপে বর্ণনা প্রদান করুন।
- কোন সাক্ষী থাকলে তার নাম অন্তর্ভুক্ত করুন।
- আপনি যেইসব অন্য সংস্থার সঙ্গে অভিযোগ দাখিল করেছেন তাদের নাম অন্তর্ভুক্ত করুন।
- যদি প্রয়োজন হয় তাহলে অতিরিক্ত পৃষ্ঠা সংযুক্ত করুন।
- সহায়িকা নথিপত্র এর প্রতিলিপি সংযুক্ত করুন। আসল নথিপত্র পাঠাবেন না।
- ফর্মে সাক্ষর করুন এবং তারিখ দিন।