

ক্যাম্পার, কিডনী, লিভার সিরোসিস, স্ট্রোক প্যারালাইজড, জন্মগত হৃদরোগ, লিউকেমিয়া এবং থ্যালাসেমিয়া আক্রান্ত রোগীদের আর্থিক সহায়তার জন্য যাচাই বাছাইয়ের চেকলিস্ট :

রোগীর নাম :

রোগের নাম :

NID নম্বর :

উপজেলা : ভালুকা।

জেলা : ময়মনসিংহ।

ক্রমিক নং	প্রয়োজনীয় কাগজপত্রাদি	হ্যাঁ/না (প্রযোজ্য শব্দটি লিখুন)
১.	নির্ধারিত ফরমে আবেদন ও রোগীর স্বাক্ষর রয়েছে কি-না	হ্যাঁ
২.	আবেদনপত্রের পরিশিষ্ট ২ (ক) অংশে সংশ্লিষ্ট বিশেষজ্ঞ ডাক্তার কর্তৃক রোগের পূর্ণ মেডিকেল ডায়াগনসিস সহ প্রত্যয়ন রয়েছে কি-না	হ্যাঁ
৩.	রোগ সংক্রান্ত প্রয়োজনীয় ব্যবস্থাপত্র ও রিপোর্টের সত্যায়িত ফটোকপি রয়েছে কি-না (১ম শ্রেণীর গেজেটেড কর্মকর্তা কর্তৃক)	হ্যাঁ
৪.	০২ কপি ছবি (সত্যায়িত) যা আবেদনে গাম দিয়ে পেস্ট করা ছবির অতিরিক্ত সংযুক্ত রয়েছে কি-না	হ্যাঁ
৫.	রোগী কর্তৃক পরিশিষ্ট ২ (খ) অংশ যথাযথভাবে পূরণ করা রয়েছে কি-না	হ্যাঁ
৬.	রোগীর জাতীয় পরিচয়পত্র/জন্মসনদের সত্যায়িত ফটোকপি রয়েছে কি-না	হ্যাঁ
৭.	নমিনির ছবি, জাতীয় পরিচয়পত্র/ জন্মসনদের সত্যায়িত ফটোকপি এবং মোবাইল নম্বর রয়েছে কি-না (নমিনির বয়স ১৮ বা তদুর্ধ্ব হতে হবে)	হ্যাঁ
৮.	রোগীর মোবাইল নম্বর রয়েছে কি-না	হ্যাঁ
৯.	মতামত (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)	

উপজেলা সমাজসেবা অফিসার
ভালুকা, ময়মনসিংহ।

উপজেলা স্বাস্থ্য ও পরিবার পরিকল্পনা অফিসার
ভালুকা, ময়মনসিংহ।

উপজেলা নির্বাহী অফিসার
ভালুকা, ময়মনসিংহ।

চেয়ারম্যান/প্রশাসক
উপজেলা পরিষদ
ভালুকা, ময়মনসিংহ।

প্রতিস্বাক্ষরিত

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
ক্যাম্পার, কিডনি রোগ, লিভার সিরোসিস, প্যারালাইসিস, হৃদরোগ, লিউকেমিয়া এবং থ্যালাসেমিয়া
আক্রান্ত ব্যক্তিদের আর্থিক সহায়তা কার্যক্রম
সমাজসেবা অধিদপ্তর
সমাজকল্যাণ মন্ত্রণালয়

পরিশিষ্ট-১

পাসপোর্ট সাইজের ছবি
আঠা দিয়ে লাগিয়ে তার
উপর গেজেটেড কর্মকর্তা
কর্তৃক
সত্যায়িত করতে হবে।

আবেদন ফরম

আবেদনের তারিখ:

বরাবর

সমাজসেবা অফিসার, উপজেলা সমাজসেবা কার্যালয়/শহর সমাজসেবা কার্যালয়/হাসপাতাল সমাজসেবা কার্যালয়

কার্যালয়ের নাম: উপজেলা সমাজসেবা কার্যালয়, ভালুকা, ময়মনসিংহ।

উপজেলা ও জেলার নাম: ভালুকা, ময়মনসিংহ।

বিষয়: আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন।

মহোদয়, আমি/আমার..... ক্যাম্পার/কিডনি রোগ/লিভার সিরোসিস/ প্যারালাইসিস/ হৃদরোগ/লিউকেমিয়া/
থালাসেমিয়া..... রোগে আক্রান্ত। এ রোগের চিকিৎসা অত্যন্ত ব্যয়বহুল, যা আমার পক্ষে নির্বাহ করা সম্ভব নয়।

