

তারিখ:

বরাবর

উপজেলা সমাজসেবা অফিসার

ফুলতলা, খুলনা

বিষয়: উপজেলা সমাজকল্যাণ কমিটির অর্থ থেকে দুঃস্থ/অসহায়/প্রতিবন্ধী/দরিদ্র রোগীদের আর্থিক সাহায্যের আবেদন।

মহোদয়,

আমি নিম্নস্বাক্ষরকারী উপজেলা কমিটির দুঃস্থ/অসহায়/প্রতিবন্ধী/দরিদ্র রোগীদের আর্থিক 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	যে ক্যাটাগরিতে সহায়তা চাওয়া হচ্ছে	দুঃস্থ/অসহায়		প্রতিবন্ধী		দরিদ্র রোগী			
৬	মোবাইল নম্বর								
৭	জন্মনিবন্ধন/এনআইডি নম্বর								
৮	নিয়মিত অন্য কোনো সরকারী/বেসরকারী আর্থিক সহায়তা গ্রহণ করছেন কিনা?					হ্যাঁ		না	

সংযুক্তি:

১। সদ্য তোলা পাসপোর্ট সাইজের রঙিন ছবি – ০১ (এক) কপি।

২। জন্ম নিবন্ধন সনদ/এনআইডি কার্ডের অনুলিপি – ০১ (এক) কপি।

৩। সুবর্ণ নাগরিক কার্ডের অনুলিপি (প্রতিবন্ধী ব্যক্তির ক্ষেত্রে) – ০১ (এক) কপি।

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

আবেদনকারীর স্বাক্ষর

আবেদনকারী আমার ওয়ার্ড/ইউনিয়নের একজন দরিদ্র রোগী/দুঃস্থ/অসহায়/প্রতিবন্ধী ব্যক্তি। তাঁকে আর্থিক সহায়তা প্রদানের সুপারিশ করছি।

ইউপি সদস্য/চেয়ারম্যানের সীলসহ স্বাক্ষর ও
তারিখ