

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
মুক্তিযুদ্ধ বিষয়ক মন্ত্রণালয়
সরকারি পরিবহন পুল ভবন
সচিবালয় সংযোগ সড়ক, ঢাকা
www.molwa.gov.bd

চিকিৎসা সেবা দান ক্ষিমের আওতায় মুক্তিযোদ্ধাদের ভারতে চিকিৎসা সেবাদানের আবেদন ফরম

অফিসে ব্যবহারের জন্য
কোড নম্বরঃ
প্রাপ্ত নম্বরঃ
যাচাই বাছাই কমিটির সভাপতির মন্তব্য ও স্বাক্ষরঃ
চূড়ান্ত ফলাফলঃ

(আবেদনকারীকে অবশ্যই নিজ হাতে/কম্পিউটারে আবেদন ফরম পূরণ করতে হবে)

০১ কপি পাসপোর্ট
সাইজের রঙিন
সত্যায়িত ছবি
(সাম্প্রতিক সময়ের)

আবেদনকারীঃ

উপজেলার নামঃ-----
জেলার নামঃ -----
বিভাগের নামঃ -----
জরুরি যোগাযোগের জন্য ফোনঃ
মোবাইলঃ

১। আবেদন কারীর নাম (বাংলা):-----

(সাময়িক সনদ অনুযায়ী):-----

(ইংরেজী ক্যাপিটাল লেটার):-----

২। জন্ম তারিখঃ-----

৩। পিতার নামঃ-----

৪। মাতার নামঃ-----

৫। আবেদনকারীর মুক্তিযোদ্ধার নাম ও তথ্যঃ -----

মুক্তিযোদ্ধার প্রমাণকসমূহ	নাম	ক্রমিক নম্বর	তারিখ
ভারতীয় তালিকা			
লাল মুক্তিবর্তা			
গেজেট			
বামুস সনদ			
সাময়িক সনদ			

৬। বর্তমান ঠিকানাঃ-----

৭। স্থায়ী ঠিকানাঃ-----

৮। রোগের বিবরণঃ(কেসহিস্ট্রি/প্রমাণকসহ)

৯। কোন হাসপাতালে চিকিৎসাধীন কিনা?

১০। মুক্তিযোদ্ধা কল্যাণ ট্রাস্ট থেকে কোন চিকিৎসা ভাতা গ্রহণ করেন কিনা? (টিক দিন)

হ্যাঁ	না
-------	----

১১। আবেদনকারীর পরিবারের আয় সম্পর্কিত বিবরণঃ

(ক) উপার্জনকারী/নির্ভরশীল ব্যক্তির সাথে সম্পর্ক

(খ) আবেদনকারী সরকারি/বেসরকারি/স্বায়ত্বশাসিত প্রতিষ্ঠানে কর্মরত আছেন কিনা?

থাকলে পদের নামঃ

(গ) মাসিক বেতন

(ঘ) পেনশনের পরিমাণ

১২। TIN নম্বর (যদি থাকে)

১৩। (ক) ব্যবসাঃ

ব্যবসা প্রতিষ্ঠানের নাম ও ঠিকানা	
ব্যবসায়ের ধরণ/বিস্তারিত বিবরণ	
বাৎসরিক আয়	

(খ) কৃষিঃ

কৃষি জমির পরিমাণ-----একর	বাৎসরিক আয়ঃ
--------------------------	--------------

(গ) মৎস্যঃ

মৎস্য খামারের পরিমাণ ----- সংখ্যা-----	বাৎসরিক আয়ঃ
--	--------------

(ঘ) গবাদি পশু পালনঃ

গবাদি পশুর বিবরণঃ	সংখ্যাঃ		বাৎসরিক আয়ঃ
-------------------	---------	--	--------------

(ঙ) পেনশন/অন্যান্য ভাতাঃ

মুক্তিযোদ্ধা ভাতা	বাৎসরিক আয়ঃ
চাকুরী/পদের নাম	বাৎসরিক আয়ঃ

(চ) বিদেশ বা অন্যান্য উৎস হতেঃ

পরিবারের বিদেশে অবস্থানকারী সদস্যের কাজের বিবরণঃ	দেশের নামঃ	বাৎসরিক আয়ঃ
অন্যান্য উৎসের বিবরণঃ		বাৎসরিক আয়ঃ

(ছ) পরিবারের মোট বাৎসরিক আয়ঃ-----

১৪। মুক্তিযোদ্ধার আবাসন সম্পর্কিত তথ্যঃ

গ্রাম/শহর/স্থান	
বাড়ি নিজস্ব/ভাড়া/সরকারি	
কাঁচা/পাকা/আধা পাকা/ফ্ল্যাট	
ফ্ল্যাট বাড়ির মোট জায়গার পরিমাণ	
উপজেলা/থানাঃ	জেলাঃ

১৫। পরিবারের মোট সদস্য সংখ্যাঃ-----

১৬। অন্য কোন সংস্থা হতে ভাতা প্রাপ্ত হলে সংশ্লিষ্ট প্রতিষ্ঠানের নামঃ

প্রতিজ্ঞা পূর্বক বলছি যে, উপরোক্ত বিবরণাদি আমার জ্ঞান ও বিশ্বাস মতে সত্য, সঠিক ও সম্পূর্ণ এবং কোনও বিষয় অসত্য প্রমাণিত হলে চিকিৎসা সেবার টাকা ফেরৎ দিতে বাধ্য থাকব।

আবেদনকারীর স্বাক্ষরঃ

তারিখঃ

আবেদন পত্রের সঙ্গে নিম্নলিখিত সংযোজনী সমূহ দাখিল করতে হবেঃ

১। মুক্তিযোদ্ধার প্রমাণকসমূহের সত্যায়িত কপি।

২। মুক্তিযোদ্ধার জন্ম সনদ/জাতীয় পরিচয় পত্রের সত্যায়িত কপি।

বিশেষ দ্রষ্টব্যঃ

- বিশেষ তথ্যের জন্য আলাদা কাগজ সংযুক্ত করতে হবে।
- অসম্পূর্ণ আবেদনপত্র বাতিল বলে গণ্য হবে।
- ভারতে চিকিৎসায় আগ্রহী প্রার্থী বাছাইয়ের বিষয়ে কর্তৃপক্ষের সিদ্ধান্তই চূড়ান্ত বলে বিবেচিত হবে।
- প্রদত্ত তথ্য মিথ্যা/সাজানো/ভুল প্রমাণিত হলে আবেদনপত্র সরাসরি বাতিল বলে গণ্য হবে।
- ফরমের অনুচ্ছেদসমূহ ১ থেকে ১৬ পর্যন্ত সকল অনুচ্ছেদ উপ-অনুচ্ছেদ পূরণ করতে হবে।
- যে অনুচ্ছেদ/উপ-অনুচ্ছেদ সংশ্লিষ্ট আবেদনকারীর জন্য প্রযোজ্য হবেনা; সে ক্ষেত্রে “প্রযোজ্য নয়” অথবা “নেই” কথাটি লিখতে হবে।