

খাদ্য অধিদপ্তর কর্মকর্তা-কর্মচারী কল্যাণ তহবিল হতে অনুদান প্রাপ্তির আবেদন ফরম
খাদ্য অধিদপ্তর
১৬, আব্দুল গনি রোড, ঢাকা

আবেদনকারীর
পাসপোর্ট সাইজের
ছবি ১ কপি
(সত্যায়িত)

জটিল ও ব্যয়বহল চিকিৎসা অনুদানের আবেদন ফরম (ফরম “ক”)

১। কর্মকর্তা/কর্মচারীর তথ্যঃ		
* (ক) নাম (বাংলায়)	:	
* (ইংরেজীতে বড় অক্ষরে)	:	
* (খ) পিতা/স্বামীর নাম	:	
* (গ) পদবি	:	
* (ঘ) বর্তমান কর্মস্থল ও ঠিকানা	:	
* (ঙ) মূল কর্মস্থল ও ঠিকানা	:	
* (চ) জন্ম তারিখ	:	
* (ছ) সরকারি চাকরিতে যোগদানের তারিখ	:	
* (জ) অবসর গ্রহণের তারিখ	:	
২। কর্মকর্তা/কর্মচারীর বেতন		
* (ক) বর্তমান বেতন গ্রেড ও স্কেল	:	
* (খ) বর্তমান মূল বেতন	:	
৩।* কর্মকর্তা/কর্মচারীর বর্তমান ঠিকানা		
৪।* পরিবারের সদস্য সংখ্যা		
৫।* কর্মকর্তা/কর্মচারীর জাতীয় পরিচয় পত্র নং		
৬।* কর্মকর্তা/কর্মচারীর মোবাইল নম্বর		
৭।* চিকিৎসার অনুদান সংক্রান্ত তথ্য		
* (ক) রোগীর নাম	:	
* (খ) রোগীর সাথে কর্মচারীর সম্পর্ক	:	
* (গ) রোগের বিস্তারিত বর্ণনা	:	
* (ঘ) চিকিৎসার বিস্তারিত বর্ণনা (প্রয়োজনে আলাদা পাতা ব্যবহার করুন)	:	
* (ঙ) মোট খরচের পরিমাণ	:	
* (চ) অন্য উৎস থেকে প্রাপ্ত সাহায্যের পরিমাণ	:	
* (ছ) আবেদনকৃত অনুদানের পরিমাণ (টাকায়)	:	
৮।* (ক) অনলাইন ব্যাংক হিসাব নম্বর		
* (খ) ব্যাংকের নাম	:	
* (গ) জেলাসহ শাখার নাম -	:	
* (ঘ) ব্যাংকের শাখার রাউটিং নম্বর	:	
৯। খাদ্য অধিদপ্তর কর্মকর্তা/কর্মচারীর কল্যাণ তহবিল হতে ইতোপূর্বে কোনো অনুদান প্রাপ্ত হয়ে থাকলে তার বিবরণঃ		
* (ক) প্রাপ্ত অনুদানের পরিমাণ (বছর ভিত্তিক)	:	
* (খ) মঞ্জুরির স্মারক নং ও তারিখ	:	

আমি শপথ করছি যে, উপরোল্লিখিত তথ্যাদি আমার জ্ঞান ও বিশ্বাসমতে সত্য। আমি কোন ভুল তথ্য উপস্থাপন বা তথ্য গোপন করি নাই। অনুদান গ্রহণের জন্য বর্তমান পঞ্জিকা বর্ষে আমি কোন আবেদন করি নাই।

সংযুক্তঃ-

৪৮

কর্মকর্তা/কর্মচারীর স্বাক্ষর
সিল (যদি থাকে)

নিয়ন্ত্রণকারী কর্তৃপক্ষ কর্তৃক পূরণীয়

স্মারক নং

তারিখঃ.....

