গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
জেলা সমাজসেবা কার্যালয়, বরিশাল।
ডকেট নং ২৮৬৫ তাং ২৮.১২.২৩
উপ-পরিচালক
সহঃ পরিচালক-১
সহঃ পরিচালক-২
সমাজসেবা (রেজিঃ)
প্রঃ কর্মকর্তা
শাখা

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
সমাজকল্যাণ মন্ত্রণালয়
নিউরো-ডেভেলপমেন্টাল প্রতিবন্ধী সুরক্ষা ট্রাস্ট
সুবর্ণ ভবন (৯ম ও ১০ম তলা)
এ/৪, সেকশন-১৪, মিরপুর, ঢাকা-১২০৬
www.nddptrust.gov.bd

স্মারক নং- ৪১.০৫.০০০০.০০০.০৪.০৪৫.২৩-৮৬০

তারিখ: ১১ পৌষ ১৪৩০ / ২৬ ডিসেম্বর ২০২৩

বিষয়: **নিউরো-ডেভেলপমেন্টাল প্রতিবন্ধী সুরক্ষা ট্রাস্ট কর্তৃক ২০২৩-২৪ অর্থবছরে অসচ্ছল নিউরো-ডেভেলপমেন্টাল প্রতিবন্ধী (এনডিডি) শিশু ও ব্যক্তিদের এককালীন আর্থিক চিকিৎসা অনুদান প্রদান।**

উপর্যুক্ত বিষয়ের পরিপ্রেক্ষিতে জানানো যাচ্ছে যে, ২০২৩-২৪ অর্থবছরে অসচ্ছল নিউরো-ডেভেলপমেন্টাল প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের চিকিৎসা সহায়তা হিসেবে এককালীন আর্থিক অনুদান মোবাইল ফিন্যান্সিয়াল সার্ভিস প্রতিষ্ঠান **'নগদ'**-এর মাধ্যমে প্রদান করা হবে। এ লক্ষ্যে এনডিডি বিষয়ক জেলা কমিটির মাধ্যমে এনডিডি বৈশিষ্ট্যসম্পন্ন শিশু/ব্যক্তি বা তাদের পক্ষে মাতা-পিতা/অভিভাবকদের নিকট হতে নির্ধারিত ফরমে প্রাপ্ত আবেদনসমূহ 'এককালীন চিকিৎসা অনুদান সংক্রান্ত নির্দেশিকা' এবং এতদসঙ্গে যুক্ত সংখ্যাত্মক বিবরণী অনুযায়ী যাচাই-বাছাইপূর্বক সুপারিশসহ অনুদান পাওয়ার উপযুক্ত শিশু ও ব্যক্তিদের তালিকা প্রয়োজন।

২। জেলা কমিটি কর্তৃক নির্বাচিত এবং সুপারিশকৃত এনডিডি শিশু ও ব্যক্তিদের তালিকা নিম্নোক্ত ছক অনুযায়ী প্রস্তুতপূর্বক (প্রয়োজনীয় কাগজপত্রসহ সুপারিশকৃত আবেদনপত্রসমূহ) আগামী ০৮ মার্চ ২০২৪ তারিখের মধ্যে নিম্নস্বাক্ষরকারী বরাবর আবেদনপত্রসমূহের হার্ডকপি এবং তালিকা (সফটকপি) ই-মেইল: nddptrust@gmail.com-এ প্রেরণ করার জন্য অনুরোধ করা হলো। উল্লেখ্য যে, জেলার নাম ব্যবহার করে নির্বাচিত ফরমে কোড/সিরিয়াল নম্বর লিখতে হবে।

ক্রমিক নং	ফরম নং	প্রতিবন্ধী ব্যক্তির নাম	বয়স প্রতিবন্ধিতার ধরণ এবং পরিচয়পত্র নং	মাতা-পিতা/বৈধ অভিভাবকের নাম	ঠিকানা	মোবাইল নম্বর (নগদ)	গত অর্থবছরে এ অনুদান পেয়েছে কি না (হ্যা/না)
১	২	৩	৪	৫	৬	৭	৮

সংযুক্ত: ক) নমুনা আবেদন ফরম ১ (এক) পাতা
খ) বিজ্ঞপ্তির নমুনা কপি ১ (এক) পাতা (স্থানীয়ভাবে প্রচারের জন্য)
গ) জেলা ওয়ারি আবেদন গ্রহণের নির্ধারিত সংখ্যার অনুমোদিত তালিকা ১ (এক) পাতা

২৬/১২/২৩

মো. শাহ আলম
ব্যবস্থাপনা পরিচালক (যুগ্মসচিব)
নিউরো-ডেভেলপমেন্টাল প্রতিবন্ধী সুরক্ষা ট্রাস্ট
ফোন: ০২-৪১০০১৬৩০
ই-মেইল: nddptrust@gmail.com

জেলা প্রশাসক
....

