

আবেদনফরম

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	:	

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)

আবেদনকারীর নাম.....

রোগীর সাথে সম্পর্ক.....

আবেদনকারীর জাতীয় পরিচয় পত্র নং.....

আবেদনকারীর মোবাইল নং.....

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 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 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।