

১৩. রোগীর পিতার জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর:
১৪. রোগীর জন্ম স্থান: উপজেলা জেলা:.....
১৫. রোগীর বৈবাহিক অবস্থা (টিক চিহ্ন দিন): (ক) অবিবাহিত (খ) বিবাহিত (গ) বিধবা/বিপত্নীক (ঘ) স্বামী/স্ত্রী পৃথক (ঙ) তালাক প্রাপ্ত/বিবাহ বিচ্ছিন্ন
১৬. রোগীর স্বামী/স্ত্রীর নাম (বাংলা):
১৭. রোগীর স্বামী/স্ত্রীর নাম (ইংরেজী বড় অক্ষরে):
১৮. রোগীর স্বামী/স্ত্রীর জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর:
১৯. রোগীর ব্যাংক একাউন্ট নম্বর, ব্যাংক ও শাখার নাম (যদি থাকে):
২০. রোগীর বর্তমান ঠিকানা:

২০.১	বাসা/হোল্ডিং নং	:	
২০.২	রাস্তার নাম নং	:	
২০.৩	ব্লক/সেক্টর/মৌজা/মহল্লা/এলাকার নাম	:	
২০.৪	গ্রাম	:	
২০.৫	ডাকঘর	:	
২০.৬	পোস্ট কোড	:	
২০.৭	ওয়ার্ড নম্বর	:	
২০.৮	ইউনিয়ন/ ক্যা: বো:	:	
২০.৯	উপজেলা	:	
২০.১০	থানা	:	
২০.১১	সিটি কর্পোরেশন/পৌরসভা	:	
২০.১২	জেলা	:	
২০.১৩	দেশ	:	বাংলাদেশ।
২০.১৪	ফোন নং	:	
২০.১৫	মোবাইল নং	:	
২০.১৬	ই-মেইল	:	

২১. নমিনি সংক্রান্ত তথ্য :

২১.১	নাম	:	
২১.২	পিতা/ মাতার নাম	:	
২১.৩	জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর	:	
২১.৪	রোগীর সাথে সম্পর্ক	:	
২১.৫	মোবাইল নম্বর	:	

২২. রোগীর স্থায়ী ঠিকানা:

২২.১	বাসা/হোল্ডিং নং	:	
২২.২	রাস্তার নাম নং	:	
২২.৩	ব্লক/সেক্টর/মৌজা/মহল্লা/এলাকার নাম	:	
২২.৪	গ্রাম	:	
২২.৫	ডাকঘর	:	
২২.৬	পোস্ট কোড	:	
২২.৭	ওয়ার্ড নম্বর	:	
২২.৮	ইউনিয়ন/ ক্যা: বো:	:	
২২.৯	উপজেলা	:	
২২.১০	থানা	:	
২২.১১	সিটি কর্পোরেশন/পৌরসভা	:	
২২.১২	জেলা	:	
২২.১৩	দেশ	:	বাংলাদেশ।

২৩. রোগীর পেশা:

২৪. রোগীর/অভিভাবকের বাৎসরিক আয়:

২৫. রোগীর/অভিভাবকের জমি/ সম্পদের পরিমাণ:

এতদ্বারা প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, উপরে প্রদত্ত তথ্যাদি আমার জানামতে সঠিক।

.....
আবেদনকারীর স্বাক্ষর

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

আবেদনকারীর নাম:

রোগীর সাথে সম্পর্ক:

আবেদনকারীর মাতার নাম:

আবেদনকারীর পিতার নাম:

আবেদনকারীর জাতীয় পরিচয়পত্র নং

আবেদনকারীর মোবাইল নং

সংযুক্তি:

১. বিশেষজ্ঞ ডাক্তার কর্তৃক প্রদত্ত সংশ্লিষ্ট রোগের প্রত্যয়ন পত্রের মূলকপি (নির্দিষ্ট ছকে)।
২. রোগের ব্যবস্থাপত্র সংক্রান্ত প্রয়োজনীয় কাগজপত্রের (গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত) ফটোকপি।
৩. জাতীয় পরিচয় পত্র/জন্ম সনদের (গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত) ফটোকপি।
৪. ০২ (দুই) কপি ছবি (গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত) যা দরখাস্তে গাম দিয়ে পেস্ট করা ছবির অতিরিক্ত।
৫. রোগী কর্তৃক প্রত্যয়ন পত্র।
৬. *রোগীর বয়স আবেদনের তারিখে ১৮ বছরের কম হলে পিতা/মাতা/বৈধ অভিভাবক আবেদন করতে পারবেন, সেক্ষেত্রে আবেদনকারীর ০২ (দুই) কপি ছবি ও জাতীয় পরিচয় পত্রের ফটোকপি (গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত)।

