



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড
জনপ্রশাসন মন্ত্রণালয়
www.bkbb.gov.bd

ফরম নং - ৫৫২৫৪৪২২৯



সাধারণ চিকিৎসা অনুদানের অনলাইনে পূরণকৃত আবেদন ফরম

সরকারি ও তালিকাভুক্ত স্বায়ত্তশাসিত সংস্থার সকল গ্রেডে কর্মরত/অবসরপ্রাপ্ত কর্মচারী/ তাদের পরিবারের সদস্য এবং মৃত কর্মচারীর পরিবারের সদস্যদের কল্যাণ তহবিল হতে সাধারণ চিকিৎসা অনুদানের জন্য আবেদন ফরম

কর্মচারীর ধরণ : কর্মরত	কর্মচারীর কর্মক্ষেত্রের ধরণ : রাজস্বখাতভুক্ত	কর্মচারীর অবস্থা : কর্মরত
কর্মচারীর কর্মক্ষেত্রের বিভাগ : রংপুর	জেলা : নীলফামারী	উপজেলা/থানা : ঝাল ঢাকা

১। কর্মচারীর বিবরণ:

(ক) নাম (বাংলায়)	: ফেরদৌসী বেগম
(ইংরেজিতে)	: Ferdousi Begum
(খ) পদবি (বাংলায়)	: জুনিয়র পরিসংখ্যান সহকারী
(ইংরেজিতে)	: Junior Statistic Assistant
(গ) অফিসের নাম ও ঠিকানা (বাংলায়)	: উপজেলা পরিসংখ্যান কার্যালয়, জলঢাকা, নীলফামারী
(ইংরেজিতে)	: Upazila Statistics Office, Jaldhaka, Nilphamari
(ঘ) মোবাইল নম্বর	: ০১৭৮০৭৫৫৩৬৫
(ঙ) স্বামী / স্ত্রীর নাম	:
(চ) জন্মতারিখ	: ১৭/০৩/১৯৯৪
(ছ) জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর	: ১৯৯৪৭৩১৩৬৫১০০০০১০
(জ) অবসরের তারিখ/মৃত্যুর তারিখ (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)	:
(ঝ) বেতনস্কেলের বেতননির্ধারণ ফরমের ভেরিফিকেশন নম্বর	: 2507-1725

২। (ক) অনলাইন ব্যাংক হিসাব নম্বর

(খ) ব্যাংকের নাম	: AGRANI BANK LTD
(গ) জেলাসহ শাখার নাম	: JALDHAKA, Nilphamari
(ঘ) ব্যাংকের শাখার রাউটিং নম্বর (বাধ্যতামূলক)	: 010730494

৩। চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য:

রোগীর নাম	সম্পর্ক	রোগের নাম	হাসপাতালের নাম	মোট খরচ (টাকা)
ফেরদৌসী বেগম	নিজ	প্রসব	রংপুর কমিউনিটি মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল	৫৪,০০০/-
আব্দুল্লাহ আল আরহাম	ছেলে	প্রিটার্ম লেবার	রংপুর কমিউনিটি মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল	

৪। সাধারণ চিকিৎসা অনুদানের সর্বশেষ আবেদন সংক্রান্ত তথ্য

: ডায়েরি নম্বর _____ তারিখ _____

উল্লিখিত তথ্যাদি আমার জ্ঞান ও বিশ্বাসমতে সত্য। আমি অনুদান গ্রহণের জন্য বর্তমান পঞ্জিকাবর্ষে ইতঃপূর্বে আবেদন করিনি।

আবেদনকারীর স্বাক্ষর
সিল (যদি থাকে)

অফিস প্রধানের প্রত্যয়ন

স্মারক নং :

তারিখ :

এ মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, উপজেলা পরিসংখ্যান কার্যালয়, জলঢাকা, নীলফামারী (অফিসের নাম) কর্মরত/মৃত জনাব/বেগম

ফেরদৌসী বেগম এর অথবা পরিবারের সদস্য জনাব/বেগম এর আবেদনপত্রে উল্লিখিত তথ্যাবলি সঠিক এবং এ

পঞ্জিকাবর্ষে তার নামে চিকিৎসা অনুদানের জন্য কোন আবেদনপত্র প্রেরণ করা হয়নি। এমতাবস্থায়, তাকে সাধারণ চিকিৎসা অনুদান মঞ্জুরির জন্য সুপারিশ করা যাচ্ছে।

অফিস প্রধানের স্বাক্ষর ও নামযুক্ত সিল
ফোন/মোবাইল নম্বর (বাধ্যতামূলক)
ই-মেইল ঠিকানা

(পিআরএল ভোগরত/অবসরপ্রাপ্ত কর্মচারীর ক্ষেত্রে)

নিম্নস্বাক্ষরকারী গত তারিখে সরকারি চাকরি হতে অবসর গ্রহণ করেছেন। পিআরএল/অবসরের অফিস আদেশের কপি প্রমাণক হিসেবে সংযুক্ত করা হলো।

তারিখ :

কর্মচারীর নামসহ স্বাক্ষর

বর্তমান ঠিকানা :

ফোন/মোবাইল নম্বর (বাধ্যতামূলক):

অনুদানের প্রাপ্যতা:

