

৭. ধর্ম (টিকচিহ্ন দিন): (ক) ইসলাম (খ) হিন্দু (গ) বৌদ্ধ (ঘ) খ্রিস্টান (ঙ) অন্যান্য (উল্লেখ করুন).....
৮. মাতার নাম (বাংলা) :.....
৯. মাতার নাম (ইংরেজী বড় অক্ষরে) :
১০. রোগীর মাতার জাতীয় পরিচয় পত্র নম্বর :.....
১১. পিতার নাম (বাংলা) :.....
১২. পিতার নাম (ইংরেজী বড় অক্ষরে) :.....
১৩. পিতার জাতীয় পরিচয় পত্র নম্বর :.....
১৪. রোগীর জন্মস্থান: উপজেলা/থানা :..... 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 পরিচয় পত্র 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/হোল্ডি 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	:	

২৩. রোগীর পেশা :.....

২৪. রোগীর/অভিভাবকের বাৎসরিক আয় :.....

২৫. রোগীর/অভিভাবকের জমি/সম্পদের পরিমাণ :.....

এতদ্বারা প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, উপরে প্রদত্ত তথ্যাদি আমার জানা মতে 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 পরিচয় পত্র নং :.....

আবেদনকারীর মোবাইল নং :.....

সংযুক্তি :

১. বিশেষজ্ঞ ডাক্তার কর্তৃক প্রদত্ত সংশ্লিষ্ট রোগের প্রত্যয়ন পত্রের মূলকপি (নির্দিষ্ট ছকে)।
২. রোগের ব্যবস্থাপত্র সংক্রান্ত প্রয়োজনীয় কাগজ পত্রের (গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত) ফটোকপি।
৩. জাতীয় পরিচয় পত্র/জন্ম সনদের (গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত) ফটো কপি।
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 (গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত)।

পরিশিষ্ট-২ (ক)

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

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

পিতা/স্বামী :.....

মাতা :.....

ঠিকানা :

.....

.....

তিনি একজন ক্যান্সার/কিডনী/
লিভারসিরোসিস/স্ট্রোকপ্যারালাইজড/জন্মগত হৃদরোগ এবং থ্যালাসেমিয়া রোগে আক্রান্ত রোগী।

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

.....

(স্বাক্ষর, তারিখ ও সীল)

ডাক্তারের রেজিস্ট্রেশন নং

:.....

ফোন :

মোবাইল :

আবেদনপত্রের সাথে প্রয়োজনীয় কাগজ পত্র:

- ক. ক্যান্সার/কিডনী/লিভারসিরোসিস/স্ট্রোক প্যারালাইজড/জন্মগত হৃদরোগ এবং থ্যালাসেমিয়া রোগে আক্রান্ত রোগীকে অবশ্যই রেজিস্টার্ড চিকিৎসক কর্তৃক প্রত্যায়িত হতে হবে;
- খ. ক্যান্সার রোগের 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. স্ট্রোক 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 Iectrophoresis) বা অন্যান্য প্রযোজ্য পরীক্ষার রিপোর্ট থাকতে হবে।

পরিশিষ্ট-২ (খ)

প্রত্যয়নপত্র

আমি/আমার পুত্র/কন্যা/পোষ্য,

পিতা/স্বামী-....., মাতা-

গ্রাম-, ডাকঘর-.....

থানা/উপজেলা-, জেলা-এই মর্মে

প্রত্যয়ন করছি যে, ক্যান্সার, কিডনী, লিভারসিরোসিস, স্ট্রোক প্যারালাইজড, জন্মগত হৃদরোগ এবং থ্যালাসেমিয়ায় 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 :.....

আবেদনকারীর মাতার নাম :.....

আবেদনকারীর পিতার নাম :.....

আবেদনকারীর জাতীয় পরিচয় পত্র নং :.....

আবেদনকারীর মোবাইল নং :.....