অনুলিপি: সদয় জ্ঞাতার্থে (জেষ্ঠ্যতার ক্রমানুসারে নয়)

১. সচিব, সমাজকল্যাণ মন্ত্রণালয়, বাংলাদেশ সচিবালয়, ঢাকা;
২. মহাপরিচালক, সমাজসেবা অধিদফতর, আগারগাঁও, ঢাকা (উপপরিচালক, জেলা সমাজসেবা কার্যালয় ও সদস্য সচিব জেলা কমিটিকে নির্দেশনা প্রদানের অনুরোধ সহ);
৩. ব্যবস্থাপনা পরিচালক, জাতীয় প্রতিবন্ধী উন্নয়ন ফাউন্ডেশন, মিরপুর ঢাকা (সংশ্লিষ্ট উপপরিচালক-কে সহায়তা করার জন্য প্রতিবন্ধী সেবা ও সাহায্য কেন্দ্র কে নির্দেশনা প্রদানের অনুরোধসহ);

৪. মাননীয় মন্ত্রীর একান্ত সচিব, সমাজকল্যাণ মন্ত্রণালয়, বাংলাদেশ সচিবালয়, ঢাকা;
৫. মাননীয় প্রতিমন্ত্রীর একান্ত সচিব, সমাজকল্যাণ মন্ত্রণালয়, বাংলাদেশ সচিবালয়, ঢাকা;
৬. সচিব মহোদয়ের একান্ত সচিব, সমাজকল্যাণ মন্ত্রণালয়, বাংলাদেশ সচিবালয়, ঢাকা;
৭. অফিস কপি।

বিতরণ কার্যার্থে:

১. উপপরিচালক, জেলা সমাজসেবা কার্যালয়.............................। [তাঁকে জেলা প্রশাসক তথা জেলা কমিটির সভাপতির সঙ্গে যোগাযোগ পূর্বক অনুদান প্রদান নির্দেশিকা অনুযায়ী অনুদান পাওয়ার যোগ্য এনডিডি ব্যক্তি নির্বাচন করে সুপারিশকৃত তালিকা নির্ধারিত তারিখের মধ্যে প্রেরণের বিষয়টি নিশ্চিত করণের জন্য অনুরোধ করা হলো]

জেলার নাম-.............ফরম নং..........

নিউরো-ডেভেলপমেন্টাল প্রতিবন্ধী সুরক্ষা ট্রাস্ট হতে স্নায়ুবিক বিকাশঘটিত প্রতিবন্ধী ব্যক্তি/শিশুদের চিকিৎসা সহায়তা হিসেবে
আর্থিক অনুদান প্রাপ্তির আবেদন
(আবেদনকারী নিজে অথবা পক্ষে অভিভাবকগণ আবেদন করতে পারবেন)

প্রতিবন্ধী ব্যক্তির পাসপোর্ট সাইজের সত্যায়িত ছবি	আবেদনকারীর পাসপোর্ট সাইজের সত্যায়িত ছবি

বরাবর
জেলা প্রশাসক

বিষয় : চিকিৎসা সহায়তা হিসেবে ২০২৩-২৪ অর্থ বছরে আর্থিক অনুদান প্রাপ্তির আবেদন।

মহোদয়

আমি একজন নিউরো-ডেভেলপমেন্টাল প্রতিবন্ধী ব্যক্তি স্বয়ং/পিতা/মাতা/ব্যক্তির বৈধ অভিভাবক চিকিৎসা সহায়তা হিসেবে আর্থিক অনুদান প্রাপ্তির জন্য নিম্নোক্ত তথ্যাদি পেশ করছি:

১) নাম (প্রতিবন্ধী ব্যক্তির পরিচয়পত্র অনুসারে): ____________________

২) আইডি নম্বর (প্রতিবন্ধী ব্যক্তির পরিচয়পত্র অনুসারে): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | - | | |

৩) প্রতিবন্ধী ব্যক্তির বয়স: [ ] বৎসর [ ] মাস [ ] দিন

৪) পিতা/স্বামীর নাম: ____________________ ৫) মাতার নাম: ____________________

৬) বৈধ অভিভাবকের নাম: (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে) ____________________

৭) (ক) বর্তমান ঠিকানা:
গ্রাম/রাস্তা/বাড়ী: ____________________
ওয়ার্ড: ____________________
ইউনিয়ন: ____________________
ডাকঘর: ____________________
উপজেলা: ____________________
জেলা : ____________________

