

পরিশিষ্ট-১

এখানে রোগীর
পাসপোর্ট সাইজের
এক কপি ছবি আঠা
দিয়ে যুক্ত করতে
হবে

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
ক্যান্সার, কিডনি রোগ, লিভারসিরোসিস, প্যারালাইসিস, হৃদরোগ, লিউকেমিয়া, এবং থ্যালাসেমিয়া
আক্রান্ত ব্যক্তিদের আর্থিক সহায়তা কার্যক্রম
সমাজসেবা অধিদপ্তর, সমাজকল্যাণ মন্ত্রণালয়
<https://mswservices.gov.bd>

আবেদনের তারিখ:

বরাবর

উপজেলা সমাজসেবা অফিসার,

উপজেলা সমাজসেবা কার্যালয়, কসবা, ব্রাহ্মণবাড়িয়া।

বিষয়: আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন।

মহোদয়,

আমি/আমার ক্যান্সার/ কিডনি রোগ/ লিভারসিরোসিস/ প্যারালাইসিস/ হৃদরোগ/
লিউকেমিয়া/ থ্যালাসেমিয়া..... রোগে আক্রান্ত। এ রোগের চিকিৎসা অত্যন্ত ব্যয়বহুল, যা
আমার পক্ষে নির্বাহ করা সম্ভব নয়।

এ অবস্থায়, আমি সমাজকল্যাণ মন্ত্রণালয়ধীন সমাজসেবা অধিদপ্তর কর্তৃক বাস্তবায়িত ক্যান্সার, কিডনি রোগ, লিভার সিরোসিস,
প্যারালাইসিস, হৃদরোগ, লিউকেমিয়া এবং থ্যালাসেমিয়া আক্রান্ত ব্যক্তিদের আর্থিক সহায়তা কার্যক্রমের আওতায় আর্থিক সহায়তা
পেতে ইচ্ছুক। নিম্নে এ সংক্রান্ত যাবতীয় তথ্যাদি প্রদান করা হলো।

১। রোগীর নাম (বাংলায়):

.....

(জাতীয় পরিচয়পত্র/জন্ম নিবন্ধন সনদ অনুসারে)

২। রোগীর নাম (ইংরেজিতে বড় অক্ষরে):

.....

(জাতীয় পরিচয়পত্র/জন্ম নিবন্ধন সনদ অনুসারে)

৩। রোগীর জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর/জন্ম নিবন্ধন নম্বর (১৮ বছরের কম বয়সী রোগীর ক্ষেত্রে প্রযোজ্য):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

৪। প্রতিবন্ধিতা নিবন্ধন নম্বর (প্রতিবন্ধী রোগীর ক্ষেত্রে):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

৫। রোগীর জন্ম তারিখ:

দিন	মাস	বছর

৬। রোগীর বয়স (আবেদনের তারিখে):

৭। লিঙ্গ: (টিক চিহ্ন দিন): (ক) নারী (খ) পুরুষ (গ) হিজড়া

৮। মাতার নাম (বাংলা):

৯। পিতার নাম (বাংলা):

১০। রোগীর বৈবাহিক অবস্থা: (টিক চিহ্ন দিন): (ক) অবিবাহিত (খ) বিবাহিত (গ) বিধবা/বিপ্লবীক (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। রোগী/অভিভাবক/আইনানুগ অভিভাবকের বাৎসরিক আয় ও ব্যয়:

১৫। রোগী/অভিভাবক/আইনানুগ অভিভাবকের (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে) ব্যাংক সংক্রান্ত তথ্য (অবশ্যই ইংরেজিতে):

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

১৬। নমিনি সংক্রান্ত তথ্য:

নাম	:	
মাতার নাম	:	
পিতার নাম	:	
জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর	:	
রোগীর সাথে সম্পর্ক	:	
মোবাইল নম্বর	:	

১৭। এ কার্যক্রমের আওতায় ইতঃপূর্বে আর্থিক সহায়তা গ্রহণ করেছেন কি না? উত্তর হ্যাঁ হলে অর্থবছর লিখুন:.....।

আমি নিশ্চিত করছি যে, উপরে প্রদত্ত তথ্য সঠিক।

.....

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 জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর:।

আবেদনকারীর মোবাইল নম্বর:।

১৮। বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকের প্রত্যয়ন পত্র

এই মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম:.....

পিতা/স্বামী: মাতা:.....

ঠিকানা:.....

