

আবেদনকারীর এক
কপি রঙ্গিন
পাসপোর্ট সাইজের
সত্যায়িত ছবি

মন্ত্রণালয়/বিভাগ ও অধীনস্থ দপ্তর/ প্রতিষ্ঠান এবং সাংবিধানিক প্রতিষ্ঠানে কর্মরত সরকারি কর্মচারীর অনুকূলে চাকুরীরত
অবস্থায় মৃত্যুজনিত আর্থিক অনুদান প্রদানের জন্য আবেদন ফরম

বরারব,
জেলা প্রশাসক
বগুড়া

বিষয়: চাকুরীরত অবস্থায় মৃত্যুজনিত আর্থিক অনুদানের আবেদন।

মহোদয়,

বিনীত নিবেদন এই যে, আমার স্বামী/স্ত্রী
প্রতিষ্ঠানেহিসেবে কর্মরত ছিলেন। তিনি..... তারিখে
ইন্তেকাল করেন। নিম্নে প্রয়োজনীয় তথ্যাদি আপনার সদয় অবগতির জন্য পেশ করলামঃ

- (ক) কর্মচারীর নাম (বাংলায়) :
(ইংরেজীতে বড় অক্ষরে)
- (খ) পিতা/স্বামী/স্ত্রীর নাম (বাংলায়) :
(ইংরেজীতে বড় অক্ষরে)
- (গ) কর্মচারীর পদবি (বাংলায়) :
(ইংরেজীতে বড় অক্ষরে)
- (ঘ) কর্মচারীর অফিসের নাম ও ঠিকানা :
- (ঙ) আবেদনকারীর নাম ও স্থায়ী ঠিকানা :
- (চ) আবেদনকারীর জাতীয় পরিচয়পত্রের :
নম্বর
- (ছ) আবেদনকারীর সাথে সংশ্লিষ্ট মৃত :
কর্মচারীর সম্পর্ক
- (জ) মোবাইল ও ই-মেইল নম্বর :
- (ঝ) মৃত কর্মচারীর জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর :
- (ঞ) আবেদনকারীর ব্যাংক ও শাখার নাম, :
হিসাব নম্বর ও রাউটিং নম্বর
(ইংরেজীতে বড় অক্ষরে)

- (ট) কর্মচারীর জন্ম তারিখ :
(ঠ) চাকুরীতে যোগদানের তারিখ :
(ড) কর্মচারীর মৃত্যু তারিখ :
(ঢ) কর্মচারীর উত্তরাধিকারীর নাম ও ঠিকানা :

(ণ) কর্মচারী রাজস্ব খাতভুক্ত কিনা :
(ত) প্রার্থিত টাকার পরিমাণ :

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

আবেদনকারীর স্বাক্ষর ও তারিখ
বর্তমান ঠিকানা

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

আবেদনকারীর স্বাক্ষর ও তারিখ
বর্তমান ঠিকানা

“খ” অংশ :

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

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

তারিখ :

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

“গ” অংশ :

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

এ মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম.....
পদবিও কর্মস্থল..... এর
কাগজপত্র/তাঁকে অদ্য তারিখে পরীক্ষা করা হয়েছে। পরীক্ষায়/কাগজপত্রদৃষ্টে
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” অংশ :
(বাছাই কমিটি কর্তৃক পূরণীয়, অপ্রয়োজনীয় অংশ কেটে দিতে হবে)

এ মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম.....
পদবিও কর্মস্থল
এর অনুকূলে মৃত্যু/অক্ষমতাজনিত কারণে আর্থিক অনুদান..... টাকা মঞ্জুরির জন্য
বাছাই কমিটিরতারিখের সভায় সুপারিশ করা হয়েছে।

তারিখ :

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

“ঙ” অংশ :

(কল্যাণ শাখা, জনপ্রশাসন মন্ত্রণালয়/সংশ্লিষ্ট শাখা, বিভাগীয় কমিশনার ও জেলা প্রশাসকের কার্যালয় কর্তৃক পূরণীয়)

জনাব/বেগম..... পদবি.....
ও কর্মস্থল..... গত..... তারিখের কল্যাণ শাখা/সংশ্লিষ্ট
শাখার স্মারক নংমূলে..... টাকা অনুদান মঞ্জুরি জারি
করা হয়েছে।

তারিখ:

স্বাক্ষরসহ সীল
সিনিয়র সহকারী সচিব/উপসচিব
কল্যাণ শাখা, জনপ্রশাসন মন্ত্রণালয়/সংশ্লিষ্ট শাখা
কর্মকর্তা, বিভাগীয় কমিশনার ও জেলা প্রশাসকের
কার্যালয়