(সংশ্লিষ্ট বিশেষজ্ঞ ডাক্তার কর্তৃক ক্যান্সার/কিডনী/লিভার সিরোসিস/স্ট্রোকে প্যারালাইজড/জন্মগত হৃদরোগ এবং থ্যালাসেমিয়া রোগের প্রত্যয়ন পত্র)

এই মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম

পিতা/স্বামী:

মাতা:

ঠিকানা:

.....

.....

তিনি একজন ক্যান্সার/কিডনী/লিভার সিরোসিস/ স্ট্রোকে প্যারালাইজড/

জন্মগত হৃদরোগ এবং থ্যালাসেমিয়া রোগে আক্রান্ত রোগী।

[বি. দ্র. পরিষ্কারভাবে রোগের নাম ও ধরন উল্লেখ করতে হবে, অন্যথায় আবেদন বাতিল হয়ে যাবে।]

.....
(স্বাক্ষর, তারিখ ও সীল)

ডাক্তারের রেজিস্ট্রেশন নং:

ফোন:

মোবাইল:

আবেদনপত্রের সাথে প্রয়োজনীয় কাগজপত্র:

- ক. ক্যান্সার/কিডনী/লিভার সিরোসিস/স্ট্রোকে প্যারালাইজড/জন্মগত হৃদরোগ এবং থ্যালাসেমিয়া রোগে আক্রান্ত রোগীকে অবশ্যই রেজিস্টার্ড চিকিৎসক কর্তৃক প্রত্যায়িত হতে হবে;
- খ. ক্যান্সারের ক্ষেত্রে Histopathology/Cytopathology/Bone Marrow Report বা অন্যান্য টেস্ট রিপোর্ট থাকতে হবে;
- গ. কিডনী রোগের ক্ষেত্রে Acute Renal Failure অথবা Chronic Renal Failure এ আক্রান্ত ডায়ালাইসিস সেবা নিচ্ছে, কিডনী প্রতিস্থাপনের প্রস্তুতি নিচ্ছে অথবা কিডনী প্রতিস্থাপন করেছে এমন রোগীদেরকে বিবেচনা করতে হবে। রক্তে ইউরিয়া ও ক্রিয়েটিনের মাত্রার রিপোর্ট থাকতে হবে;
- ঘ. লিভার সিরোসিস রোগের ক্ষেত্রে লিভারের আল্ট্রাসোনোগ্রাম রিপোর্ট থাকতে হবে;
- ঙ. স্ট্রোকে প্যারালাইজড আক্রান্ত রোগীকে নিউরোলজিস্ট কর্তৃক প্রত্যায়িত হতে হবে এবং MRI/CT Scan Report থাকলে ভাল হয়;
- চ. জন্মগত হৃদরোগের ক্ষেত্রে Echo Cardiogram রিপোর্ট থাকতে হবে;
- ছ. থ্যালাসেমিয়া রোগের ক্ষেত্রে রক্তের হিমোগ্লোবিন ইলেকট্রোফোরেসিস (Hemoglobin Electrophoresis) বা অন্যান্য প্রয়োজ্য পরীক্ষার রিপোর্ট থাকতে হবে।

প্রত্যয়ন পত্র

আমি/ আমার পুত্র/ কন্যা/ পোষ্য,

পিতা/স্বামী-....., মাতা-.....

গ্রাম-, ডাকঘর-.....

থানা/উপজেলা-, জেলা..... এই মর্মে প্রত্যয়ন করছি যে,
ক্যান্সার/ কিডনী/ লিভার সিরোসিস/ স্ট্রোক প্যারালাইজড/ জন্মগত হৃদরোগ এবং থ্যালাসেমিয়া রোগের চিকিৎসা খরচ
বাবদ সরকার হতে কোন আর্থিক সহায়তা গ্রহণ করছি/ করি নাই।

.....

আবেদনকারীর স্বাক্ষর

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

আবেদনকারীর নাম:

রোগীর সাথে সম্পর্ক:

আবেদনকারীর মাতার নাম:

আবেদনকারীর পিতার নাম:

আবেদনকারীর জাতীয় পরিচয় পত্র নং

আবেদনকারীর মোবাইল নং