১. বর্ষপঞ্জি (জানুয়ারি-ডিসেম্বর) অনুযায়ী বছরে একবার চিকিৎসা অনুদানের জন্য আবেদন করা যায়;
২. বর্ষপঞ্জি অনুযায়ী চিকিৎসা গ্রহণের ২ (দুই) বছরের মধ্যে আবেদন করতে হবে, তবে সাধারণ চিকিৎসা অনুদানের জন্য সর্বশেষ আবেদন দাখিলের পূর্বের বিল গ্রহণযোগ্য হবে না;
৩. রোগীর নামবিহীন বিল/ তারিখবিহীন বিল/ ঘষামাজা বিল সরাসরি বাতিল মর্মে গণ্য হবে;
৪. কর্মচারীর জন্য আত্মতু্য এবং পরিবারের সদস্যদগণের জন্য কর্মচারীর বয়স ৭৫ বছর পর্যন্ত অনুদান প্রদান করা হয়;
৫. যাতায়াত/অ্যাম্বুলেন্স/হোটেল বিলের জন্য অনুদান দেয়া হয় না;
৬. কর্তৃপক্ষ অসম্পূর্ণ/সন্দেহজনক/ত্রুটিপূর্ণ আবেদন বাতিল করার অধিকার সংরক্ষণ করেন;

আবেদনের সাথে যে সকল কাগজপত্র সংযুক্ত করতে হবে:

১. ক্লিনিক/হাসপাতালে ভর্তি হয়ে থাকলে মূল ছাড়পত্র;
২. হাসপাতালের ছাড়পত্র ও ব্যবস্থাপত্র অনুযায়ী ঔষধ ক্রয়ের ভাউচার এর মূলকপি (উর্ধ্বতন কর্তৃপক্ষ কর্তৃক প্রতিস্বাক্ষরিত);
৩. ডাক্তারি ব্যবস্থাপত্র ও রিপোর্ট এর ছায়ালিপি (উর্ধ্বতন কর্তৃপক্ষ কর্তৃক সত্যায়িত);
৪. খরচের হিসাববিবরণী (কর্মচারীর স্বাক্ষরসহ);
৫. জাতীয় বেতনস্কেল এর ভেরিফিকেশন নম্বরসহ বেতননির্ধারণী বিবরণীর সত্যায়িত ফটোকপি (উর্ধ্বতন কর্তৃপক্ষ কর্তৃক সত্যায়িত);
৬. আবেদনকারীর MICR চেকের পাতার ফটোকপি (উর্ধ্বতন কর্তৃপক্ষ কর্তৃক সত্যায়িত);
৭. পিতা/মাতা বা ভাই/বোনের ক্ষেত্রে নির্ভরশীলতার প্রত্যয়নপত্র (ইউনিয়ন পরিষদের চেয়ারম্যান/সিটি কর্পোরেশন বা পৌরসভার মেয়র অথবা ওয়ার্ড কাউন্সিলর কর্তৃক প্রদত্ত);
৮. কর্তৃপক্ষের অগ্রায়ন পত্রের মাধ্যমে আবেদন দাখিল করতে হবে। (পিআরএল ভোগরত/ অবসরপ্রাপ্ত/ মৃত কর্মকর্তা/ কর্মচারী ব্যতীত)

বিশেষ দ্রষ্টব্য: পিআরএল ভোগরত/ অবসরপ্রাপ্ত/ মৃত কর্মকর্তা/ কর্মচারীর আবেদনের ক্ষেত্রে উর্ধ্বতন কর্তৃপক্ষ কর্তৃক প্রতিস্বাক্ষরের প্রয়োজন নেই
ফরম পূরণে বিশেষ নির্দেশিকা:

১. কর্মচারী জীবিত হলে নিজেই আবেদনকারী হিসেবে গণ্য হবেন;

আবেদনপত্র প্রেরণের ঠিকানা:

- (ক) ঢাকা মহানগরীর ক্ষেত্রে : মহাপরিচালক, বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড, প্রধান কার্যালয়, ১ম ১২তলা সরকারি অফিস ভবন (১১তলা), সেগুনবাগিচা, ঢাকা।
- (খ) ঢাকা বিভাগের ক্ষেত্রে : পরিচালক, বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড, বিভাগীয় কার্যালয়, ১ম ১২ তলা সরকারি অফিস ভবন (৩য় তলা), সেগুনবাগিচা, ঢাকা।
- (গ) চট্টগ্রাম বিভাগের ক্ষেত্রে : পরিচালক, বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড, বিভাগীয় কার্যালয়, সরকারি কার্য ভবন-১, আশ্রাবাদ, চট্টগ্রাম।
- (ঘ) রাজশাহী বিভাগের ক্ষেত্রে : পরিচালক, বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড, বিভাগীয় কার্যালয়, রাজশাহী।
- (ঙ) খুলনা বিভাগের ক্ষেত্রে : পরিচালক, বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড, বিভাগীয় কার্যালয়, খুলনা বিভাগীয় কমিশনারের কার্যালয়, বয়রা, খুলনা।
- (চ) বরিশাল বিভাগের ক্ষেত্রে : পরিচালক, বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড, বিভাগীয় কার্যালয়, মুসলিম গোরস্থান রোড দারুল হামদ ভবন (৪র্থ তলা), বরিশাল।
- (ছ) সিলেট বিভাগের ক্ষেত্রে : পরিচালক, বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড, বিভাগীয় কার্যালয়, আলমপুর, সিলেট।
- (জ) রংপুর বিভাগের ক্ষেত্রে : পরিচালক, বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড, বিভাগীয় কার্যালয়, বিভাগীয় কমিশনারের কার্যালয়, রংপুর।
- (ঝ) ময়মনসিংহ বিভাগের ক্ষেত্রে : পরিচালক, বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড, বিভাগীয় কার্যালয়, ময়মনসিংহ।