

উপজেলা সমাজকল্যাণ কমিটি, দোহার, ঢাকা

www.dss.dohar.dhaka.gov.bd

[আর্থিক সহায়তার আবেদন ফরম]

পরিশিষ্ট- 'খ'

বরাবর

উপজেলা সমাজসেবা অফিসার

ও

সদস্য-সচিব

উপজেলা সমাজকল্যাণ কমিটি, দোহার, ঢাকা।

আবেদনকারীর
ছবি

বিষয়: আর্থিক সাহায্যের আবেদন।

মহোদয়

আমি নিম্ন স্বাক্ষরকারী বাংলাদেশ জাতীয় সমাজকল্যাণ পরিষদ এর আওতায় 'উপজেলা সমাজকল্যাণ কমিটি', দোহার, ঢাকা হতে আর্থিক সাহায্য কর্মসূচির আওতায় আর্থিক সাহায্যের আবেদন করছি:

০১. নামঃ.....

০২. পিতার নামঃ.....

০৩. মাতার নামঃ.....

০৪. বর্তমান ঠিকানাঃ.....

০৫. স্থায়ী ঠিকানাঃ.....

০৬. অধ্যয়নরত প্রতিষ্ঠানের নাম (শুধু শিক্ষার্থীদের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য).....

শ্রেণী/বর্ষ/সেমিস্টারঃ..... রোলঃ..... বিভাগঃ.....

(www.dss.dohar.dhaka.gov.bd)

০৭. মোবাইল নম্বর (নিজ বা অভিভাবকের এক বা একাধিক সচল নাম্বার) (বাধ্যতামূলক).....

০৮. জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর/জন্ম নিবন্ধন নম্বরঃ.....

০৯. প্রার্থী আর্থিক সাহায্যের কারণঃ.....

১০. অন্য কোন সরকারি সংস্থা হতে নিয়মিত আর্থিক অনুদান/সহায়তা গ্রহণ করেন কিনা (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে টিক (✓) দিন)? হ্যাঁ / না

আমি প্রতিজ্ঞাপূর্বক বলছি যে, উল্লেখিত তথ্যাদি আমার জ্ঞান ও বিশ্বাসমতে সত্য এবং আমি কোন তথ্য গোপন করিনি। আমি একই পত্রিকা বর্ষে এ খাত থেকে একবারের বেশি অনুদান গ্রহণ করলে তা সরকারি কোষাগারে ফেরত দিতে বাধ্য থাকব। বর্ণিত তথ্যাদির আলোকে আমাকে আর্থিক সাহায্য প্রদানের সর্বনিম্ন অনুরোধ করছি।

তারিখঃ.....।

(আবেদনকারীর স্বাক্ষর/ টিপসই)

আবেদনকারীকে আর্থিক সাহায্য প্রদানের সুপারিশ করছি।

মাননীয় সংসদ সদস্য/উপজেলা চেয়ারম্যান/মেয়র/উপজেলা

ভাইস-চেয়ারম্যান/ইউপি চেয়ারম্যান/ওয়ার্ড কাউন্সিলর/উপজেলা

সমাজকল্যাণ কমিটির সভাপতি/ সদস্য-সচিব, দোহার, ঢাকা (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)

স্বাক্ষর, তারিখ ও সীল

বিঃ দ্রঃ (০১) আবেদনপত্রের সাথে জাতীয় পরিচয় পত্র/জন্ম নিবন্ধন সনদের সত্যায়িত ফটোকপি সংযুক্ত করতে হবে;

(০২) চিকিৎসা সহায়তার আবেদনের ক্ষেত্রে ডাক্তারের ব্যবস্থাপত্রের সত্যায়িত কপি/ ঔষুধ ক্রয়ের মূল ভাউচার সংযুক্ত করতে হবে;

(০৩) আবেদন গ্রহণ/বাতিল করার ক্ষমতা সংশ্লিষ্ট উপজেলা কমিটি কর্তৃক সংরক্ষিত।