.....।

তিনি একজন (ক্যান্সার / কিডনি রোগ / লিভারসিরোসিস / প্যারালাইসিস / হৃদরোগ / লিউকেমিয়া / থ্যালাসেমিয়া)

..... রোগে আক্রান্ত রোগী। তিনি চিকিৎসার জন্য

সরকারি সহায়তা প্রাপ্তির যোগ্য।

(চিকিৎসকের স্বাক্ষর, তারিখ ও সীল)

চিকিৎসকের রেজিস্ট্রেশন নম্বর:

ফোন নম্বর: মোবাইল নম্বর:

সংযুক্তি: (আবেদনের সাথে যেসকল দলিলাদি/প্রমাণক/রিপোর্ট দাখিল করতে হবে)

১. রোগীর এবং প্রযোজ্যক্ষেত্রে রোগীর পক্ষে আবেদনকারী বা অভিভাবক/আইনানুগ অভিভাবকের জাতীয় পরিচয়পত্রের সত্যায়িত ফটোকপি;

২. জন্ম নিবন্ধন সনদের (১৮ বছরের কম বয়সী অপ্রাপ্তবয়স্ক রোগীর ক্ষেত্রে প্রযোজ্য) সত্যায়িত ফটোকপি;

৩. রোগীর এবং প্রযোজ্যক্ষেত্রে রোগীর পক্ষে আবেদনকারী বা অভিভাবক/আইনানুগ অভিভাবকের পাসপোর্ট সাইজের সত্যায়িত ০১ (এক) কপি রশ্মি 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 ডায়ালাইসিস বা প্রতিস্থাপন সংক্রান্ত রিপোর্ট প্রদান করতে হবে; নিয়মিত ডায়ালাইসিস গ্রহণের প্রমাণক হিসেবে সংশ্লিষ্ট হাসপাতাল/সেবা কেন্দ্রের চিকিৎসক কর্তৃক প্রদত্ত সার্টিফিকেট সংযুক্ত করতে হবে;

গ) লিভার সিরোসিস রোগের ক্ষেত্রে লিভারের আল্ট্রাসোনোগ্রাম 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 Report/ অন্যান্য টেস্ট রিপোর্ট প্রদান করতে হবে;

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

সাধারণ বিধি (আবেদনের ক্ষেত্রে অনুসরণীয় পরামর্শ)

১। নির্ধারিত ফরমে সকল তথ্যাদি পূরণপূর্বক (ব্যাংক হিসেবের স্টেটমেন্ট সহ তথ্যাদি) সংশ্লিষ্ট বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকের প্রত্যয়ন/ স্বাক্ষর গ্রহণ সাপেক্ষে সকল প্রকার টেস্ট রিপোর্টের সত্যায়িত কপি ও চাহিত প্রমাণক সহ www.mswwservices.gov.bd এই সাইটে রেজিস্ট্রেশন করে নিজস্ব আইডি দ্বারা অনলাইনে আবেদন দাখিলপূর্বক, হাতে লিখিত ফরম ও অনলাইন হতে প্রাপ্ত ফরমের উভয় ০২ সেট/কপি উপজেলা সমাজসেবা অফিসে দাখিল করা আবশ্যিক;

২। আর্থিক সুবিধা গ্রহণের জন্য সোনালি ব্যাংক পিএলসি এ রোগীর নিজের নামে অথবা প্রযোজ্য ক্ষেত্রে ১৮ বছরের কম বয়সী রোগীর ক্ষেত্রে পিতা/মাতা/অভিভাবক/আইনানুগ অভিভাবকের নামে খোলা ব্যাংক হিসেবের তথ্যাদি আবশ্যিক;

৩। আইনানুগ বা বৈধ অভিভাবক অর্থ "The Guardian and Wards Act ১৮৯০ (Act No. VIII of ১৮৯০) এর Section ৭ এর অধীনে শিশুর কল্যাণার্থে, আদালত কর্তৃক নিয়োগপ্রাপ্ত বা ঘোষিত কোনো অভিভাবক;

৪। কর্মসূচি বাস্তবায়ন নীতিমালার অনুচ্ছেদ ৫ এ বর্ণিত 'আওতাভুক্ত রোগের' ক্ষেত্রেই কেবল আর্থিক সহায়তার আবেদন করা যাবে; রোগের সপক্ষে বিধি মোতাবেক উল্লিখিত সকল টেস্ট রিপোর্ট ও প্রমাণক যুক্ত করা আবশ্যিক;

৫। নমিনির ক্ষেত্রে বা অভিভাবকত্বের সপক্ষে উপর্যুক্ত প্রমাণক দাখিল করা আবশ্যিক।