



সাধারণ চিকিৎসা অনুদানের অনলাইনে পূরণকৃত আবেদন ফরম

সরকারি ও তালিকাভুক্ত স্বায়ত্ত্বাস্থিত সংস্থার সকল প্রেরণ 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 ধরন : রাজস্বস্থাতভুক্ত	কর্মচারীর অবস্থা :
কর্মচারীর কর্মক্ষেত্রের বিভাগ : ঢাকা মহানগর	জেলা : ঢাকা-দক্ষিণ	উপজেলা/থানা :

১। কর্মচারীর বিবরণ:

(ক) নাম (বাংলায়)	: মো সোবহান
(খ) (ইংরেজিতে)	: Md. sobhan
(গ) পদবি (বাংলায়)	: সহকারী পরিচালক
(হ) (ইংরেজিতে)	: Assistant Director
(গ) অফিসের নাম ও ঠিকানা (বাংলায়)	: বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড, বিভাগীয় কার্যালয়, ঢাকা
(ই) (ইংরেজিতে)	: Bangladesh Welfare Board, Divisional Office, Dhaka
(ঘ) মোবাইল নম্বর	: ০১৭১৬৭৯
(ঙ) স্বামী / স্ত্রীর নাম	★
(চ) জন্মতারিখ	: ০১/০১/১৯৭৫
(ছ) জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর	: ৮৩৫৬৭৮৯৫৪৪৩৩২২
(জ) অবসরের তারিখ/মৃত্যুর তারিখ (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)	:
(ঘ) বেতনক্ষেত্রের বেতননির্ধারণ ফরমের ভেরিফিকেশন নম্বর	: ★ 10-25 ★
২। (ক) অনলাইন ব্যাংক হিসাব নম্বর	: ★ 3216789
(খ) ব্যাংকের নাম	: SONALI BANK LTD.
(গ) জেলাসহ শাখার নাম	: BARMIBAZAR, Gazipur
(ঘ) ব্যাংকের শাখার রাউটিং নম্বর (বাধ্যতামূলক)	: 200330138

৩। চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য:

রোগীর নাম	সম্পর্ক	রোগের নাম	হাসপাতালের নাম	মোট খরচ (টাকা)
মোঃ মিজানুর রহমান	ছেলে	ডেঙ্গু জ্বর	Islami Bank Hospital Motijheel	৩৪৫,৬৭৮/-

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

নির্দেশনা

- ড্রাফট আবেদন ফরমে আপনার প্রদত্ত তথ্য সঠিক আছে কি না যাচাইপূর্বক দাখিল করলেন;
- ড্রাফট আবেদন ফরম স্বাক্ষর করে প্রেরণ করলে আবেদন বাতিল বলে গণ্য হবে;
- আবেদন ফরম অনলাইনে দাখিলের পর আবেদনকারীর ছবি ও QR Code সম্বলিত ২প্রান্তির আবেদন ফরমটি ডাউনলোডপূর্বক প্রিন্ট করুন;