(খ) স্থায়ী ঠিকানা:
গ্রাম/রাস্তা/বাড়ী: ____________________
ওয়ার্ড: ____________________
ইউনিয়ন: ____________________
ডাকঘর: ____________________
উপজেলা: ____________________
জেলা: ____________________

৮) অভিভাবকের বার্ষিক গড় আয়: ____________________ (স্থানীয় জনপ্রতিনিধি/১ম শ্রেণীর সরকারী কর্মকর্তা কর্তৃক প্রত্যয়ণকৃত)

৯) প্রতিবন্ধিতার ধরণ ☑ টিক দিন: (পরিচয়পত্র অনুসারে) ☐ অটিজম ☐ ডাউনসিড্রোম ☐ সেরিব্রাল পালসি ☐ বুদ্ধি প্রতিবন্ধী

১০) চিকিৎসার সমর্থনে চিকিৎসকের প্রত্যয়নপত্র (অবশ্যই সংযুক্ত করতে হবে)

১১) প্রতিবন্ধী ব্যক্তি সুবর্ণ নাগরিক পরিচয়পত্রের কপি (অবশ্যই সংযুক্ত করতে হবে)

১২) অনুদানের অর্থ প্রদানের জন্য মোবাইল (**'নগদ'**) নম্বর: [ ]

উপর্যুক্ত তথ্যাদি সঠিক,সত্য মর্মে অঙ্গীকার করছি। অন্যথায় কর্তৃপক্ষ আবেদন বাতিল করতে পারবেন।

____
পিতা/মাতা/বৈধ অভিভাবকের স্বাক্ষর/টিপসহি
তারিখ:

____
প্রতিবন্ধী ব্যক্তির নাম ও স্বাক্ষর/টিপসহি
তারিখ:

জেলা অফিস কর্তৃক পূরণীয় জেলার নাম-.............ফরম নং..........

ক) আবেদনকারী এনডিডি ব্যক্তি হিসেবে এককালীন আর্থিক অনুদান পাওয়ার যোগ্য/ যোগ্য নয় (☑ টিক দিন অথবা নিচে লিখুন)

____
উপপরিচালক, জেলা সমাজসেবা কার্যালয়
ও সদস্য সচিব, এনডিডি সুরক্ষা ট্রাস্ট বিষয়ক জেলা কমিটি
(স্বাক্ষর ও সিল)

____
জেলা প্রশাসক
ও সভাপতি, এনডিডি সুরক্ষা ট্রাস্ট বিষয়ক জেলা কমিটি
(স্বাক্ষর ও সিল)

এনডিডি সুরক্ষা ট্রাস্ট কর্তৃক পূরণীয়

খ) আবেদনকারীকে .... টাকা প্রদানের অনুমোদন প্রদান করা হলো।

গ) চেক নং .... তারিখ ..../ নগদ অ্যাপ এ প্রেরণের তারিখ.............................

কাউন্টার/ রেফারেন্স নং.. ফোন নং.. মারফত প্রেরণ করা হলো।

____
ব্যবস্থাপনা পরিচালক
নিউরো-ডেভেলপমেন্টাল প্রতিবন্ধী সুরক্ষা ট্রাস্ট

____
চেয়ারপার্সন
নিউরো-ডেভেলপমেন্টাল প্রতিবন্ধী সুরক্ষা ট্রাস্টি বোর্ড

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
সমাজকল্যাণ মন্ত্রণালয়
নিউরো-ডেভেলপমেন্টাল প্রতিবন্ধী সুরক্ষা ট্রাস্ট
সুবর্ণ ভবন (৯ম ও ১০ম তলা)
এ/৪, সেকশন-১৪, মিরপুর, ঢাকা-১২০৬
www.nddptrust.gov.bd

নম্বর: ৪১.০৫.০০০০.০০০.০৪.০৪৫.২৩-৮৬২

তারিখ: ১১ পৌষ ১৪৩০
২৬ ডিসেম্বর ২০২৩

নিউরো-ডেভেলপমেন্টাল প্রতিবন্ধী শিশু ও ব্যক্তিদের এককালীন চিকিৎসা অনুদান প্রদান সংক্রান্ত বিজ্ঞপ্তি

