

আবেদনকারীর জাতীয় পরিচয় পত্র:
আবেদনকারীর মোবাইল নম্বর:

সংযুক্তি:

১. বিশেষজ্ঞ ডাক্তার কর্তৃক প্রদত্ত সংশ্লিষ্ট রোগের প্রত্যয়ন পত্রের মূলকপি (নির্দিষ্টছকে)।
২. রোগের ব্যবস্থা পত্র সংক্রান্ত প্রয়োজনীয় কাগজ পত্রের (গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত) ফটোকপি।
৩. জাতীয় পরিচয়পত্র/জন্ম সনদের (গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত) ফটোকপি।
৪. ০২ কপি ছবি (গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত) যা দরখাস্তে গামদিয়েলাগাতে হবে।
৫. রোগীর বয়স আবেদনের তারিখে ১৮ বছরের কম হলে পিতা/মাতা/বৈধ অভিভাবক আবেদন করতে পারবেন, সেক্ষেত্রে আবেদনকারীর ০২ কপি ছবি (গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত)।

(সংশ্লিষ্ট বিশেষজ্ঞ ডাক্তার কর্তৃক ক্যাপার/কিডনী/লিভার সিরোসিস/প্যারালাইজড/জন্মগত হৃদরোগ/থ্যালাসেমিয়ায় আক্রান্ত রোগের প্রত্যয়ন পত্র)

এই মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম
পিতা/স্বামী :
মাতা :
ঠিকানা :
.....

তিনি একজন ক্যাপার/ কিডনী/ লিভারসিরোসিস/প্যারালাইজড/জন্মগত হৃদরোগ/থ্যালাসেমিয়ায় আক্রান্ত রোগী।
[পরিষ্কার ভাবে রোগের নাম ও ধরন উল্লেখ করতে হবে অন্যথায় আবেদন বাতিল হয়ে যাবে]

.....
(স্বাক্ষর তারিখ ও সীল)

ডাক্তারের রেজিস্ট্রেশন নং.....
ফোন/মোবাইল নম্বর:.....

আবেদনপত্রের সাথে প্রয়োজনীয় কাগজপত্র:

ক. ক্যাপার/কিডনী/লিভার সিরোসিস/প্যারালাইজড/জন্মগত হৃদরোগ/থ্যালাসেমিয়ায় আক্রান্ত রোগীকে অবশ্যই রেজিস্টার্ড চিকিৎসক কর্তৃক প্রত্যায়িত হতে হবে।

প্রত্যয়নপত্র

আমি/আমারপুত্র/কন্যা/পোষ্য.....
পিতা/স্বামী:..... মাতা:..... গ্রাম:..... ডাকঘর:
..... একজন ক্যাপার/কিডনী/লিভারসিরোসিস/প্যারালাইজড/জন্মগত হৃদরোগ/থ্যালাসেমিয়ায় চিকিৎসা খরচ
বাবদ সরকার হতে কোন আর্থিক সহায়তা গ্রহণ করছি/করিনাই।

.....
আবেদনকারীর স্বাক্ষর
(রোগীর বয়স আবেদনের তারিখে ১৮ বছরের কম হলে পিতা/মাতা/বৈধ অভিভাবক আবেদন করতে পারবেন)।
আবেদনকারীর নাম:
আবেদনকারীর জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর:
আবেদনকারীর মোবাইল নম্বর: