

আবেদনকারীর এক কপি  
রঙিন পাসপোর্ট সাইজের  
সত্যায়িত ফটো

মন্ত্রণালয়/বিভাগ ও অধিনস্থ দপ্তর/প্রতিষ্ঠান এবং সাংবিধানিক প্রতিষ্ঠানে কর্মরত সরকারী কর্মকর্তা/কর্মচারীর অনুকূলে  
মৃত্যু/স্থায়ী অক্ষমতাজনিত আর্থিক অনুদান প্রদানের জন্য আবেদন ফরম

বরাবর  
সিনিয়র সচিব/সচিব  
জনপ্রশাসন মন্ত্রণালয়

বিষয় : মৃত্যু/স্থায়ী অক্ষমতাজনিত কারণে আর্থিক অনুদানের জন্য আবেদন।

মহোদয়,

বিনীত নিবেদন এই যে, আমি/আমার স্বামী/স্ত্রী ..... প্রতিষ্ঠানে  
..... হিসেবে কর্মরত আছি/ছিলেন। আমি/তিনি ..... তারিখে ইন্তেকাল  
করেছেন/..... অঙ্গহানি হয়ে স্থায়ীভাবে অক্ষম হয়েছি (অপ্রয়োজনীয় অংশ কেটে দিতে হবে)। নিম্নে  
প্রয়োজনীয় তথ্যাদি আপনার সদয় অবগতির জন্য পেশ করা হলো :

(“ক” অংশঃ কর্মচারী/প্রকৃত উত্তরাধিকারী কর্তৃক পূরণ করতে হবে ও অপ্রয়োজনীয় অংশ পূরণ করার দরকার নেই)

- (ক) কর্মকর্তা/কর্মচারীর নাম (বাংলায়) :  
(ইংরেজিতে বড় অক্ষরে)
- (খ) পিতার/স্বামীর/স্ত্রীর নাম (বাংলায়) :  
(ইংরেজিতে বড় অক্ষরে)
- (গ) পদবি (বাংলায়) :  
(ইংরেজিতে বড় অক্ষরে)
- (ঘ) অফিসের নাম ও ঠিকানা :
- (ঙ) আবেদনকারীর নাম ও ঠিকানা :  
(মৃত কর্মকর্তা/কর্মচারীর ক্ষেত্রে উত্তরাধিকারী)

- (চ) আবেদনকারীর জাতীয় পরিচয়পত্র নং (সত্যায়িত ফটোকপি সংযুক্ত করতে হবে) :
- (ছ) আবেদনকারীর সাথে সংশ্লিষ্ট কর্মকর্তা/কর্মচারীর সম্পর্ক :
- (জ) ফোন/মোবাইল/ই-মেইল নং :
- (ঝ) ব্যাংক হিসাব নম্বর :  
ব্যাংকের নাম ও ব্যাংকের শাখার নাম  
(যে হিসাবে অনুদানের অর্থ পেতে ইচ্ছুক)
- (ঞ) কর্মকর্তা/কর্মচারী জন্ম তারিখ :
- (ট) চাকরিতে যোগদানের তারিখ :
- (ঠ) কর্মকর্তা/কর্মচারী রাজস্বখাত ভূক্ত কিনা :
- (ড) কর্মকর্তা/কর্মচারীর উত্তরাধিকারীর নাম ও ঠিকানা (উপযুক্ত কর্তৃপক্ষের সনদ সংযুক্ত করতে হবে) :
- (ঢ) মৃত ব্যক্তির পক্ষে আবেদন করার জন্য অন্যান্য উত্তরাধিকারীগণ কর্তৃক প্রদত্ত ক্ষমতাপত্র :
- (ণ) সংশ্লিষ্ট কর্মকর্তা/কর্মচারীর মৃত্যুর তারিখ (মৃত্যু সনদ সংযুক্ত করতে হবে) :
- (ত) ক্ষতিগ্রস্ত অপের বিবরণ (অক্ষমতার সমর্থনে চিকিৎসকের কাগজপত্র সংযুক্ত করতে হবে) :
- (থ) প্রার্থিত টাকার পরিমাণ :

অতএব, আমার আবেদন সদয় বিবেচনাপূর্বক কল্যাণ অনুদান মঞ্জুরির জন্য বিনীত অনুরোধ করছি।

তারিখঃ

আবেদনকারীর স্বাক্ষর  
সীল/বর্তমান ঠিকানা

আমি প্রতিজ্ঞাপূর্বক বলছি যে, এ আবেদনপত্রে উল্লিখিত তথ্যাদি আমার জ্ঞান ও বিশ্বাসমতে সত্য এবং আমি কোন তথ্য গোপন করিনি।

তারিখঃ

আবেদনকারীর স্বাক্ষর  
সীল/বর্তমান ঠিকানা

'খ' অংশঃ (নিয়ন্ত্রণকারী কর্তৃপক্ষ কর্তৃক পূরণীয়, অপ্রয়োজনীয় অংশ কেটে দিতে হবে)

এ মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম .....  
পদবী..... ও কর্মস্থল ..... অত্র অফিসের  
একজন স্থায়ী/রাজস্বখাতভূক্ত কর্মকর্তা/কর্মচারী ছিলেন/আছেন। তিনি ..... তারিখে কর্মরত  
থাকাকালে মৃত্যুবরণ করেন/তঁার ..... অঙ্গ স্থায়ীভাবে হানি হয়েছে। তাঁকে ..... টাকা  
আর্থিক অনুদান প্রদানের জন্য সুপারিশ করা হলো। এ কর্মকর্তা/কর্মচারীর আবেদনপত্রের 'ক' অংশে বর্ণিত তথ্যাদি  
সঠিক। তাঁর অনুকূলে এ ধরনের কোন আর্থিক অনুদানের আবেদনপত্র পূর্বে অত্র অফিস থেকে প্রেরণ করা হয়নি।