বিজ্ঞপ্তি নম্বর: ০৩/২০২৩-২৪

সমাজকল্যাণ মন্ত্রণালয়াধীন নিউরো-ডেভেলপমেন্টাল প্রতিবন্ধী সুরক্ষা ট্রাস্ট কর্তৃক ২০২৩-২৪ অর্থবছরে সমাজসেবা অধিদপ্তর কর্তৃক পরিচালিত প্রতিবন্ধিতা শনাক্তকরণ জরিপ কর্মসূচির ভিত্তিতে নিবন্ধিত নিউরো-ডেভেলপমেন্টাল প্রতিবন্ধী (অটিজম, ডাউন সিনড্রোম, সেরিব্রাল পালসি, বুদ্ধি প্রতিবন্ধী) শিশু ও ব্যক্তিদের এককালীন চিকিৎসা সহায়তা অনুদান মোবাইল ফিন্যান্সিয়াল সার্ভিস প্রতিষ্ঠান **'নগদ'**-এর মাধ্যমে প্রদান করা হবে। অনুদান গ্রহণে আগ্রহী শিশু/প্রতিবন্ধী ব্যক্তি স্বয়ং বা তার পক্ষে তার পিতা/মাতা/বৈধ অভিভাবক আবেদন করতে পারবেন। জেলা পর্যায়ে আবেদনের ক্ষেত্রে সংশ্লিষ্ট জেলা সমাজসেবা কার্যালয়ে এবং ঢাকা মহানগরের জন্য ট্রাস্ট কার্যালয় (সুবর্ণ ভবন, ৯ম তলা, জাতীয় প্রতিবন্ধী উন্নয়ন ফাউন্ডেশন), এ/২, সেকশন-১৪, মিরপুর, ঢাকা-১২০৬-এ প্রয়োজনীয় কাগজপত্রসহ আবেদন করতে হবে। নির্ধারিত আবেদন ফরম www.nddtrust.gov.bd ওয়েবসাইটে পাওয়া যাবে। বিজ্ঞপ্তির তারিখ হতে আবেদনপত্র দাখিলের শেষ তারিখ ২০ ফেব্রুয়ারি ২০২৪। অসম্পূর্ণ এবং ই-মেইলে প্রেরিত আবেদন গ্রহণযোগ্য হবে না।

২৬/১২/২৩

মো: শাহ আলম
ব্যবস্থাপনা পরিচালক (যুগ্মসচিব)
নিউরো-ডেভেলপমেন্টাল প্রতিবন্ধী সুরক্ষা ট্রাস্ট
সমাজকল্যাণ মন্ত্রণালয়
ফোন: ০২-৪১০০১৬৩০
ই-মেইল: nddptrust@gmail.com

Patiya, chattogram.

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
সমাজকল্যাণ মন্ত্রণালয়
নিউরো-ডেভেলপমেন্টাল প্রতিবন্ধী সুরক্ষা ট্রাস্ট
সুবর্ণ ভবন (৯ম ও ১০ম তলা)
এ/৪, সেকশন-১৪, মিরপুর, ঢাকা-১২০৬
www.nddptrust.gov.bd

নম্বর: ৪১.০৫.০০০০.০০০.০৪.০৪৫.২৩-৮৬৯ তারিখ: ১১ পৌষ ১৪৩০ / ২৬ ডিসেম্বর ২০২৩

নিউরো-ডেভেলপমেন্টাল প্রতিবন্ধী শিশু ও ব্যক্তিদের এককালীন চিকিৎসা অনুদান প্রদান সংক্রান্ত বিজ্ঞপ্তি

বিজ্ঞপ্তি নম্বর: ০৩/২০২৩-২৪

সমাজকল্যাণ মন্ত্রণালয়াধীন নিউরো-ডেভেলপমেন্টাল প্রতিবন্ধী সুরক্ষা ট্রাস্ট কর্তৃক ২০২৩-২৪ অর্থবছরে সমাজসেবা অধিদপ্তর কর্তৃক পরিচালিত প্রতিবন্ধিতা শনাক্তকরণ জরিপ কর্মসুচির ভিত্তিতে নিবন্ধিত নিউরো-ডেভেলপমেন্টাল প্রতিবন্ধী (অটিজম, ডাউন সিনড্রোম, সেরিব্রাল পালসি, বুদ্ধি প্রতিবন্ধী) শিশু ও ব্যক্তিদের এককালীন চিকিৎসা সহায়তা অনুদান মোবাইল ফিন্যান্সিয়াল সার্ভিস প্রতিষ্ঠান 'নগদ'-এর মাধ্যমে প্রদান করা হবে। অনুদান গ্রহণে আগ্রহী শিশু/প্রতিবন্ধী ব্যক্তি স্বয়ং বা তার পক্ষে তার পিতা/মাতা/বৈধ অভিভাবক আবেদন করতে পারবেন। জেলা পর্যায়ে আবেদনের ক্ষেত্রে সংশ্লিষ্ট জেলা সমাজসেবা কার্যালয়ে এবং ঢাকা মহানগরের জন্য ট্রাস্ট কার্যালয় (সুবর্ণ ভবন, ৯ম তলা, জাতীয় প্রতিবন্ধী উন্নয়ন ফাউন্ডেশন), এ/২, সেকশন-১৪, মিরপুর, ঢাকা-১২০৬-এ প্রয়োজনীয় কাগজপত্রসহ আবেদন করতে হবে। নির্ধারিত আবেদন ফরম www.nddtrust.gov.bd ওয়েবসাইটে পাওয়া যাবে। বিজ্ঞপ্তির তারিখ হতে আবেদনপত্র দাখিলের শেষ তারিখ ২০ ফেব্রুয়ারি ২০২৪। অসম্পূর্ণ এবং ই-মেইলে প্রেরিত আবেদন গ্রহণযোগ্য হবে না।

