



## 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 :
কর্মচারীর কর্মক্ষেত্রের বিভাগ : ঢাকা মহানগর	জেলা : ঢাকা-দক্ষিণ	উপজেলা/থানা :

## ১। কর্মচারীর বিবরণ:

- (ক) নাম (বাংলায়) : মো সোবহান  
(ইংরেজিতে) : Md. sobhan  
(খ) পদবি (বাংলায়) : সহকারী পরিচালক  
(ইংরেজিতে) : Assistant Director  
(গ) অফিসের নাম ও ঠিকানা (বাংলায়) : বাংলাদেশ কর্মচারী কল্যাণ বোর্ড, বিভাগীয় কার্যালয়, ঢাকা  
(ইংরেজিতে) : Bangladesh Welfare Board, Divisional Office, Dhaka  
(ঘ) মোবাইল নম্বর : ০১৭১৬৭৮ ★  
(ঙ) স্বামী / স্ত্রীর নাম :  
(চ) জন্মতারিখ : ০১/০১/১৯৭৫  
(ছ) জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর : ৪৩৫৬৭৮৯৫৪৪৩৩২২  
(জ) অবসরের তারিখ/মৃত্যুর তারিখ (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে) :  
(ঝ) বেতনস্কেলের 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 ইতঃপূর্ আবেদন করিনি।

## নির্দেশনা

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