

ক্যান্সার, কিডনী এবং লিভার সিরোসিস রোগে আক্রান্ত রোগীর আর্থিক সহায়তা প্রাপ্তির জন্য

আবেদনের নির্দেশিকা

১. আক্রান্ত রোগীকে (ক্যান্সার, কিডনী এবং লিভার সিরোসিস) উপপরিচালক, সংশ্লিষ্ট জেলা সমাজসেবা কার্যালয়ে মোট ০২ (দুই) সেট আবেদনপত্র জমা করতে হবে (একটি মূল এবং অন্যটি ফটোকপি);
২. আবেদনপত্রের সাথে অবশ্যই রেজিস্টার্ড চিকিৎসক কর্তৃক প্রদত্ত প্রত্যয়নপত্রের মূলকপি সংযুক্ত করতে হবে;
৩. সংশ্লিষ্ট রোগের বিষয়ে বিশেষজ্ঞ ডাক্তারের ব্যবস্থাপত্র ও টেস্ট রিপোর্ট (১ম শ্রেণীর গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত) থাকতে হবে; (যেমন: ক্যান্সারের ক্ষেত্রে Biopsy বা অন্যান্য টেস্ট রিপোর্ট থাকতে হবে এবং কিডনী রোগের ক্ষেত্রে Acute Renal Failure অথবা Chronic Renal Failure এ আক্রান্ত ডায়ালাইসিস সেবা নিচ্ছে এমন রোগীদেরকে বিবেচনা করতে হবে। তবে যে সকল এলাকায় ডায়ালাইসিস সেবা নেয়ার সুযোগ নেই, সেখানে সংশ্লিষ্ট বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক কর্তৃক রোগের স্বপক্ষে প্রত্যয়ন গ্রহণ সাপেক্ষে আবেদন করা যাবে)।
৪. জাতীয় পরিচয় পত্র/জন্ম সনদ (১ম শ্রেণীর গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত) থাকতে হবে;
৫. ০২ (দুই) কপি ছবি (১ম শ্রেণীর গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত) যা দরখাস্তে গাম দিয়ে পেস্ট করা ছবির অতিরিক্ত।
৬. এ উদ্দেশ্যে সরকার কর্তৃক অন্য কোনো আর্থিক সুবিধা গ্রহণ করছে না মর্মে প্রার্থীকে প্রত্যয়ন দিতে হবে;
৭. রোগীর বয়স আবেদনের তারিখে ১৮ বছরের কম হলে পিতা/মাতা/বৈধ অভিভাবক আবেদন করতে পারবেন, সেক্ষেত্রে আবেদনকারীর ০২ (দুই) কপি ছবি (১ম শ্রেণীর গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত) সংযুক্ত করতে হবে।
৮. রোগীর বয়স আবেদনের তারিখে ১৮ বছরের কম হলে পিতা/মাতা/বৈধ অভিভাবক আবেদন করতে পারবেন, সেক্ষেত্রে আবেদনকারীর ০২ (দুই) কপি জাতীয় পরিচয় পত্রের ফটোকপি (১ম শ্রেণীর গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত) সংযুক্ত করতে হবে।
৯. সমাজসেবা অধিদফতরের ওয়েব সাইট (www.dss.gov.bd) থেকে আবেদন পত্র ডাউনলোড করে আবেদন করা যাবে।

বি. দ্র. এই পৃষ্ঠাটি আবেদনপত্রের সাথে সংযুক্ত করার প্রয়োজন নেই।

আবেদনের তারিখ:

বরাবর
মহাপরিচালক
সমাজসেবা অধিদপ্তর
সমাজসেবা ভবন
ই-৮/বি-১, আগারগাঁও,
শেরেবাংলা নগর, ঢাকা-১২০৭।

এখানে পাসপোর্ট সাইজের
ছবি আঠা দিয়ে লাগিয়ে তার
উপর ১ম শ্রেণির গেজেটেড
কর্মকর্তা কর্তৃক সত্যায়িত
করতে হবে।

মাধ্যম: উপপরিচালক, জেলা সমাজসেবা কার্যালয়,।

বিষয়: ক্যান্সার/কিডনী/লিভার সিরোসিস আক্রান্ত রোগীর আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন।