২৬/১২/২৩

মো: শাহ আলম
ব্যবস্থাপনা পরিচালক (যুগ্মসচিব)
নিউরো-ডেভেলপমেন্টাল প্রতিবন্ধী সুরক্ষা ট্রাস্ট
সমাজকল্যাণ মন্ত্রণালয়
ফোন: ০২-৪১০০১৬৩০
ই-মেইল: nddptrust@gmail.com

জেলা ওয়ারি আবেদন গ্রহণের জন্য নির্ধারিত সংখ্যার তালিকা

ক্রমিক নং	জেলার নাম	আবেদন গ্রহণের জন্য নির্ধারিত সংখ্যা
১	কুষ্টিয়া	৩৭
২	খুলনা	৩৭
৩	চুয়াডাঙ্গা	২৬
৪	ঝিনাইদহ	২৫
৫	নড়াইল	১৫
৬	বাগেরহাট	২৫
৭	মাগুরা	১৭
৮	মেহেরপুর	১২
৯	যশোর	৪০
১০	সাতক্ষীরা	৩২
১১	কক্সবাজার	২০
১২	কুমিল্লা	১০০
১৩	খাগড়াছড়ি	১০
১৪	চট্টগ্রাম	৮০
১৫	চাঁদপুর	৩৭
১৬	নোয়াখালী	৪০
১৭	ফেনী	১৮
১৮	বান্দরবান	১০
১৯	ব্রাহ্মণবাড়িয়া	৪৪
২০	রাঙ্গামাটি	১০
২১	লক্ষীপুর	২৫
২২	কিশোরগঞ্জ	৩০
২৩	গাজীপুর	৩০
২৪	গোপালগঞ্জ	২০
২৫	টাঙ্গাইল	৫২
২৬	ঢাকা	৮৩
২৭	নরসিংদী	৩০
২৮	নারায়ণগঞ্জ	২১
২৯	ফরিদপুর	৩০
৩০	মাদারীপুর	১৬
৩১	মানিকগঞ্জ	২৩
৩২	মুন্সীগঞ্জ	১৩

৩৩	রাজবাড়ী	১৭
৩৪	শরীয়তপুর	১০
৩৫	ঝালকাঠি	১০
৩৬	পটুয়াখালী	২০
৩৭	পিরোজপুর	২০
৩৮	বরগুনা	১৪
৩৯	বরিশাল	৪০
৪০	ভোলা	২২
৪১	জামালপুর	৪০
৪২	নেত্রকোনা	৩৪
৪৩	ময়মনসিংহ	৮৩
৪৪	শেরপুর	২১
৪৫	কুড়িগ্রাম	৪০
৪৬	গাইবান্ধা	৫০
৪৭	ঠাকুরগাঁও	২২
৪৮	দিনাজপুর	৫২
৪৯	নীলফামারী	২৪
৫০	পঞ্চগড়	১৩
৫১	রংপুর	৪৩
৫২	লালমনিরহাট	২০
৫৩	চাঁপাইনবাবগঞ্জ	৩৪
৫৪	জয়পুরহাট	১৩
৫৫	নওগাঁ	৪৮
৫৬	নাটোর	২২
৫৭	পাবনা	৩৫
৫৮	বগুড়া	৪২
৫৯	রাজশাহী	৪৩
৬০	সিরাজগঞ্জ	৪০
৬১	মৌলভীবাজার	২৭
৬২	সিলেট	৪৭
৬৩	সুনামগঞ্জ	১৮
৬৪	হবিগঞ্জ	২৬
মোট ৬৪ জেলায়=		২০০০

২৬/১১/১২