এ অবস্থায়, আমি সমাজকল্যাণ মন্ত্রণালয় অধীন সমাজসেবা অধিদপ্তর কর্তৃক বাস্তবায়িত ক্যাম্পার, কিডনি রোগ, লিভার সিরোসিস, প্যারালাইসিস, হৃদরোগ, লিউকেমিয়া এবং থ্যালাসেমিয়া আক্রান্ত ব্যক্তিদের আর্থিক সহায়তা কার্যক্রমের আওতায় আর্থিক সহায়তা পেতে ইচ্ছুক।
নিম্নে এ সংক্রান্ত যাবতীয় তথ্যাদি প্রদান করা হলো:

১. রোগীর নাম (বাংলা):

(জাতীয় পরিচয়পত্র/জন্ম নিবন্ধন সনদ অনুসারে)

২. রোগীর নাম (ইংরেজি বড় অক্ষরে):

(জাতীয় পরিচয়পত্র/জন্ম নিবন্ধন সনদ অনুসারে)

৩. রোগীর জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর/ রোগীর জন্ম নিবন্ধন নম্বর (১৮ বছরের কম বয়সী রোগীর ক্ষেত্রে প্রযোজ্য)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

৪. প্রতিবন্ধীতা নিবন্ধন নম্বর(প্রতিবন্ধী রোগীর ক্ষেত্রে প্রযোজ্য)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

৫. রোগীর জন্ম তারিখ (খ্রিস্টাব্দ):

দিন	মাস	বছর

৬. রোগীর বয়স (আবেদনের তারিখ):

বছর	মাস	দিন

৭. লিঙ্গ (টিক চিহ্ন দিন): (ক) নারী (খ) পুরুষ (গ) হিজড়া

৮. মাতার নাম (বাংলা) :

৯. পিতার নাম (বাংলা) :

১০. রোগীর বৈবাহিক অবস্থা (টিক চিহ্ন দিন): (ক) অবিবাহিত (খ) বিবাহিত (গ) বিধবা/বিপত্নীক (ঘ) স্বামী/স্ত্রী পৃথক
(ঙ) তালাক প্রাপ্ত/ বিবাহ বিচ্ছিন্ন।

১১. রোগীর বর্তমান ঠিকানা :

গ্রাম/ এলাকার নাম ও বাড়ি নম্বর:..... ডাকঘর:.....ওয়ার্ড নম্বর:.....

ইউনিয়ন/পৌরসভা:.....উপজেলা/ থানা:..... ভালুকা.....জেলা:..... ময়মনসিংহ.....

১২. রোগীর স্থায়ী ঠিকানা :

গ্রাম/ এলাকার নাম ও বাড়ি নম্বর:..... ডাকঘর:.....ওয়ার্ড নম্বর:.....

ইউনিয়ন/পৌরসভা:.....উপজেলা/ থানা:..... ভালুকা.....জেলা:..... ময়মনসিংহ.....

১৩. রোগীর/ অভিভাবকের পেশা :

১৪. রোগীর/অভিভাবক/ আইনানুগ অভিভাবকের বাৎসরিক আয় ও ব্যয়:

১৫. রোগীর/অভিভাবক/ আইনানুগ অভিভাবকের (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে) ব্যাংক সংক্রান্ত তথ্য (অবশ্যই ইংরেজীতে)

ব্যাংক হিসাব শিরোনাম	:	
একাউন্ট নম্বর	:	
রাউটিং নম্বর	:	
ব্যাংক ও ব্যাংক শাখার নাম	:	
মোবাইল নম্বর	:	

১৬. নমিনী সংক্রান্ত:

নাম	:	
পিতার নাম	:	
মাতার নাম	:	
জাতীয় পরিচয় পত্র নম্বর	:	
রোগীর সাথে সম্পর্ক	:	
মোবাইল নম্বর	:	

১৭. এ কার্যক্রমের আওতায় ইতঃপূর্বে আর্থিক সহায়তা গ্রহণ করছে কিনা? উত্তর হ্যাঁ হলে অর্থ বছর লিখুন।

এতদ্বারা প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, উপরে প্রদত্ত তথ্যাদি আমার জানা মতে সঠিক।

.....

.....

