

আবেদন ফরম

৯. পিতার নাম (বাংলা) :

১০. রোগীর বৈবাহিক অবস্থা (টিক চিহ্ন দিন): (ক) অবিবাহিত (খ) বিবাহিত (গ) বিধবা/বিপল্লীক (ঘ) স্বামী/স্ত্রী পৃথক
(ঙ) তালাক প্রাপ্ত/ বিবাহ বিচ্ছিন্ন।

১১. রোগীর বর্তমান ঠিকানা :

গ্রাম/ এলাকার নাম ও বাড়ি নম্বর..... ডাকঘর.....

উপজেলা/ থানা.....জেলা.....

১২. রোগীর স্থায়ী ঠিকানা :

গ্রাম/ এলাকার নাম ও বাড়ি নম্বর..... ডাকঘর.....

উপজেলা/ থানা.....জেলা.....

১৩. রোগীর/ অভিভাবকের পেশা :

১৪. রোগীর/অভিভাবক/ আইনানুগ অভিভাবকের বাৎসরিক আয় ও ব্যয়:

১৫. রোগীর/অভিভাবক/ আইনানুগ অভিভাবকের (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে) ব্যাংক সংক্রান্ত তথ্য (অবশ্যই ইংরেজীতে)

ব্যাংক হিসাব শিরোনাম	:	
একাউন্ট নম্বর	:	
রাউটিং নম্বর	:	
ব্যাংক ও ব্যাংক শাখার নাম	:	
মোবাইল নম্বর	:	

১৬. নমিনী সংক্রান্ত:

নাম	:	
পিতার নাম	:	
মাতার নাম	:	
জাতীয় পরিচয় পত্র নম্বর	:	
রোগীর সাথে সম্পর্ক	:	
মোবাইল নম্বর	:	

১৭. এ কার্যক্রমের আওতায় ইতঃপূর্বে আর্থিক সহায়তা গ্রহণ করছে কিনা? উত্তর হ্যাঁ হলে অর্থ বছর লিখুন।

.....

.....

রোগী/ রোগীর পক্ষে আবেদনকারীর স্বাক্ষর

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

আবেদনকারীর নাম :

রোগীর সাথে সম্পর্ক :

আবেদনকারীর পিতার নাম :

আবেদনকারীর জাতীয় পরিচয় পত্র নং :

আবেদনকারীর মোবাইল নং :

১৮. বিশেষজ্ঞ ডাক্তারের প্রত্যয়ন পত্র:

এই মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম :

পিতা/স্বামী :

মাতা :

ঠিকানা :

তিনি একজন ক্যান্সার/কিডনী/ লিভারসিরোসিস/ প্যারালাইসিস/ হৃদরোগ/ লিউকেমিয়া/ থ্যালাসেমিয়া রোগে আক্রান্ত রোগী। তিনি চিকিৎসার জন্য সরকারি সহায়তা প্রাপ্তির যোগ্য।

(স্বাক্ষর, তারিখ ও সীল)

ডাক্তারের রেজিস্ট্রেশন নং.....

ফোন :

মোবাইল :

সংযুক্তি:

১. রোগী এবং প্রযোজ্য ক্ষেত্রে রোগীর পক্ষে আবেদনকারী বা অভিভাবক বা আইনানুগ অভিভাবকের জাতীয় পরিচয়পত্রের ফটোকপি;

২. জন্ম নিবন্ধন সনদ (১৮ বছরের কম বয়সী অপ্ৰাপ্তবয়স্ক রোগীর ক্ষেত্রে) এর ফটোকপি;

৩. রোগী এবং প্রযোজ্য ক্ষেত্রে রোগীর পক্ষে আবেদনকারী বা অভিভাবক বা আইনানুগ অভিভাবকের এক কপি পাসপোর্ট সাইজের ছবি;

৪. ব্যাংক প্রদত্ত চেক বইয়ের কভার পাতার ফটোকপি;

৫. চিকিৎসকের সর্বশেষ ব্যবস্থাপত্র (prescription) এর ফটোকপি;

৬. রোগ শনাক্তকরণ সংশ্লিষ্ট নিম্নবর্ণিত রিপোর্টের ফটোকপি (যেটি প্রযোজ্য) সংযুক্ত করতে হবে:

ক) ক্যান্সার রোগের ক্ষেত্রে টিস্যু ডায়াগনস্টিক রিপোর্ট/ Histopathology /Cytopathology/Bone Marrow Report/বায়োপসি রিপোর্ট বা অন্যান্য টেস্ট রিপোর্ট জমা দিতে হবে।

খ) কিডনি রোগের ক্ষেত্রে রক্তের ইউরিয়া ও ক্রিয়েটিনিনের মাত্রা নির্ণয় সংক্রান্ত রিপোর্টসহ ডায়ালিসিস বা প্রতিস্থাপন সংক্রান্ত রিপোর্ট প্রদান করতে হবে। নিয়মিত ডায়ালিসিস গ্রহণের প্রমাণক হিসেবে সংশ্লিষ্ট হাসপাতাল/সেবা কেন্দ্রের চিকিৎসক কর্তৃক প্রদত্ত সার্টিফিকেট সংযুক্ত করতে হবে।

গ) লিভার সিরোসিস রোগের ক্ষেত্রে লিভারের আল্ট্রাসোনোগ্রাফ ও ফাইব্রোস্ক্যান রিপোর্টসহ অন্যান্য টেস্ট রিপোর্ট প্রদান করতে হবে।

ঘ) প্যারালাইসিস আক্রান্ত রোগীর ক্ষেত্রে MRI/CT Scan Report/ রোগীর প্রমাণযোগ্য ছবি প্রদান করতে হবে।

ঙ) হৃদরোগের ক্ষেত্রে Angiogram/Echo Cardiogram রিপোর্টসহ অন্যান্য টেস্ট রিপোর্ট প্রদান করতে হবে।

চ) থ্যালাসেমিয়া/লিউকেমিয়া রোগের ক্ষেত্রে রক্তের হিমোগ্লোবিন ইলেকট্রোফোরেসিস (Hemoglobin Electrophoresis) বা অন্যান্য প্রযোজ্য পরীক্ষার রিপোর্ট প্রদান করতে হবে।