প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, (দপ্তরের নাম) এ কর্মরত জনাব
পদবি..... এর আবেদনপত্রে উল্লিখিত তথ্যাবলী সঠিক। তিনি খাদ্য অধিদপ্তর কর্মকর্তা-কর্মচারী কল্যাণ তহবিলে
নিয়মিত চাঁদা প্রদান করেছেন। বর্তমান পঞ্জিকাবর্ষে তিনি আর্থিক অনুদানের জন্য অত্র আবেদন ছাড়া আর কোন আবেদন দাখিল করেন নাই। তাকে
খাদ্য অধিদপ্তর কর্মকর্তা-কর্মচারী কল্যাণ তহবিল হতে আবেদনকৃত অনুদান মঞ্জুরির জন্য সুপারিশ করা হলো।

অফিস প্রধানের স্বাক্ষর ও নামযুক্ত সিল
ফোন/মোবাইল নম্বর (বাধ্যতামূলক)

প্রাপকঃ মহাপরিচালক

ও

সভাপতি, নির্বাহী কমিটি

খাদ্য অধিদপ্তর কর্মকর্তা-কর্মচারী কল্যাণ তহবিল

খাদ্য অধিদপ্তর, ঢাকা

দৃষ্টি আকর্ষণঃ অতিরিক্ত পরিচালক, এমআইএসএন্ডএম বিভাগ

ও

সদস্য সচিব, নির্বাহী কমিটি

খাদ্য অধিদপ্তর কর্মকর্তা-কর্মচারী কল্যাণ তহবিল

খাদ্য অধিদপ্তর, ঢাকা

আবেদনের নিয়মাবলীঃ

- ১) আবেদন ফরমের (*) তারকা চিহ্নিত অংশগুলো অবশ্যই পূরণ করতে হবে। অসম্পূর্ণ/সন্দেহজনক/ত্রুটিপূর্ণ আবেদন বাতিল মর্মে বিবেচিত হবে;
- ২) রোগীর নামবিহীন /তারিখবিহীন/ঘষামাজাকৃত বিল সরাসরি বাতিল মর্মে গণ্য হবে;
- ৩) খাদ্য অধিদপ্তরাধীন রাজস্ব খাতভুক্ত সকল গ্রেডের কর্মকর্তা/কর্মচারীগণ আবেদন করতে পারবেন;
- ৪) খাদ্য অধিদপ্তরে কর্মরতদের ক্ষেত্রে সংশ্লিষ্ট বিভাগ/অনুবিভাগের প্রধান এবং মাঠ পর্যায়ে কর্মরতদের ক্ষেত্রে নিয়ন্ত্রণকারী কর্মকর্তার মাধ্যমে নির্ধারিত ছকে সুপারিশসহ আবেদন প্রেরণ করতে হবে। যথাযথ মাধ্যম ও সুপারিশ বিহীন প্রাপ্ত আবেদন বাতিল মর্মে বিবেচিত হবে;
- ৫) আবেদনের সাথে নিম্নবর্ণিত কাগজপত্র সংযুক্ত করতে হবেঃ
 - (ক) ডাক্তারি ব্যবস্থাপত্র, ডায়াগনোসিস রিপোর্ট ও ভাউচার এর ছায়ালিপি (উর্ধ্বতন কর্তৃপক্ষ কর্তৃক সত্যায়িত);
 - (খ) ব্যবস্থাপত্র অনুযায়ী ঔষধ ক্রয়ের ভাউচারের ছায়ালিপি (উর্ধ্বতন কর্তৃপক্ষ কর্তৃক সত্যায়িত);
 - (গ) ক্লিনিক বা হাসপাতালে ভর্তি হয়ে থাকলে ক্লিনিক বা হাসপাতালের ছাড়পত্র ছায়ালিপি (উর্ধ্বতন কর্তৃপক্ষ কর্তৃক সত্যায়িত);
 - (ঘ) চিকিৎসা খরচের হিসাব বিবরণী (কর্মকর্তা/কর্মচারী কর্তৃক স্বাক্ষরিত);
 - (ঙ) জাতীয় বেতনস্কেল এর ভেরিফিকেশন নম্বরসহ বেতন নির্ধারণী বিবরণীর ছায়ালিপি (উর্ধ্বতন কর্তৃপক্ষ কর্তৃক সত্যায়িত);
 - (চ) কর্মকর্তা-কর্মচারীর ব্যাংক হিসাবের MICR চেক এর পাতার ছায়ালিপি (উর্ধ্বতন কর্তৃপক্ষ কর্তৃক সত্যায়িত);
 - (ছ) কর্মকর্তা-কর্মচারীর জাতীয় পরিচয়পত্র এবং সন্তানের চিকিৎসার ক্ষেত্রে জন্ম নিবন্ধন ছায়ালিপি (উর্ধ্বতন কর্তৃপক্ষ কর্তৃক সত্যায়িত);
 - (জ) পিতা/মাতার চিকিৎসার ক্ষেত্রে নির্ভরশীলতার প্রত্যয়নপত্র (নিয়ন্ত্রণকারী কর্মকর্তা কর্তৃক প্রদত্ত)।

৪৮

✓