রোগী/ রোগীর পক্ষে আবেদনকারীর স্বাক্ষর

(রোগীর বয়স আবেদনের তারিখে ১৮ বছরের কম হলে পিতা/মাতা/বৈধ অভিভাবক আবেদন করতে পারবেন)।

আবেদনকারীর নাম :

রোগীর সাথে সম্পর্ক :

আবেদনকারীর পিতার নাম :

আবেদনকারীর জাতীয় পরিচয় পত্র নং :

আবেদনকারীর মোবাইল নং :

১৮. বিশেষজ্ঞ ডাক্তারের প্রত্যয়ন পত্র:

এই মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম :

পিতা/স্বামী :

মাতা :

ঠিকানা :

তিনি একজন ক্যান্সার/কিডনী/ লিভারসিরোসিস/ প্যারানাইসিস/ হৃদরোগ/ লিউকেমিয়া/ থ্যালাসেমিয়া রোগে আক্রান্ত রোগী। তিনি চিকিৎসার জন্য সরকারি সহায়তা প্রাপ্তির যোগ্য।

[বি.দ্র. পরিস্কার ভাবে রোগের নাম ও ধরন উল্লেখ করতে হবে, অন্যথায় আবেদন বাতিল হয়ে যাবে]

.....
(স্বাক্ষর, তারিখ ও সীল)

ডাক্তারের রেজিস্ট্রেশন নং.....

ফোন :

মোবাইল :

সংযুক্তি:

১. রোগী এবং প্রযোজ্য ক্ষেত্রে রোগীর পক্ষে আবেদনকারী বা অভিভাবক বা আইনানুগ অভিভাবকের জাতীয় পরিচয়পত্রের ফটোকপি (সত্যায়িত);
২. জন্ম নিবন্ধন সনদ (১৮ বছরের কম বয়সী অপ্রাপ্তবয়স্ক রোগীর ক্ষেত্রে) এর ফটোকপি (সত্যায়িত);
৩. রোগী এবং প্রযোজ্য ক্ষেত্রে রোগীর পক্ষে আবেদনকারী বা অভিভাবক বা আইনানুগ অভিভাবকের এক কপি পাসপোর্ট সাইজের ছবি;
৪. ব্যাংক প্রদত্ত চেক বইয়ের কভার পাতার ফটোকপি;
৫. চিকিৎসকের সর্বশেষ ব্যবস্থাপত্র (prescription) এর ফটোকপি (সত্যায়িত);
৬. রোগ শনাক্তকরণ সংশ্লিষ্ট নিম্নবর্ণিত রিপোর্টের ফটোকপি (যেটি প্রযোজ্য) সংযুক্ত করতে হবে:

ক) ক্যান্সার রোগের ক্ষেত্রে টিস্যু ডায়াগনস্টিক রিপোর্ট/ Histopathology /Cytopathology/Bone Marrow Report/বায়োপসি রিপোর্ট বা অন্যান্য টেস্ট রিপোর্ট জমা দিতে হবে।

খ) কিডনি রোগের ক্ষেত্রে রক্তের ইউরিয়া ও ক্রিয়েটিনিনের মাত্রা নির্ণয় সংক্রান্ত রিপোর্টসহ ডায়ালিসিস বা প্রতিস্থাপন সংক্রান্ত রিপোর্ট প্রদান করতে হবে। নিয়মিত ডায়ালিসিস গ্রহণের প্রমাণক হিসেবে সংশ্লিষ্ট হাসপাতাল/সেবা কেন্দ্রের চিকিৎসক কর্তৃক প্রদত্ত সার্টিফিকেট সংযুক্ত করতে হবে।

গ) লিভার সিরোসিস রোগের ক্ষেত্রে লিভারের আল্ট্রাসোনোগ্রাফ ও ফাইব্রোস্ক্যান রিপোর্টসহ অন্যান্য টেস্ট রিপোর্ট প্রদান করতে হবে।

ঘ) প্যারানাইসিস আক্রান্ত রোগীর ক্ষেত্রে MRI/CT Scan Report/ রোগীর প্রমাণযোগ্য ছবি প্রদান করতে হবে।

ঙ) হৃদরোগের ক্ষেত্রে Angiogram/Echo Cardiogram রিপোর্টসহ অন্যান্য টেস্ট রিপোর্ট প্রদান করতে হবে।

চ) থ্যালাসেমিয়া/লিউকেমিয়া রোগের ক্ষেত্রে রক্তের হিমোগ্লোবিন ইলেকট্রোফোরেসিস (Hemoglobin Electrophoresis) বা অন্যান্য প্রযোজ্য পরীক্ষার রিপোর্ট প্রদান করতে হবে।