তারিখঃ

নিয়ন্ত্রণকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর ও তারিখ  
নামযুক্ত সীল ও ঠিকানা  
ফোন/মোবাইল নম্বর

'গ' অংশঃ (মেডিক্যাল বোর্ড কর্তৃক পূরণীয়, অপ্রয়োজনীয় অংশ কেটে দিতে হবে)

এ মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম .....  
পদবী..... ও কর্মস্থল ..... এর  
কাগজপত্র/তাঁকে অদ্য ..... তারিখে পরীক্ষা করা হয়েছে। পরীক্ষায়/কাগজপত্রদুট্টে তাঁর  
..... অঙ্গ স্থায়ীভাবে হানি হয়েছে/তাঁর মৃত্যুর প্রদত্ত সনদ সঠিক।

মেডিক্যাল বোর্ডের সদস্য-সচিবের স্বাক্ষর ও তারিখ	মেডিক্যাল বোর্ডের সদস্যের স্বাক্ষর ও তারিখ	মেডিক্যাল বোর্ডের সভাপতির স্বাক্ষর ও তারিখ
--	---	---

'ঘ' অংশঃ (বাছাই কমিটি কর্তৃক পূর্ণীয়, অপ্রয়োজনীয় অংশ কেটে দিতে হবে)

এ মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম .....  
পদবী..... ও কর্মস্থল ..... এর অনুকূলে  
মৃত্যু/অক্ষমতা জনিত কারণে আর্থিক অনুদান ..... টাকা মঞ্জুরীর জন্য বাছাই কমিটির  
..... তারিখের সভায় সুপারিশ করা হয়েছে।

তারিখঃ

বাছাই কমিটির সভাপতির স্বাক্ষর ও  
নামযুক্ত সীল ও ঠিকানা  
ফোন/মোবাইল নম্বর

'ঙ' অংশঃ (কল্যাণ শাখা কর্তৃক পূর্ণীয়)

জনাব/বেগম..... পদবী.....  
ও কর্মস্থল ..... গত ..... তারিখের কল্যাণ শাখার স্মারক নং  
..... মূলে ..... টাকা অনুদান মঞ্জুরী জারী করা হয়েছে।

তারিখঃ

স্বাক্ষরসহ সীল  
সিনিয়র সহকারী সচিব  
কল্যাণ শাখা  
জনপ্রশাসন মন্ত্রণালয়

চাকরিরত অবস্থায় মৃত্যুজনিত কারণে কর্মকর্তা/কর্মচারীদের পরিবারের সদস্যদের আর্থিক অনুদান প্রদান সংক্রান্ত প্রয়োজনীয় কাগজাদি

১	নির্ধারিত আবেদন ফরমে আবেদনকারী স্বাক্ষরিত মূল আবেদন যথাযথ কর্তৃপক্ষ (সংশ্লিষ্ট মন্ত্রণালয়/জেলা প্রশাসকের কার্যালয়) এর মাধ্যমে প্রেরণ করতে হবে।
২	আবেদন ফরমের 'খ' অংশটি নিয়ন্ত্রনকারী কর্মকর্তা কর্মকর্তা কর্তৃক রাজস্ব খাতের পদধারী নিশ্চিত হয়ে তার প্রত্যয়নসহ পূরণ করতে হবে।
৩	আবেদন ফরমের 'গ' অংশটি সংশ্লিষ্ট মেডিকেল বোর্ড কর্তৃক পূরণকৃত হতে হবে।
৪	আবেদন ফরমের 'ঘ' অংশটি পূরণপূর্বক বাছাই কমিটির সভাপতির স্বাক্ষর(সীলসহ) থাকতে হবে।
৫	সরকারি হাসপাতাল/ স্থানীয় সরকার (পৌরসভা/ইউনিয়ন পরিষদ)কর্তৃক জারীকৃত মৃত কর্মচারীর মৃত্যুসনদ।
৬	মৃত ব্যক্তির ওয়ারিশ সনদ স্থানীয় সরকার যথা- (পৌরসভা/ইউনিয়ন পরিষদ)কর্তৃক জারীকৃত
৭	ওয়ারিশগণ কর্তৃক আবেদনকারীকে প্রদত্ত ক্ষমতাপত্র স্থানীয় সরকার যথা- (পৌরসভা/ইউনিয়ন পরিষদ) কর্তৃক জারীকৃত
৮	প্রধান হিসাব রক্ষন কর্মকর্তা/জেলা হিসাব রক্ষন কর্মকর্তার প্রতিস্বাক্ষরিত এবং অফিস প্রধান কর্তৃক সত্যায়িত শেষ বেতনের প্রত্যয়নপত্রের (এলপিসি)কপি।
৯	সার্ভিস বইয়ের ১-৫ পাতার (অফিস প্রধান কর্তৃক সত্যায়িত)
১০	আবেদনকারীর ছবি এবং জাতীয় পরিচয় পত্রের ফটোকপি (অফিস প্রধান কর্তৃক সত্যায়িত)
১১	মৃত ব্যক্তির জাতীয় পরিচয় পত্রের ফটোকপি (অফিস প্রধান কর্তৃক সত্যায়িত)
১২	আবেদনকারী পুনর্বিবাহে আবদ্ধ না হওয়া সংক্রান্ত সনদ (স্থানীয় সরকার যথা- পৌরসভা/ইউনিয়ন পরিষদ) কর্তৃক জারীকৃত