



বাংলাদেশ কৃষি উন্নয়ন কর্পোরেশন

ফরম নং- ০২

আবেদনকারীর
পাসপোর্ট সাইজের ১
(এক) কপি সত্যায়িত
ছবি সংযুক্ত করতে
হবে।

কর্মকর্তা/কর্মচারী কল্যাণ ও অনুদান তহবিল হতে সাহায্যের আবেদনপত্র

০১।	(ক) কর্মচারীর নাম	:	
	(খ) পিতার/স্বামীর নাম	:	
	(গ) পদবি	:	
	(ঘ) মোবাইল নম্বর	:	
	(ঙ) জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর	:	
	(চ) ব্যাংক হিসাব নম্বর, ব্যাংকের নাম, শাখার নাম ও ঠিকানা	:	
০২।	অফিসের নাম ও ঠিকানা থাকতে হবে (প্রেষণে/ সংযুক্ত থাকলে মূল কর্মস্থলসহ লিখতে হবে)	:	
০৩।	মূল বেতন ও বেতন স্কেল	:	
০৪।	(ক) চিকিৎসা সাহায্যের ক্ষেত্রে কর্মচারীর নাম:	:	(চিকিৎসা গ্রহণকারী কর্মচারী নিজে হলে নিচের অংশ পূরণ করবেন)
	(খ) চিকিৎসার বিবরণ (ক্লিনিক বা হাসপাতালে ভর্তি হয়ে থাকলে ক্লিনিক বা হাসপাতালের নামসহ)	:	
	(গ) সিজার হলে কততম সিজার ও কততম সন্তান	:	
	মোট খরচের পরিমাণ (টাকা) (তালিকাসহ ভাউচার মূলকপি সংযুক্ত ও মিল থাকতে হবে)	:	
০৫।	(ক) পরিবারের চিকিৎসা সাহায্যকারী রোগীর নাম	:	(পরিবারের সদস্য হলে নিচের অংশ পূরণ করবেন)
	(খ) রোগীর সাথে আবেদনকারী 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 ও তারিখ: বিবরণ:

আমি এই মর্মে অঙ্গীকার করছি যে, উপরে বর্ণিত সকল বিবরণ/ তথ্যাদি আমার জ্ঞান ও বিশ্বাসমতে সত্য এবং আমি কোনো তথ্য গোপন করিনি। যদি কোনো তথ্য গোপন করে থাকি অথবা যাচাই-বাছাইয়ে তথ্যে গড়মিল পরিলক্ষিত হয় অথবা ভুল তথ্য উপস্থাপন করে থাকি, তৎপ্রেক্ষিতে বিএডিসি কর্তৃপক্ষ কর্তৃক যে কোনো প্রশাসনিক সিদ্ধান্ত গ্রহণ করা হলে তা মেনে নিতে আমার কোনো ওজর আপত্তি থাকবে না।

তারিখ:

কর্মচারীর স্বাক্ষর :

নাম :

পদবি :

কর্মস্থল :

অপর পাতা দৃষ্টব্য ...

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

(বিভাগ/ অফিস প্রধান কর্তৃক পূরণ করতে হবে)

প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব পদবি
উইং/ বিভাগ/ দপ্তর/ কার্যালয়
চাকরি করেন এবং তার বর্তমান মাসিক মূল বেতন টাকা এবং তিনি
গ্রেডের কর্মকর্তা/ কর্মচারী। আবেদনে 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।

তারিখ: স্বাক্ষর :
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 নিয়মাবলি:

- ১। প্রতি অর্থ বছরে একবার এ সাহায্য দেয়া হয়।
- ২। আবেদনের সঙ্গে প্রয়োজনীয় যে সমস্ত কাগজপত্র সংযুক্ত করতে হবে:
(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) চিকিৎসার ১ (এক) বছরের মধ্যে সাহায্যের আবেদন করতে হবে।
(জ) মেয়ের বিবাহের ক্ষেত্রে নিকাহনামা/কাবিননামার ছায়ািলিপি সংযুক্ত (বাধ্যতামূলক)।
- 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 বিএডিসি'র ওয়েবসাইটে www.badc.gov.bd-এ পাওয়া যাবে।