মহোদয়,

আমি/আমার পুত্র/কন্যা/পোষ্য/পিতা/মাতা একজন ক্যান্সার/কিডনী/লিভার সিরোসিস আক্রান্ত রোগী। আমি সমাজকল্যাণ মন্ত্রণালয়াদীন সমাজসেবা অধিদফতর কর্তৃক বাস্তবায়িত ক্যান্সার, কিডনী এবং লিভার সিরোসিস রোগে আক্রান্ত রোগীর আর্থিক সহায়তা প্রদান কর্মসূচি হতে আর্থিক সহায়তা পেতে ইচ্ছুক। নিম্নে যাবতীয় তথ্যাদি প্রদান করা হলো:

১. রোগীর নাম (বাংলায়):

(জাতীয় পরিচয় পত্র/জন্ম সনদ অনুসারে)

2. Patient's Name (In English Capital Letters):

(According to National ID card/ Birth Certificate)

Patient's National ID No:

[illegible]

৩. ☐ অথবা

Patient's Birth Registration No.

[illegible]

৪. রোগীর জন্ম তারিখ (খ্রিস্টাব্দ):

দিন		মাস		বছর			

৫. রোগীর বয়স (আবেদনের তারিখে):

বছর			মাস		দিন	

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

৭. রোগীর ধর্ম (টিক চিহ্ন দিন): (ক) মুসলমান (খ) হিন্দ (গ) বৌদ্ধ (ঘ) খ্রিস্টান (ঙ) অন্যান্য (উল্লেখ করুন).....

৮. রোগীর মাতার নাম (বাংলা):

৯. রোগীর মাতার নাম (ইংরেজী বড় হাতের অক্ষরে):

১০. রোগীর মাতার জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর:
১১. রোগীর জন্ম স্থান: উপজেলা জেলা:.....
১২. রোগীর পিতার নাম (বাংলা):
১৩. রোগীর পিতার নাম (ইংরেজী বড় হাতের অক্ষরে):
১৪. রোগীর পিতার জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর:
১৫. রোগীর বৈবাহিক অবস্থা (টিকচিহ্ন দিন): (ক) অবিবাহিত (খ) বিবাহিত (গ) বিধবা/বিপত্নীক (ঘ) স্বামী/স্ত্রী পৃথক (ঙ) তালাক প্রাপ্ত/বিবাহ বিচ্ছিন্ন।
১৬. রোগীর স্বামী/স্ত্রীর নাম (বাংলা):
১৭. রোগীর স্বামী/স্ত্রীর নাম (ইংরেজী বড় অক্ষরে):
১৮. রোগীর স্বামী/স্ত্রীর জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর:
১৯. রোগীর ব্যাংক একাউন্ট নম্বর, ব্যাংক ও শাখার নাম:.....
২০. রোগীর বর্তমান ঠিকানা:

২০.১ বাসা/হোল্ডিং নং	
২০.২ রাস্তার নাম নং	
২০.৩ ব্লক/সেক্টর/মৌজা/মহল্লা/এলাকার নাম	
২০.৪ গ্রাম	
২০.৫ ডাকঘর	
২০.৬ পোস্ট কোড	
২০.৭ ওয়ার্ড নম্বর	
২০.৮ ইউনিয়ন/ ক্যা: বো:	
২০.৯ উপজেলা	
২০.১০ থানা	
২০.১১ সিটি কর্পোরেশন/পৌরসভা	
২০.১২ জেলা	
২০.১৩ দেশ	বাংলাদেশ।
২০.১৪ ফোন নং	
২০.১৫ মোবাইল নং	
২০.১৬ ই-মেইল	

২১. রোগীর স্থায়ী ঠিকানা:

২১.১ বাসা/হোল্ডিং নং	
২১.২ রাস্তার নাম নং	
২১.৩ ব্লক/সেক্টর/মৌজা/মহল্লা/এলাকার নাম	
২১.৪ গ্রাম	
২১.৫ ডাকঘর	
২১.৬ পোস্ট কোড	
২১.৭ ওয়ার্ড নম্বর	
২১.৮ ইউনিয়ন/ ক্যা: বো:	
২১.৯ উপজেলা	
২১.১০ থানা	
২১.১১ সিটি কর্পোরেশন/পৌরসভা	
২১.১২ জেলা	
২১.১৩ দেশ	বাংলাদেশ।

২২. রোগীর পেশা:

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

.....

আবেদনকারীর স্বাক্ষর

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

আবেদনকারীর নাম:

রোগীর সাথে সম্পর্ক:

আবেদনকারীর মাতার নাম:

আবেদনকারীর পিতার নাম:

আবেদনকারীর জাতীয় পরিচয় পত্র নং

আবেদনকারীর মোবাইল নং.....

