

তারিখ:

বরাবর

উপজেলা সমাজসেবা অফিসার

ফুলতলা, খুলনা

বিষয়: উপজেলা সমাজকল্যাণ কমিটির অনুদানের অর্থ থেকে প্রতিবন্ধী শিক্ষার্থী/দরিদ্র মেধাবী শিক্ষার্থীর আর্থিক সাহায্যের আবেদন।

মহোদয়,

আমি নিম্নস্বাক্ষরকারী উপজেলা সমাজকল্যাণ কমিটির প্রতিবন্ধী শিক্ষার্থী/দরিদ্র মেধাবী শিক্ষার্থীর জন্য আর্থিক সহায়তা কর্মসূচির আওতায় অর্থ সহায়তার জন্য নিম্নোক্ত ছক মোতাবেক তথ্যাদি পূরণপূর্বক আবেদন করছি।

ক্র. নং	আবেদনকারীর তথ্যাদি									
১	নাম									
২	পিতার নাম									
৩	মাতার নাম									
৪	ঠিকানা	গ্রাম		ইউনিয়ন		উপজেলা	ফুলতলা	জেলা	খুলনা	
৫	অধ্যয়নরত প্রতিষ্ঠানের নাম			শ্রেণি		রোল নং		গ্রুপ/বিভাগ		
৬	যে ক্যাটাগরিতে সহায়তা চাওয়া হচ্ছে	প্রতিবন্ধী শিক্ষার্থী			দরিদ্র মেধাবী শিক্ষার্থী					
৭	মোবাইল নম্বর									
৮	জন্মনিবন্ধন/এনআইডি নম্বর									
৯	নিয়মিত অন্য কোনো সরকারী/বেসরকারী আর্থিক সহায়তা গ্রহণ করছেন কিনা?					হ্যাঁ		না		
১০	অন্যান্য (যদি থাকে)									

সংযুক্তি:

- ১। সদ্য তোলা পাসপোর্ট সাইজের রঙিন ছবি – ০১ (এক) কপি।
- ২। শিক্ষার্থীর আইডি কার্ডের অনুলিপি – ০১ (এক) কপি।
- ৩। জন্ম নিবন্ধন সনদ/এনআইডি কার্ডের অনুলিপি – ০১ (এক) কপি।
- ৪। সুবর্ণ নাগরিক কার্ডের অনুলিপি (প্রতিবন্ধী শিক্ষার্থীর ক্ষেত্রে) – ০১ (এক) কপি।

বর্ণিত তথ্যাদির আলোকে আমাকে অর্থ সহায়তা প্রদানের জন্য সর্বনিম্ন অনুরোধ করছি।

আবেদনকারীর স্বাক্ষর

আবেদনকারী আমার প্রতিষ্ঠানে অধ্যয়নরত প্রতিবন্ধী শিক্ষার্থী/দরিদ্র শিক্ষার্থী/মেধাবী শিক্ষার্থী। তাঁকে আর্থিক সহায়তা প্রদানের সুপারিশ করছি।

শিক্ষা প্রতিষ্ঠান প্রধানের সীলসহ স্বাক্ষর ও তারিখ