

বাংলাদেশ কৃষি উন্নয়ন কর্পোরেশন

ফরম নং - ০২

আবেদনকারীর পাসপোর্ট
সাইজের ১(এক) কপি
সত্যায়িত ছবি

কর্মকর্তা/কর্মচারী কল্যাণ ও অনুদান তহবিল হতে সাহায্যের আবেদনপত্র।

০১।	(ক) কর্মচারীর নাম	:	
	(খ) পিতার/স্বামীর নাম	:	
	(গ) পদবি	:	
	(ঘ) ব্যাংক হিসাব নম্বর, ব্যাংকের নাম, শাখার নাম ও ঠিকানা	:	
০২।	অফিসের নাম ও ঠিকানাঃ	:	
০৩।	মূল বেতন ও বেতন স্কেল	:	
০৪।	(ক) চিকিৎসা সাহায্যের ক্ষেত্রে: (আবেদনকারী নিজে) নাম	:	
	(খ) চিকিৎসার বিবরণ(ক্লিনিক বা হাসপাতালে ভর্তি হয়ে থাকলে ক্লিনিক বা হাসপাতালের নামসহ)	:	
	(গ) সিজার হলে কততম সিজার ও কততম সন্তান	:	
	মোট খরচের পরিমাণ (তালিকাসহ ভাউচার মূলকপি সংযুক্ত)	:	
০৫।	(ক) চিকিৎসা সাহায্যের ক্ষেত্রে:(নির্ভরশীল ব্যক্তি) নাম	:	
	(খ) রোগীর সাথে কর্মচারীর সম্পর্ক	:	
	(গ) চিকিৎসার বিবরণ(ক্লিনিক বা হাসপাতালে ভর্তি হয়ে থাকলে ক্লিনিক বা হাসপাতালের নামসহ)	:	
	মোট খরচের পরিমাণ (তালিকাসহ ভাউচার মূলকপি সংযুক্ত)	:	
০৬।	(ক) মেয়ের বিবাহের সাহায্যের ক্ষেত্রে মেয়ের নাম (শুধুমাত্র ১৮-২০ গ্রেডের কর্মচারীর ক্ষেত্রে)	:	
	(খ) বিবাহের তারিখ	:	
	(গ) আবেদনকারীর সন্তানের বিবরণ	:	
০৭।	কর্মচারী কল্যাণ ও অনুদান তহবিল হতে ইতঃপূর্বে চিকিৎসা সাহায্য পেলে তার বিবরণ	:	টাকার পরিমাণ বিবরণঃ
			তারিখ

আমি এই মর্মে অঙ্গীকার করছি যে, উপরে বর্ণিত সকল বিবরণ/তথ্যাদি আমার জ্ঞান ও বিশ্বাসমতে সত্য এবং আমি কোনো তথ্য গোপন করিনি।

তারিখ

কর্মচারীর স্বাক্ষর

নাম:

পদবি:

কর্মস্থল:

অপর পাতা দৃষ্টব্য:

(বিভাগ/অফিস প্রধান কর্তৃক পূরণ করতে হবে)

প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম পদবি.....
... উইং/ বিভাগ/দপ্তর/কার্যালয়... .. চাকরি করেন এবং তার
বর্তমান মাসিক মূল বেতন টাকা এবং তিনি গ্রেডের
কর্মকর্তা/কর্মচারী। অপর পৃষ্ঠায় তার প্রদত্ত বিবরণ সত্য। (পরিবারের সদস্যের ক্ষেত্রে) তিনি তার স্ত্রী/ছেলে/মেয়ে/মা/বাবা এর
চিকিৎসার জন্য সাহায্য প্রার্থনা করা হয়েছে। রোগী উপরোক্ত কর্মচারীর ওপর সম্পূর্ণ নির্ভরশীল।

স্বাক্ষর
তারিখঃ পদবি ও নামযুক্ত সিল
কার্যালয়ের ঠিকানা
ফোন/মোবাইল নং (বাধ্যতামূলক)

প্রধান চিকিৎসকের মতামত:

জনাব/বেগম পদবি.....
কর্মস্থল... .. এ চাকরি করেন। তিনি/ তার
স্ত্রী/ছেলে/মেয়ে/মা/বাবা রোগে
ভুগছেন। এ রোগের চিকিৎসার জন্য আনুমানিক টাকা খরচ হবে/হয়েছে। আবেদনের
সাথে সংযুক্ত কাগজপত্র
.....।

স্বাক্ষর
পদবি ও নামযুক্ত সিল

আবেদন করার নিয়মাবলিঃ

- ১। প্রতি অর্থ বছরে একবার এ সাহায্য দেয়া হয়।
- ২। আবেদনের সঙ্গে প্রয়োজনীয় যে সমস্ত কাগজপত্র সংযুক্ত করতে হবেঃ-
 - (ক) ডাক্তারি ব্যবস্থাপত্রের এবং টেস্ট রিপোর্টের সত্যায়িত ফটোকপি।
 - (খ) ব্যবস্থাপত্র অনুযায়ী ঔষধ ক্রয়ের মূল ভাউচার।
 - (গ) ক্লিনিক বা হাসপাতালে ভর্তি হয়ে থাকলে ক্লিনিক বা হাসপাতালের মূল ছাড়পত্র।
 - (ঘ) যাবতীয় খরচের হিসাব সম্বলিত স্বাক্ষরযুক্ত ব্যয় বিবরণী।
 - (ঙ) বিদেশে চিকিৎসা করা হলে বিদেশ গমনের অনুমতিপত্র।
 - (চ) পিতা/মাতার ক্ষেত্রে নির্ভরশীলতার প্রত্যয়নপত্র।
 - (ছ) মেয়ের বিবাহের ক্ষেত্রে নিকাহনামা/কাবিননামার ছায়ালিপি সংযুক্ত(বাধ্যতামূলক)।
 - (জ) চিকিৎসা ১(এক) বছরের মধ্যে সাহায্যের আবেদন করতে হবে।
- ৩। আবেদন ফরমের প্রতিটি কলাম সঠিক তথ্যসহ যথাযথভাবে পূরণ এবং ব্যাংক হিসাব নম্বরের তথ্য সংক্রান্ত ১(ঘ) অংশ অবশ্যই পূরণ করতে হবে। অসম্পূর্ণ/সন্দেহযুক্ত/ত্রুটিপূর্ণ আবেদনপত্র বাতিল বলে গণ্য হবে।

৪। আবেদনের ফরম www.badc.gov.bd ওয়েবসাইট থেকে সংগ্রহ করা যাবে।