সংযুক্তি:

১. বিশেষজ্ঞ ডাক্তার কর্তৃক প্রদত্ত ক্যান্সার/কিডনী/লিভার রোগের প্রত্যয়ন পত্রের মূলকপি (নির্দিষ্ট ছকে)।
২. রোগের ব্যবস্থাপত্র সংক্রান্ত প্রয়োজনীয় কাগজপত্রের (১ম শ্রেণীর গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত) ফটোকপি।
৩. জাতীয় পরিচয় পত্র/জন্ম সনদের (১ম শ্রেণীর গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত) ফটোকপি।
৪. ০২ (দুই) কপি ছবি (১ম শ্রেণীর গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত) যা দরখাস্তে গাম দিয়ে পেস্ট করা ছবির অতিরিক্ত।
৫. রোগী কর্তৃক প্রত্যয়নপত্র (দুই) কপি।
৬. *রোগীর বয়স আবেদনের তারিখে ১৮ বছরের কম হলে পিতা/মাতা/বৈধ অভিভাবক আবেদন করতে পারবেন, সেক্ষেত্রে আবেদনকারীর ০২ (দুই) কপি ছবি (১ম শ্রেণীর গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত)।
৭. *রোগীর বয়স আবেদনের তারিখে ১৮ বছরের কম হলে পিতা/মাতা/বৈধ অভিভাবক আবেদন করতে পারবেন, সেক্ষেত্রে আবেদনকারীর ০২ (দুই) কপি জাতীয় পরিচয় পত্রের ফটোকপি (১ম শ্রেণীর গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত)।

(সংশ্লিষ্ট বিশেষজ্ঞ ডাক্তার কর্তৃক ক্যান্সার/কিডনী/লিভার সিরোসিস রোগের প্রত্যয়নপত্র)

এই মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম

পিতা/স্বামী:

মাতা:

ঠিকানা:

.....

.....

তিনি একজন(ক্যান্সার/কিডনী/লিভার সিরোসিস) রোগে আক্রান্ত রোগী।

.....
(স্বাক্ষর, তারিখ ও সীল)

ডাক্তারের রেজিস্ট্রেশন নং:

ফোন:

মোবাইল:

যিনি প্রত্যয়ন করতে পারবেন:

১. ক্যান্সার, কিডনী এবং লিভার সিরোসিস আক্রান্ত রোগীকে অবশ্যই রেজিস্টার্ড চিকিৎসক কর্তৃক প্রত্যাখ্যত হতে হবে;
২. সংশ্লিষ্ট রোগের বিষয়ে বিশেষজ্ঞ ডাক্তারের ব্যবস্থাপত্র ও টেস্ট রিপোর্ট থাকতে হবে; (যেমন-ক্যান্সারের ক্ষেত্রে Biopsy বা অন্যান্য টেস্ট রিপোর্ট থাকতে হবে এবং কিডনী রোগের ক্ষেত্রে Acute Renal Failure অথবা Chronic Renal Failure এ আক্রান্ত ডায়ালাইসিস সেবা নিচ্ছে এমন রোগীদেরকে বিবেচনা করতে হবে। তবে যে সকল এলাকায় ডায়ালাইসিস সেবা নেয়ার সুযোগ নেই, সেখানে সংশ্লিষ্ট বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক কর্তৃক রোগের স্বপক্ষে প্রত্যয়ন গ্রহণ করতে হবে।

প্রত্যয়নপত্র

আমি/আমার পুত্র/কন্যা/পোষ্য,

পিতা/স্বামী-....., মাতা-.....

গ্রাম-, ডাকঘর-.....

থানা/উপজেলা-, জেলা..... এই মর্মে প্রত্যয়ন করছি যে,
ক্যান্সার/কিডনী/লিভার সিরোসিস রোগের চিকিৎসা খরচ বাবদ সরকার হতে কোন আর্থিক সহায়তা গ্রহণ করছি
না/করি নাই।

.....

আবেদনকারীর স্বাক্ষর

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

আবেদনকারীর নাম:

রোগীর সাথে সম্পর্ক:

আবেদনকারীর মাতার নাম:

আবেদনকারীর পিতার নাম:

আবেদনকারীর জাতীয় পরিচয় পত্র নং

আবেদনকারীর মোবাইল নং.....