পরিশিষ্ট-১

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
ক্যান্সার, কিডনি রোগ, লিভার সিরোসিস, প্যারালাইসিস, হৃদরোগ, লিউকেমিয়া এবং থ্যালাসেমিয়া আক্রান্ত ব্যক্তিদের আর্থিক সহায়তা কার্যক্রম
সমাজসেবা অধিদপ্তর
সমাজকল্যাণ মন্ত্রণালয়

এখানে রোগীর পাসপোর্ট সাইজের এক কপি ছবি আঠা দিয়ে লাগাতে হবে

আবেদনফরম

আবেদনের তারিখ: .....

বরাবর

সচিব, সমাজকল্যাণ মন্ত্রণালয়/ মহাপরিচালক, সমাজসেবা অধিদপ্তর/ সমাজসেবা অফিসার, উপজেলা সমাজসেবা কার্যালয়/শহর সমাজসেবা কার্যালয়/হাসপাতাল সমাজসেবা কার্যালয়/পরিচালক (চিকিৎসাসেবা প্রতিষ্ঠানের ক্ষেত্রে)।

কার্যালয়ের নাম: .....।

উপজেলা ও জেলার নাম: .....।

বিষয়: **আর্থিক সহায়তার জন্য আবেদন।**

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

এ অবস্থায়, আমি সমাজকল্যাণ মন্ত্রণালয় অধীন 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 (ইংরেজি বড় অক্ষরে):
.....
(জাতীয় পরিচয়পত্র/জন্ম নিবন্ধন সনদ অনুসারে)

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

CamScanner

৪। প্রতিবন্ধিতা নিবন্ধন নম্বর (প্রতিবন্ধী রোগীর ক্ষেত্রে প্রযোজ্য)

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/বিপত্নীক (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 ইংরেজীতে)

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

CamScanner

১৬। নমিনি সংক্রান্ত তথ্য:

নাম	:	
মাতার নাম	:	
পিতার নাম	:	
জাতীয় পরিচয় পত্র 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)

আবদেনকারীর নাম.....

রোগীর সাথে সম্পর্ক.....

আবেদনকারীর জাতীয় পরিচয় পত্র নং.....

আবেদনকারীর মোবাইল নং.....

CamScanner

১৮। বিশেষজ্ঞ ডাক্তারের প্রত্যয়নপত্র

এই মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম :.....
পিতা/স্বামী:.....মাতা:.....
.....
ঠিকানা:.....

তিনি একজন (ক্যান্সার/কিডনি রোগ/লিভার সিরোসিস/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. রোগীর এবং প্রযোজ্য ক্ষেত্রে রোগীর পক্ষে আবেদনকারী বা অভিভাবক বা আইনানুগ অভিভাবকের জাতীয় পরিচয়পত্রের ফটোকপি;

২. জন্ম নিবন্ধন সনদ (১৮ বছরের কম বয়সী অপ্রাপ্তবয়স্ক 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 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 আল্ট্রাসনোগ্রাম 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।

CamScanner